



HAL
open science

Impact de la diffusion d'un support didactique dédié aux violences conjugales sur leur dépistage par les médecins généralistes en Isère

Florence Lefebvre, Ambre-Aurore Pélisson

► To cite this version:

Florence Lefebvre, Ambre-Aurore Pélisson. Impact de la diffusion d'un support didactique dédié aux violences conjugales sur leur dépistage par les médecins généralistes en Isère. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03430307

HAL Id: dumas-03430307

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03430307>

Submitted on 16 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2021

IMPACT DE LA DIFFUSION D'UN SUPPORT DIDACTIQUE DÉDIÉ AUX VIOLENCES CONJUGALES SUR LEUR DÉPISTAGE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN ISÈRE

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Mme Florence LEFEBVRE

[Données à caractère personnel]

et Mme Ambre-Aurore PÉLISSON

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 12/11/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT, PU-PH de Médecine Générale

Membres :

Mme le Pr Virginie SCOLAN, PU-PH de Médecine Légale

Mme le Dr Pauline GIRARD, Chef de Clinique Médecine Générale

Mme le Dr Noémie PLOTON (directrice de thèse), Dr en Médecine Générale

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs

RÉSUMÉ

Introduction : Les violences conjugales concernent 10 % des femmes en France, mais restent encore sous-diagnostiquées en consultation de médecine générale. Le principal frein au dépistage des violences conjugales par les médecins généralistes est un sentiment d'impuissance face à un dépistage positif, lié à un manque d'outils pratiques de prise en charge.

Méthode : Une étude exploratoire quasi-expérimentale a été réalisée selon un schéma avant-après. L'impact de la diffusion d'outils didactiques dédiés aux violences conjugales sur leur dépistage par les médecins généralistes isérois a été évalué. Les outils utilisés étaient un dépliant et un site internet. Le critère de jugement principal était le nombre d'interventions de dépistage réalisé sur une période de 1 mois, évalué avant puis après diffusion des outils.

Résultats : 50 médecins généralistes ont été inclus. La diffusion des outils a permis d'augmenter le nombre d'interventions de dépistage de 2,5 par mois et par médecin en moyenne, sans différence statistiquement significative. La réussite de l'intervention, définie comme une augmentation d'au moins 1 intervention de dépistage par mois, a concerné 42 % des médecins interrogés. Aucun des facteurs étudiés n'y était associé de manière statistiquement significative. Les outils ont permis à 67 % des médecins d'être plus à l'aise avec le dépistage des violences conjugales, et 91% d'entre eux préconisent une diffusion plus large de ces outils.

Discussion : Une diffusion plus large de ces supports didactiques peut répondre aux attentes des médecins généralistes et participer à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles. Une augmentation significative du nombre d'interventions de dépistage pourrait être menée par une étude de plus grande puissance.

MOT-CLÉS : *médecine générale / violences conjugales / dépistage / étude avant-après*

ABSTRACT

Introduction : Although 10 % of women experience domestic violence in France, they are still under-diagnosed in general practice. This is mainly explained by a sense of helplessness of general practitioners in front of victims due to a lack of helping tools in this situation.

Method : An exploratory quasi-experimental study was carried out according to a before-and-after design. It evaluated the impact of the dissemination of didactic tools dedicated to domestic violence on their screening by general practitioners in Isère region. The studied tools were a leaflet and a website. The primary endpoint was the number of screening interventions carried out over a period of one month, assessed before and after distribution of the tools.

Results : 50 general practitioners were included. The number of screening actions increased by 2,5 per month and per practitioner with the tools distribution, without any statistically significant difference. The success of the intervention, defined as an increase of at least one intervention by month, concerned 42 % of doctors. None of the studied factors were significantly linked to the success of the intervention. The tools made 67% of physicians more comfortable with domestic violence screening, and 91% would recommend wider distribution of the tools.

Conclusion : Wider dissemination of these tools may meet the expectations of general practitioners and help improve their professional practice. A larger study could be conducted to demonstrate a significant increase in the number of screening interventions.

KEY-WORDS : *general practice / domestic violence / screening / pre-post study*

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Amaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À Mesdames et Messieurs les membres du jury :

❖ **Monsieur le Président du jury, Professeur Patrick IMBERT :**

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse, ainsi que pour votre intérêt pour notre travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

❖ **Madame la Professeur Virginie SCOLAN**

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury. Veuillez accepter notre profonde gratitude.

❖ **Madame la Docteur Pauline GIRARD**

Merci de l'intérêt que tu as bien voulu porter à notre travail. Nous te remercions pour ton implication auprès des étudiants.

❖ **Madame la Docteur Noémie PLOTON**

Nous te remercions de nous avoir accompagnées et soutenues dans ce projet. Merci pour tes précieux conseils et ta bienveillance. Nous sommes fières de t'avoir comme directrice de thèse !

Directrice de thèse

À Mme JAHIER DETON, ce projet n'aurait pas pu exister sans vous ! Merci pour votre travail au quotidien.

Remerciements personnels de Florence

À **Ambre** bien sûr, co-thésarde de choc, pour ce travail à 4 mains et presque 2 cerveaux. J'ai été heureuse de savourer avec toi les joies des statistiques, les soirées étoiles filantes et le gratin courgettes/ravioles !

À **Maxime**, mon Max, ma bouffée d'oxygène depuis plus de 7 ans. Merci pour ton soutien, ton accompagnement, pour toutes les belles expériences partagées et pour les moments de tendresse... Je t'aime !

À **Papa et Maman**, pour votre soutien inconditionnel pendant ces 8 années, les 18 qui ont précédé et celles à venir : merci pour tout, je vous aime fort !

À **Karine**, ma sœurette adorée, tu es un exemple pour moi depuis mon plus jeune âge, merci pour ta présence bienveillante au quotidien !

À **Fabien**, mon frerot, pour ces belles années passées ensemble. Te voilà parti vers d'autres horizons maintenant, mais je te sais heureux et épanoui. Je suis fière de toi !

À **Delphine**, je ne me suis sans doute pas lancée dans ce parcours par hasard...

À **mes neveux chéris, Adrian, Roman et Milan**, pour les jeux, les rires, les câlins : quel bonheur de vous avoir !

À **mon Pépé**, je suis si fière d'être ta petite-fille !

À **la famille Nivon**, en particulier **Franck et Hélène**, merci de m'avoir si bien accueillie !

Aux Voironnaises, toujours présentes depuis 11 ans maintenant : **Sarah** (double merci pour la relecture !), **Amélie, Alice, Elodie, Diane**... Vous êtes sans conteste les plus précieuses amies au monde, je vous aime tellement !

Aux copains rencontrés pendant ces années étudiantes : **Po, JT, Max, Thomas, Lionel, Simon, Reine-Marie, Marion, Elise, Denis** et tous les autres, j'ai tellement de chance de vous avoir à mes côtés !

À **mon cousinou Aurélien** l'intrépide, en tout cas assez pour me suivre au Hellfest ou en bivouac au milieu des ours...

À **ceux qui m'ont aidée à grandir : Justine, Flore, Mégane, Joël et Uli "Von Graz", Dr Bachelot, M. et Mme Slack, Sylvie**, et les instituteurs et professeurs qui m'ont tant appris

Aux médecins qui m'ont fait découvrir au fil des stages notre si beau métier, et qui m'ont accompagnée chacun à leur façon dans ma construction en tant que médecin généraliste accomplie et épanouie : **Valérie, Romain, Grégory, Claire, Marion, Fred, Nico, Pauline, Laurent**...

Aux patients et patientes qui m'ont apporté leur expérience et accordé leur confiance dès mes débuts

Remerciements personnels d'Ambre

Pour la Professeur Scolan : Je voulais vous remercier tout spécialement d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Votre présence est importante pour moi, vu le contexte de mon cursus peu conventionnel. Vous m'avez appris beaucoup de choses et je vous en suis reconnaissante. Merci.

A Florence : la clé de voûte de ce travail, genre la bien solide en granit quoi. Merci d'avoir accepté ma présence à tes côtés pour ce travail. Une patience sans limite et une rigueur qui fait que tu seras l'une des médecins généralistes les plus fiables que je vais connaître. Donc, pour résumer, je suis souvent victime des colibris, sous-entendu des types qu'oublie toujours tout. Euh, non... Bref, tout ça pour dire, que je voudrais bien qu'on me considère en tant que tel.

A ma famille : Mes parents Kathy et Roger, merci à vous de votre soutien et votre présence. Mélissa, Mélodie et Emy, mes sœurs, je peux toujours compter sur vous quand il y en a besoin ! Je vous aime fort.

A Camille M. : Toi, t'es une vraie ! L'ultime bro ! Comme je te l'ai dit il y a moult années : je suis vraiment heureuse et chanceuse de t'avoir rencontrée. Tu es siiiie éloignééééééééééé, mais si proche quand même (vive Discord). Merci pour tout. Aussi merci à ta môman, vive Annick !

A Maxime N. : Une heure avant, je me dis toujours : « Tiens, je vais déjeuner avec Maxime, ça me fait plaisir. [...] Ça te la coupe, ça, hein ? Bon, après, une fois que j'ai bouffé avec toi, je regrette, hein, on est d'accord. Arrivé au milieu du repas, j'ai toujours envie de t'éclater le crâne avec le tranchant de la coupe, là, tu vois, pour te faire... fermer ta gueule une bonne fois pour toutes... mais sinon... je t'aime bien. » (et aussi merci pour la page de garde et les 127 commentaires, c'est chic.)

Merci à Marin pour tout le soutien, les randos, l'escalade, les pizzas, ta motivation. Tu es toujours au top de la forme et je t'en remercie !

Thx à la belle Communauté de Lanneau : Clarisse, Mika, Benoit, Stéphane. Cela fait un bail que l'on se connaît et j'en suis bien contente !

A Amélie, Sharleen, Camille, Arnaud et Virgil (et encore Mika) : vive les soirées avec vous, vive les blind tests à gogo, les soirées séries/films et l'hydratation !

Aux Foulous : Elise, Ernest, Bérengère, merci !

Aux potos de médecine : Aline, Solène, Mickaël, Maxime M, Thomas, Stéphane (le héros des vélos), Nathan (Paroxétiiiiine), Alexandre, Yordi, Bruno, Ophélie et les autres !

Merci au club des Binibis : Seriana, Nini, Kroby, Una', Eny, Naya, Tektek, Phlifou pour toutes ces heures de geekage sans vergogne. *Tudum*

Aux RML : Anna et Mattew ! On n'a pas pu beaucoup se voir ces derniers mois mais je pensais souvent à vous 2 et aux bières manquées ! Vous resterez toujours mes 1ers co-internes et ça n'a pas de prix !

A Noémie, Aurélie et Camille : c'était un plaisir de découvrir la médecine générale pendant mon stage en UPL, en espérant pouvoir revenir travailler avec vous ! C'était vraiment super et c'est aussi grâce à vous que je suis là !

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	2
ABSTRACT	3
REMERCIEMENTS	8
Remerciements personnels de Florence	9
Remerciements personnels d'Ambre	10
TABLE DES MATIÈRES	11
ABRÉVIATIONS	13
Introduction :	14
Définitions	14
Epidémiologie	14
La violence au sein du couple	15
Place et rôle du médecin traitant	16
Dépistage des violences conjugales en médecine générale	16
Freins au dépistage des violences conjugales en médecine générale	17
Genèse des outils évalués	18
Justification de l'étude	19
Matériel et méthode :	20
Design de l'étude	20
Participants	20
Critères de jugement	21
Calcul du nombre de sujets nécessaires	21
Recrutement des participants et recueil de données	22
Analyse des données	23
Aspects réglementaires	24
Résultats :	25
Recueil de données	25
Données socio-démographiques	26
Comparaison des critères de jugement avant et après intervention	27
Facteurs associés à la réussite de l'intervention	29
Recueil de données après intervention	30
Analyse post-hoc	30
Discussion :	32
Résultats principaux	32
Forces de ce travail	33
Les biais de l'étude	34
Hypothèses concernant l'absence de significativité des résultats	37

Implications concrètes de ce projet	38
Perspectives	38
Ouverture	40
CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	45
Annexe I - Dépliant à destination des médecins généralistes	46
Annexe II - Dépliant à destination des médecins généralistes modifié	48
Annexe III - Carte de visite présentant le site internet Declicviolence.fr	50
Annexe IV - Captures d'écran du site internet "Declicviolence.fr"	51
Annexe V - Fiche d'information à destination des participants	52
Annexe VI - Fiche de recueil de non-opposition	53
Annexe VII - Questionnaire "avant intervention" à destination des participants	54
Annexe VIII - Questionnaire "après intervention" à destination des participants	55
Annexe IX - Avis du CPP Sud-Est VI	56
Annexe X - Comparaison des données socio-démographiques des perdus de vue avec celles de l'échantillon	57

ABRÉVIATIONS

CDOM	:	Conseil départemental de l'ordre des médecins
CIL	:	Correspondant informatique et libertés
CPEF	:	Centre de planification et d'éducation familiale
CPP	:	Comité de protection des personnes
DDFE	:	Délégation aux droits des femmes et à l'égalité
DU	:	Diplôme universitaire
ENVFF	:	Enquête nationale sur les violences faites aux femmes
HAS	:	Haute autorité de santé
IVG	:	Interruption volontaire de grossesse
MSP	:	Maison de santé pluriprofessionnelle
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
ONVFF	:	Observatoire national des violences faites aux femmes
PACS	:	Pacte civil de solidarité
PMI	:	Protection maternelle et infantile
RIPH	:	Recherche impliquant la personne humaine

1. Introduction :

1.1. Définitions

Selon le site service-public.fr, « il y a violence conjugale quand la victime et l'auteur sont dans une relation sentimentale. Ils peuvent être mariés, concubins ou pacsés. Les faits sont également punis même si le couple est divorcé, séparé ou a rompu son PACS (Pacte civil de solidarité). Les violences conjugales peuvent correspondre à des violences psychologiques, physiques, sexuelles ou économiques » (1).

1.2. Epidémiologie

La Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes (ONVFF) fait état de 146 femmes tuées dans le cadre de violences conjugales en 2019, et 213 000 femmes victimes de violences conjugales de nature physique et/ou sexuelle (2). Il s'agit encore aujourd'hui de violences courantes et largement sous-estimées, touchant tous les milieux et toutes les classes d'âge (2,3).

À ces drames s'ajoutent les cas de violences psychologiques et économiques, moins bien étudiés et plus difficiles à dénombrer. Sur les 81 401 appels pris en charge par les écoutantes du 3919 (Violences Femmes Info), 70 % concernaient des violences conjugales. Parmi ces derniers, 90 % faisaient état de violences psychologiques, 80 % de violences verbales, 67 % de violences physiques, 23 % de violences économiques et 8 % de violences sexuelles (2).

En 2001, l'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France (ENVFF) comptabilisait 10 % de femmes déclarant avoir subi des violences conjugales au cours des 12 derniers mois, dont 3% relevaient de violences conjugales qualifiées de "très graves" (agressions physiques ou sexuelles, répétées

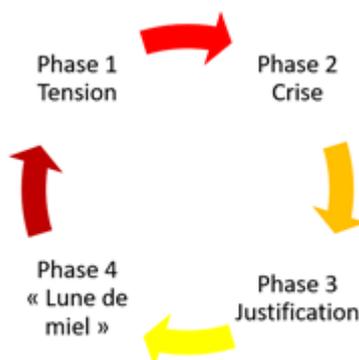
ou associées aux violences verbales et au harcèlement psychologique). Plus d'un quart des femmes déclaraient par ailleurs subir des pressions psychologiques de la part de leur conjoint ou ex-conjoint (4).

Une thèse menée en région Rhône-Alpes en 2010 mettait en évidence une prévalence vie entière des violences conjugales en cabinet de médecine générale tous types confondus de 45%, dont 5% de violences conjugales actuelles. Il s'agissait dans 36% des cas de violences verbales, 25% de violences psychologiques, 16% de violences physiques, 12% de violences sexuelles et 6% de violences économiques (5).

1.3. La violence au sein du couple

Les femmes de toutes catégories socio-économiques, toutes cultures, ou tous âges sont concernées (2,3). La violence dans un couple n'est pas linéaire : il s'agit d'un phénomène cyclique renforçant l'emprise de l'auteur sur la victime (**figure 1**).

Figure 1 : cycle de la violence conjugale



Il existe une phase d'exacerbation de tension dans le couple, suivie d'une crise se traduisant par des violences physiques ou psychologiques. Ces deux phases engendrent un climat de menace voire de terreur dans le couple, à l'origine d'une prise de contrôle de l'auteur sur la victime. La crise aboutit à une phase de justification, au cours de laquelle l'auteur fait porter la responsabilité des violences à

la victime, entraînant culpabilisation et banalisation des violences. S'ensuit une phase dite de "lune de miel" permettant la réconciliation du couple. Cette dernière phase permet au couple de perdurer, mais se raccourcit au fur et à mesure de la répétition du cycle jusqu'à disparaître lorsque l'emprise de l'auteur devient écrasante (6).

1.4. Place et rôle du médecin traitant

Le rapport de l'ONVFF nous apprend également que sur 100 femmes victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint, seules 45 ont entrepris des démarches auprès d'un professionnel, dont 25 auprès d'un médecin (2). Ces chiffres mettent en lumière le rôle essentiel du médecin traitant : comme personne ressource pour les femmes ayant décidé d'en parler, mais également comme professionnel en première ligne pour le dépistage et l'orientation des nombreuses victimes silencieuses.

D'autre part, les violences conjugales ont de lourdes conséquences sur la santé des femmes : elles s'estiment globalement en moins bonne santé, ont un recours plus important aux soins et perdent entre 1 et 4 années de vie en bonne santé (7). Les violences au sein du couple, au-delà des conséquences traumatiques, engendrent également de nombreux troubles psychiques ou psychosomatiques, des affections gynécologiques, des grossesses non désirées, un moins bon suivi des pathologies chroniques (7). Leur recours aux traitements psychotropes est 4 à 5 fois plus élevé que dans la population générale (4).

1.5. Dépistage des violences conjugales en médecine générale

Cependant, le dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale reste insuffisant, pratiqué par 60% des médecins, majoritairement sous

forme d'un dépistage ciblé (66% d'entre eux) (8). Dans une étude menée auprès de médecins généralistes à Paris, ceux-ci déclaraient repérer en moyenne 2,8 femmes victimes de violences conjugales par an, en majorité du fait d'une consultation de la femme pour ce motif précis (55% des cas). Dans 45% des cas, le dépistage était réalisé à l'initiative du médecin devant la présence de signes évocateurs (9).

Un médecin généraliste en région Auvergne-Rhône-Alpes suit en moyenne 1261 patients (10) dont 50% de femmes. En considérant que 10 % des femmes sont victimes de violences conjugales, chaque médecin généraliste compterait parmi sa patientèle en moyenne 63 femmes touchées. Bien qu'issu de données collectées auprès de médecins parisiens, ce chiffre de 2,8 patientes victimes de violences conjugales dépistées chaque année, soit moins de 5 % des femmes potentiellement touchées, semble mettre en évidence une réelle carence de dépistage.

La Haute autorité de santé (HAS) a publié en 2019 des recommandations de bonnes pratiques concernant le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple (6). Il est conseillé, par exemple, de montrer son implication par la diffusion d'affiches ou brochures dans le cabinet médical, ou de questionner les patientes même en l'absence de signe d'alerte.

1.6. Freins au dépistage des violences conjugales en médecine générale

En 2012, un travail de thèse réalisé par 2 internes grenobloises, Amélie BOISMAIN et Marie GAUDIN, s'intéressait aux freins au dépistage des violences conjugales par les médecins généralistes isérois. Le principal frein alors cité par les médecins interrogés était le manque de sensibilisation, qui fait que le diagnostic n'est parfois pas évoqué malgré la présence de signes d'alerte. Ils témoignaient

également d'un sentiment d'impuissance face à un dépistage positif, expliqué notamment par l'attitude souvent ambivalente des victimes du fait de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Enfin, cette étude mettait en évidence une insuffisance de formation et d'outils pour gérer efficacement la situation, et une méconnaissance du réseau local. Le manque de temps n'est évoqué que comme un "faux frein" face à cette problématique complexe (11).

Pour améliorer leurs pratiques de dépistage, la principale demande des médecins interrogés était de savoir quelles réponses apporter en cas de dépistage positif. Cela passe notamment par une meilleure connaissance du réseau de prise en charge des violences conjugales via la diffusion d'informations fiables et régulièrement mises à jour, permettant un accès facile et rapide aux structures associatives, judiciaires ou médico-sociales. Ils réclament également une amélioration de la formation, et une sensibilisation plus régulière à cette problématique (11).

1.7. Genèse des outils évalués

Pour répondre à ces attentes des médecins généralistes isérois, la Délégation aux Droits des femmes et à l'égalité (DDFE) en Isère a mis au point un dépliant d'information à destination des médecins généralistes (disponible en **annexe 1**). Après un court rappel épidémiologique et la présentation du cycle de la violence, le dépliant se décompose en 3 volets : repérer, aborder et agir. Le volet "repérer" présente les signes d'alerte devant déclencher un dépistage, qu'ils soient physiques (traumatismes inexplicables, douleurs chroniques, etc), psychiques (dépression, troubles du sommeil, etc) ou gynécologiques (dyspareunies, interruptions volontaires de grossesse (IVG), infections sexuellement transmissibles, etc) ; ainsi que les points

de vigilance tels que la grossesse ou certaines attitudes de la patiente. La partie “aborder” propose des exemples de questions permettant d’ouvrir le dialogue. Enfin, le volet “agir” propose un scénario de protection à conseiller à la victime en cas de mise en danger, ainsi que des rappels législatifs concernant le signalement judiciaire. Ce dépliant présente également les numéros de téléphone d’urgence et les contacts des associations locales.

En parallèle, le site internet “declicviolence.fr”(12), fruit du travail de thèse de Pauline MALHANCHE et mis à jour régulièrement, vise à aider les médecins généralistes à prendre en charge les violences conjugales envers les femmes. Il comprend 3 sections principales intitulées “L’essentiel à connaître”, “Pourquoi intervenir” et “Comment intervenir”. Il propose également une “boîte à outils”, pratique et utilisable directement en consultation. Celle-ci comprend des informations résumées, des algorithmes décisionnels, des modèles de signalement et de certificat médical initial, ainsi qu’une carte interactive avec les contacts utiles à la prise en charge des victimes. L’étude d’acceptabilité retrouvait 100% d’opinions positives sur ce site internet (13).

1.8. Justification de l’étude

Ce travail de thèse s’est intéressé à l’impact de la diffusion de ces deux outils didactiques (dépliant et site internet) sur le dépistage des violences conjugales en consultation par les médecins généralistes isérois. La question de recherche retenue était la suivante :

Quel est l’impact de la diffusion d’un support didactique dédié au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales sur le nombre d’interventions de dépistage réalisées par des médecins généralistes en Isère ?

2. Matériel et méthode :

2.1. Design de l'étude

Une étude exploratoire d'évaluation de la qualité des soins quasi-expérimentale a été réalisée, selon un schéma avant-après, sur un échantillon de médecins généralistes isérois. L'intervention étudiée était la diffusion d'un support didactique, à savoir un dépliant de sensibilisation et d'information associé à une carte de visite présentant le site internet Declicviolence.fr (disponible en **annexe III**).

2.2. Participants

Les participants recrutés étaient des médecins généralistes salariés et libéraux installés sur 3 territoires isérois : Agglomération Grenobloise, Voironnais-Chartreuse et Sud-Grésivaudan. Les territoires ont été sélectionnés du fait de leur variété en termes de milieux d'exercice et d'accès aux structures associatives : du territoire urbain de l'Agglomération Grenobloise concentrant notamment plusieurs associations dédiées à la prise en charge des victimes de violences conjugales, au territoire rural du Sud-Grésivaudan plus éloigné de ces structures.

Les critères de non-inclusion étaient le fait d'être un médecin remplaçant ou un interne. En effet, l'objectif était d'inscrire les médecins traitants dans une démarche de dépistage auprès de leurs propres patientes afin de pouvoir initier un suivi et une prise en charge sur le long terme, souvent nécessaires dans ces situations.

2.3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le nombre de patientes ayant bénéficié d'une intervention de dépistage en consultation de médecine générale par médecin, étudié sur une période de 1 mois. Une intervention de dépistage était définie selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), par une question de préférence ouverte, adressée à la patiente, s'intéressant de manière directe aux relations avec le conjoint ou de manière indirecte au ressenti et au sentiment de sécurité de la patiente lorsqu'elle se trouve au domicile (6). Ce critère de jugement principal était recueilli de manière rétrospective sur des périodes de 1 mois, à 2 reprises, avant puis après la diffusion des supports didactiques. Chaque sujet était son propre contrôle.

Les critères de jugement secondaires étaient le nombre de dépistages positifs et le nombre de cas orientés par médecin sur la même période, ainsi que les structures vers lesquelles les victimes étaient orientées.

2.4. Calcul du nombre de sujets nécessaires

En l'absence de données issues de la littérature, le nombre d'interventions de dépistages moyen a été estimé à 2 par mois et par médecin. L'objectif était de mettre en évidence une augmentation de 8 du nombre d'interventions de dépistage pour arriver à 10 interventions par mois et par médecin, avec un écart-type fixé à 10 de manière arbitraire. Le risque d'erreur de première espèce alpha a été fixé à 5 % et la puissance à 90 %. Le nombre de sujets nécessaires calculé sur le site "biostatgv" était de 33. Il a été décidé d'inclure 150 % du nombre de sujets nécessaires, soit 50 médecins, pour prendre en compte un nombre de perdus de vue de 17.

2.5. Recrutement des participants et recueil de données

Les médecins ont été recrutés selon leur lieu d'exercice sur l'annuaire de santé AMELI (14).

Un premier contact téléphonique, par mail ou directement au cabinet visait à présenter l'étude de manière succincte et à proposer un premier entretien en présentiel. Une fiche d'information, disponible en **annexe V**, était adressée par mail aux médecins acceptant de programmer cet entretien.

Lors de ce premier entretien d'une durée de 15 à 20 minutes, l'étude était présentée, le formulaire de consentement était soumis au participant et les outils didactiques étaient distribués. Le participant était ensuite invité à répondre à un premier questionnaire contenant des données socio-démographiques d'une part et le recueil des critères de jugement sur le mois précédent d'autre part.

Le participant était de nouveau contacté deux mois plus tard, par téléphone ou par mail selon sa convenance, pour le recueil des critères de jugement sur le mois précédent. De la sorte, il était prévu une période de 1 mois après le premier entretien au cours duquel aucune donnée n'était recueillie, afin de limiter le biais lié à notre intervention auprès des médecins.

L'étude a été menée entre les mois de mars et de juin 2021. La durée de suivi de 2 mois a été déterminée pour permettre un recueil de données hors des périodes de fêtes de fin d'année et de vacances d'été, dans l'objectif de permettre une meilleure comparabilité des données avant et après intervention et de limiter le nombre de perdus de vue.

2.6. Analyse des données

Il a été décidé de réaliser une analyse en intention de traiter pour limiter le biais d'attrition. Tous les participants ont donc été inclus dans l'étude, y compris les perdus de vue.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Jamovi (Version 1.6) [Computer Software], et des sites internet GoogleSheets® et BiostaTGV®.

L'analyse des données s'est découpée en 3 parties :

- La première partie a consisté en une analyse descriptive des caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon, ainsi que des résultats issus des recueils de données. Un test de Wilcoxon sur séries appariées a été utilisé pour comparer les moyennes avant et après diffusion des supports didactiques. Un test de Mc Nemar sur séries appariées a été utilisé pour comparer le nombre de médecins ayant adressé au moins une patiente vers une chaque structure avant et après diffusion des supports didactiques.
- La deuxième partie a étudié les facteurs associés ou non à la réussite de l'intervention. La réussite de l'intervention a été définie pour chaque médecin participant comme une augmentation d'au moins 1 intervention de dépistage par mois. L'hypothèse du biais maximum a été utilisée : les médecins perdus de vue ont été considérés comme des échecs de l'intervention. Un test de χ^2 sur tableau de contingence a été utilisé pour déterminer si l'association entre la réussite de l'intervention et les facteurs étudiés était statistiquement significative.
- La troisième partie a consisté en une analyse post-hoc en sous-population.

2.7. Aspects réglementaires

L'avis d'un Comité de protection des personnes (CPP) a été demandé avant de débiter cette étude. La demande a été examinée par le CPP Sud-Est VI. S'agissant d'une évaluation des pratiques professionnelles et ne soulevant pas de problème éthique particulier, l'étude a été exclue du domaine d'application de la réglementation régissant les Recherches impliquant la personnes humaine (RIPH) au sens de l'article L.1121-1 et des articles R.1121-1 et R.1121-2. L'avis rendu est disponible en **annexe IX**.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), la déclaration de l'étude a été traitée et portée au registre du Correspondant informatique et liberté (CIL) de l'Université Grenoble-Alpes le 21/01/2021, et est conforme à la Méthodologie de référence MR-004.

3. Résultats :

3.1. Recueil de données

171 médecins généralistes ont été contactés par mail, téléphone ou recrutement directement au cabinet (**tableau 1**). Les entretiens destinés à présenter les outils et effectuer le recueil de données initial ont eu lieu entre le 1er mars et le 14 avril 2021.

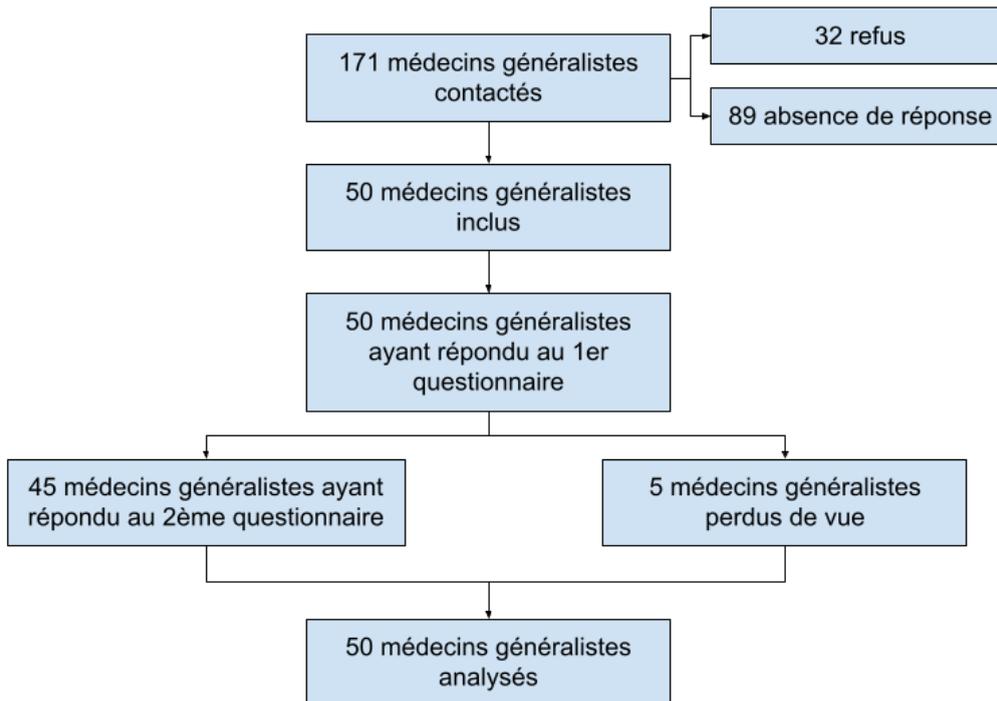
Tableau 1 : Nombre de médecins contactés et de médecins inclus en fonction des territoires géographiques

Territoire	Nombre de médecins contactés (% du nombre de médecins du territoire)	Nombre de médecins inclus (% du nombre de médecins contactés)
Agglomération grenobloise	82 (44%)	20 (24%)
Voironnais-Chartreuse	63 (88%)	17 (32%)
Sud-Grésivaudan	26 (100%)	13 (50%)
Total	171	50

Le recueil de données après intervention s'est déroulé entre le 2 mai et le 16 juin 2021, par mail pour 64 % des médecins et par téléphone pour les 36 % restants. Le délai moyen entre les 2 recueils de données était de 65,8 jours.

5 médecins ont été perdus de vue, soit 10 % de l'échantillon. Parmi eux, 1 médecin n'a pas été en mesure de répondre au questionnaire de suivi du fait d'un arrêt d'activité prolongé pendant la période de recueil. Les caractéristiques sociodémographiques des perdus de vue ont été similaires à celles de l'échantillon, hormis pour le sexe avec moins de perdus de vue chez les médecins femmes (données disponibles en **annexe X**). En revanche, les perdus de vue avaient déclaré avoir réalisé en moyenne 0,8 interventions de dépistage au cours du mois précédent notre intervention, contre 6,3 en moyenne dans l'échantillon. Tous les médecins ont été inclus dans l'analyse finale.

Figure 2 : Diagramme de flux des participants



3.2. Données socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon de médecins interrogés ont été comparées aux données des médecins généralistes isérois issues du rapport départemental de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) en 2018 (10) (**tableau 2**). Le test Z de l'écart réduit ne retrouvait pas de différence statistiquement significative de moyenne d'âge entre les médecins de l'échantillon et la population de référence. Le test de χ^2 ne retrouvait pas de différence statistiquement significative pour la proportion de femmes et pour le mode d'exercice. Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de médecins interrogés étaient donc comparables à celles de la population de référence.

40% des médecins participants ont été recrutés sur le territoire Agglomération Grenobloise, 34% sur le territoire Voironnais-Chartreuse, et 26% sur le territoire

Sud-Grésivaudan. 46% ont déclaré exercer en milieu urbain, 48% en milieu semi-urbain et 6% en milieu rural.

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon et de la population de référence

		Médecins interrogés (effectif : 50)	Médecins généralistes isérois en 2018 (effectif : 1041)
Âge moyen (en années)		47.4	52
Proportion de femmes		62 %	45 %
Mode d'exercice (en %)	Cabinet de groupe	48 %	48 %
	Cabinet isolé	22 %	34 %
	MSP*	24 %	8 %
	Salarié	6 %	<i>chiffre non disponible</i>

* MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

Parmi les 50 médecins interrogés, 18 (soit 36%) avaient bénéficié d'une formation sur le sujet des violences conjugales avant notre intervention, dont 3 (6%) dans le cadre de la formation initiale. 7 des médecins interrogés (soit 14%) avaient déjà connaissance du site internet declicviolence.fr avant notre intervention.

3.3. Comparaison des critères de jugement avant et après intervention

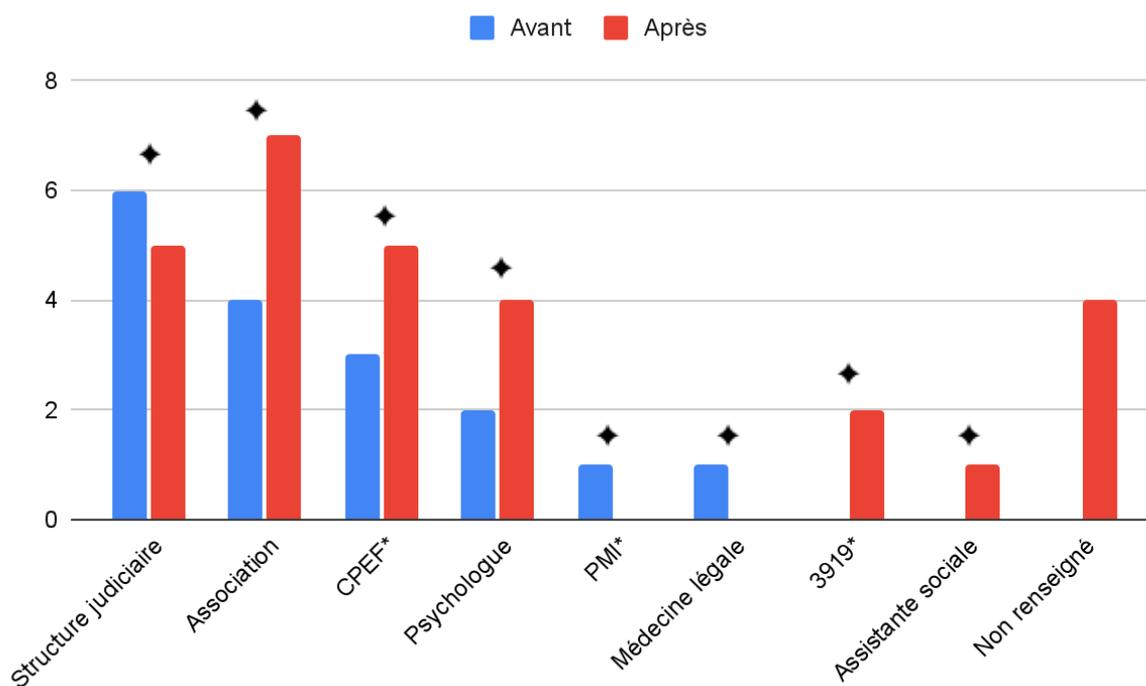
Le **tableau 3** présente l'évolution des critères de jugement principal et secondaires avant et après diffusion des supports didactiques. Le nombre d'interventions de dépistage a augmenté de 2,5 par mois par médecin suite à la diffusion des outils, sans différence statistiquement significative ($p = 0,116$).

Tableau 3 : comparaison des critères de jugement principal et secondaires avant et après diffusion des outils didactiques

	Avant [IC à 95%]	Après [IC à 95%]	Différence	p
Interventions de dépistage	6,3 [1,72-10,87]	8,8 [2,57-13,83]	+ 2,5	0,116
Dépistages positifs	1,2 [0,34-2,05]	1,4 [0,72-2,08]	+ 0,2	0,930
Patientes orientées vers une structure	0,4 [0,2-0,6]	0,6 [0,34-0,86]	+ 0,2	0,078

19 médecins ont déclaré avoir adressé une patiente victime de violences conjugales vers une autre structure après intervention, contre 14 médecins avant intervention ($p = 0,197$). La **figure 2** compare les orientations déclarées par les médecins avant et après intervention, sans différence statistiquement significative.

Figure 3 : comparaison des orientations des patientes victimes de violences conjugales avant puis après diffusion des outils



* CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale / PMI : Protection maternelle et infantile / 3919 : plateforme téléphonique d'écoute, d'information et d'orientation des victimes de violences sexistes et sexuelles
 ◆ : différence non statistiquement significative

3.4. Facteurs associés à la réussite de l'intervention

La réussite de l'intervention était définie par une augmentation d'au moins 1 intervention de dépistage par mois par médecin. L'intervention a été un succès pour 42 % de l'échantillon, avec une augmentation moyenne de 8,1 interventions par mois chez ces médecins. Aucun des facteurs étudiés n'était statistiquement significativement associé à la réussite de l'intervention.

Tableau 4 : Impact des facteurs sociodémographiques sur la réussite de l'intervention

Facteurs	Catégories	Réussite (%)	p
Classe d'âge	< 40 ans	8/18 (44)	0.990
	40-49 ans	3/7 (43)	
	50-59 ans	5/13 (38)	
	> 60 ans	5/12 (42)	
Sexe	Féminin	14/31 (45)	0.563
	Masculin	7/19 (37)	
Territoire	Agglomération grenobloise	8/20 (40)	0.578
	Voironnais-Chartreuse	6/17 (35)	
	Sud-Grésivaudan	7/13 (54)	
Milieu d'exercice	Urbain	10/23 (43)	0.616
	Semi-urbain	9/24 (37)	
	Rural	2/3 (67)	
Mode d'exercice	Cabinet de groupe	10/24 (42)	0.759
	MSP	4/12 (33)	
	Cabinet individuel	6/11 (54)	
	Salarié	1/3 (33)	
Formation antérieure	oui	9/18 (50)	0.390
	non	12/32 (37)	
Nombre d'interventions de dépistage en 1 mois avant intervention	0	7/17 (41)	0.505
	1-3	7/17 (41)	
	4-7	5/8 (62)	
	> 8	2/8 (25)	

3.5. Recueil de données après intervention

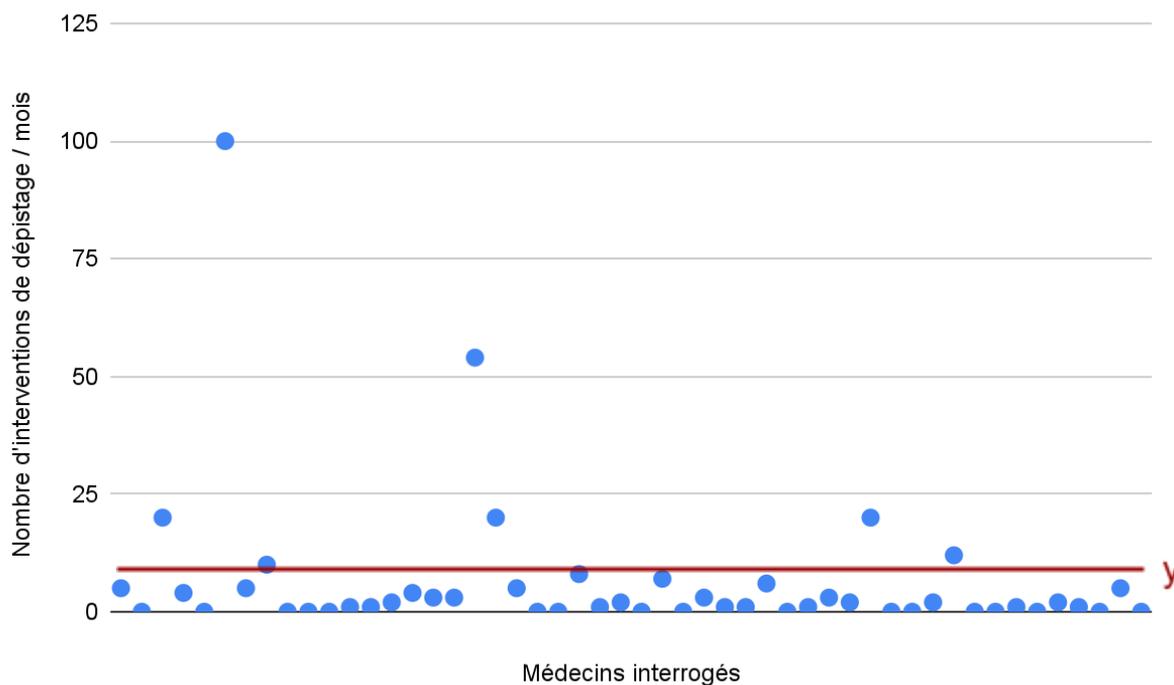
3 médecins (6,7 % des médecins inclus) ont déclaré avoir suivi une formation sur le sujet des violences conjugales au cours des 2 mois séparant les 2 entretiens. Parmi ces 3 médecins, 1 seul était considéré comme un succès de l'intervention, soit 33% d'entre eux contre 42% des médecins dans l'ensemble de l'échantillon.

67 % des médecins ont déclaré que les outils les avaient aidés à se sentir plus à l'aise avec le sujet des violences conjugales, et 91 % ont estimé que ces outils devraient être diffusés plus largement aux médecins généralistes isérois.

3.6. Analyse post-hoc

La **figure 4** présente le nombre d'interventions de dépistage avant diffusion des supports didactiques pour chaque médecin interrogé. Il met en évidence le caractère extrême des valeurs de 2 médecins, respectivement à 100 et 56 interventions de dépistage par mois, pour une moyenne à 6,3 dans l'échantillon. Ces données correspondent à des médecins pratiquant déjà un dépistage systématique des violences conjugales auprès de leurs patientes.

Figure 4 : nuage de points représentant le nombre d'interventions de dépistage par médecin avant diffusion des outils.
Chaque point correspond à un médecin interrogé.
 y = moyenne



En excluant ces données extrêmes, le nombre moyen d'interventions de dépistage par mois avant diffusion des outils est de 3,3. Après diffusion des outils, il passe à 6,7 interventions par mois, contre 8,8 en prenant en compte l'ensemble de l'échantillon. Ainsi, l'exclusion de ces 2 valeurs aboutit à une différence de + 3,7 interventions de dépistage par mois et par médecin, avec une *p-value* à 0,052.

4. Discussion :

4.1. Résultats principaux

La diffusion de supports didactiques dédiés au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales permet d'augmenter le nombre d'interventions de dépistage de 2,5 interventions par mois et par médecin, sans différence significative avant et après diffusion des outils. Cependant, l'analyse post-hoc retrouve un p à 0,052, en excluant les valeurs extrêmes de deux médecins qui pratiquaient déjà un dépistage systématique avant la diffusion des outils.

Le nombre de dépistages positifs n'est pas statistiquement significativement modifié par l'intervention. Concernant le nombre de patientes victimes de violences conjugales adressées vers d'autres structures, on constate une augmentation de 0,2 patiente par mois. Cette différence n'est pas statistiquement significative, mais met en évidence une tendance, possiblement limitée par un manque de puissance. Suite à la diffusion des supports didactiques, les médecins ont tendance à adresser plus fréquemment leurs patientes vers des structures associatives et vers les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), sans différence statistiquement significative.

La diffusion des supports didactiques permet d'augmenter le nombre d'interventions de dépistage chez 42% des médecins généralistes interrogés, avec une augmentation moyenne de 8,1 interventions par mois chez ces médecins. Aucun des facteurs étudiés n'est associé de manière statistiquement significative à la réussite de l'intervention.

Ces outils sont bien accueillis par les médecins interrogés, permettant à 67 % d'entre eux de se sentir plus à l'aise avec le sujet des violences conjugales. 91 %

des médecins généralistes interrogés préconisent une diffusion plus large de ces outils aux médecins généralistes isérois.

4.2. Forces de ce travail

Notre étude est à notre connaissance la première à s'intéresser au sujet du dépistage des violences conjugales selon une approche quantitative. Nous n'avons pas identifié de données dans la littérature concernant le nombre d'interventions de dépistage réalisées par les médecins généralistes ou de patientes victimes de violences conjugales adressées vers d'autres structures.

Concernant le nombre de patientes victimes de violences conjugales dépistées en cabinet de médecine générale, notre étude retrouve le chiffre de 1,2 patientes par mois. Hors, la seule étude identifiée dans la littérature en comptabilise seulement 2,8 par an (9). Cette discordance peut s'expliquer par la définition faite des violences conjugales. En effet, dans cette étude, la définition des violences conjugales était laissée à la libre appréciation des médecins interrogés qui n'y incluaient pas systématiquement les violences sexuelles et économiques (identifiées respectivement par 39 % et 24 % d'entre eux). En revanche, elles étaient clairement définies aux médecins lors de l'entretien dans notre étude, pour comprendre les violences physiques, psychologiques, sexuelles et économiques, commises par un conjoint ou ex-conjoint. En incluant de manière explicite tous les types de violences conjugales, les médecins interrogés dans notre étude ont pu déclarer dépister plus de femmes victimes.

Notre étude s'appuie sur des outils fiables et validés. La plaquette d'information a été mise au point par Mme JAHIER-DETON, Déléguée départementale au droit des femmes et à l'égalité en Isère, et approuvée par le

Conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM). Le site internet Declicviolence.fr, fruit du travail de thèse de Pauline MALHANCHE, a été validé par un comité scientifique et éditorial.

Malgré la présence de biais de sélection, les caractéristiques socio-démographiques restaient similaires entre l'échantillon et la population cible.

D'autre part, si les résultats ne mettent pas en évidence de différence statistiquement significative, les médecins témoignent de leur intérêt pour les outils proposés, qui leur permettent de se sentir plus à l'aise avec le sujet des violences conjugales. Ils estiment que les outils mériteraient d'être diffusés de manière plus large aux médecins généralistes isérois. Cela souligne la pertinence de ces outils pour répondre aux besoins exprimés par les médecins généralistes lors de l'étude menée par Amélie BOISMAIN et Marie GAUDIN (11).

4.3. Les biais de l'étude

La principale limite de notre étude est un biais de sélection. L'annonce du sujet de l'étude, à savoir le dépistage des violences conjugales, a conduit certains médecins à refuser d'y participer car ils considéraient que leur patientèle n'était pas concernée par cette problématique. Les médecins ayant accepté d'y participer étaient probablement déjà sensibilisés à cette problématique et envisageaient l'existence parmi leur patientèle des femmes victimes de violences conjugales. Ce biais a pu être à l'origine d'une surestimation du nombre d'interventions de dépistage.

Il est à noter que parmi les 30 médecins ayant clairement manifesté leur refus de participer à l'étude, on compte 21 hommes pour 8 femmes. Cela a pu influencer

nos résultats en sélectionnant des hommes déjà sensibilisés au sujet et plus enclins à faire évoluer leurs pratiques professionnelles.

Par ailleurs, le schéma de l'étude ne comprend pas de groupe contrôle, qui aurait permis de limiter le biais lié à l'évolution naturelle des pratiques. Ce choix a été motivé par les capacités de recrutement limitées pour des raisons logistiques, notamment du fait d'un territoire et d'une période de recrutement limités. Nous avons cependant limité ce biais en recherchant d'éventuelles co-interventions ayant pu interférer avec notre étude, notamment l'existence d'une formation entre les deux recueils de données. Nous avons notamment interrogé les participants sur la réalisation de formations sur le sujet des violences conjugales entre les deux recueils de données, qui n'a concerné que 3 médecins (soit 6,7% des médecins interrogés). Cela n'a pas eu d'influence sur la réussite de l'intervention, qui a concerné 33% de ceux-ci contre 42% des médecins dans l'ensemble de l'échantillon. De plus, nous avons limité la période de recueil de données à 4 mois (mars à juin 2021), situés en dehors des périodes de fêtes et de vacances scolaires qui peuvent être moins propices au dépistage des violences conjugales du fait du sous-effectif et de la diminution du nombre de consultations. L'objectif était d'effectuer les recueils de données avant et après intervention pendant des périodes comparables en termes de nombre et de motifs de consultations.

Les données recueillies étant déclaratives, un biais de mémorisation peut être à l'origine d'une sous-estimation du nombre d'interventions de dépistage. Il a été limité par un recueil de données directement au cabinet des médecins, leur permettant d'avoir accès à leurs agendas pour se remémorer les situations prises en charge au cours du mois précédent. En parallèle, le biais de désirabilité sociale a pu conduire certains médecins à surestimer la fréquence des interventions de

dépistage. Celui-ci est probablement limité par le schéma avant-après de l'étude, car il semble plausible que la marge de surestimation reste stable chez un même médecin au cours du temps.

Nous avons laissé aux médecins participants le choix de l'intervention de dépistage, en accord avec les recommandations de la HAS qui préconise de dépister les violences conjugales à l'aide de questions « avec lesquelles le professionnel de santé se sent à l'aise » (6). Ce choix a facilité le dépistage en permettant aux médecins d'aborder le sujet selon leurs habitudes et leur ressenti, mais rend les résultats peu reproductibles d'un médecin à l'autre. Cet effet est contrebalancé par le schéma avant-après, chaque médecin étant son propre témoin.

L'étude comprenait une rencontre physique pour présenter les outils et recueillir les données. Cette rencontre était régulièrement l'occasion d'échanges avec le médecin sur le sujet des violences conjugales, pouvant en soi constituer une intervention de sensibilisation. Cette intervention a pu majorer l'impact de nos outils par rapport à une simple diffusion par courrier. Nous avons tenté de limiter l'effet propre de notre intervention en prévoyant une trame d'entretien standardisée pour tous les participants. Nous avons également prévu une période de 1 mois sans recueil de données pour atténuer l'effet de notre rencontre.

L'utilisation pratique du site internet Declicviolence.fr lors des consultations de médecine générale a pu être impactée par le retard pris dans son actualisation, notamment pour la carte interactive qui n'a pas pu être mise à jour dans les délais prévus initialement.

L'étude a été réalisée pendant l'épidémie de Covid19, et notamment les débuts de la vaccination qui ont fortement impacté les consultations dans les

cabinets de médecine générale. Certains refus étaient directement liés aux difficultés d'organisation de planning des médecins.

4.4. Hypothèses concernant l'absence de significativité des résultats

Si notre étude suggère une tendance à la modification des pratiques suite à la diffusion des outils, aucun des résultats ne s'est avéré statistiquement significatif.

Cette absence de différence statistiquement significative peut s'expliquer en premier lieu par un manque de puissance. En effet, le recrutement de 50 médecins n'était probablement pas suffisant. Le calcul du nombre de sujets nécessaires a été difficile du fait de l'absence de données chiffrées dans la littérature concernant la fréquence des dépistages de violences conjugales par les médecins généralistes. Nous avons fait un postulat arbitraire de 2 actions par mois, qui s'est avéré erroné au cours de l'étude. Les capacités de recrutement des médecins généralistes ont également été limitées par le refus de participation des médecins contactés, la disponibilité des investigatrices et la période de recrutement cantonnée aux mois de mars à juin 2021.

Il existe également un biais de sélection dû à l'inclusion de médecins déjà formés et actifs dans le dépistage des violences conjugales, notamment un médecin exerçant en CPEF et un médecin ayant suivi récemment le Diplôme universitaire (DU) "Violences faites aux femmes". Ces deux médecins pratiquaient déjà le dépistage de manière systématique dans leur patientèle, et étaient à l'origine de valeurs extrêmes ayant pu surestimer la moyenne du nombre d'interventions de dépistage par mois avant intervention, et sous-estimer l'impact des outils en l'absence de marge de progression. L'analyse post-hoc souligne l'impact majeur de

ces données sur l'évolution du critère de jugement principal. Ce biais aurait pu être évité en excluant de l'étude les médecins pratiquant déjà le dépistage systématique des violences conjugales en consultation.

4.5. Implications concrètes de ce projet

Les remarques recueillies dans les questionnaires de suivi témoignent de l'intérêt des médecins interrogés pour la plaquette d'information : « *bon résumé du réseau disponible* », « *le principal y est* », « *distribution grande échelle à prévoir* ». Concernant le site internet Declicviolence.fr, un médecin résume « *je le trouve très adapté à une pratique de médecine générale ; son architecture facilite une réponse rapide aux interrogations du moment et sa structuration obéit aux préoccupations du MG [médecin généraliste]* ».

Dans le cadre du questionnaire de suivi, certains médecins ont fait part des implications pratiques de ces outils sur leurs pratiques professionnelles. Un des médecins interrogés a déclaré avoir pratiqué un dépistage systématique suite à la diffusion des outils, et avoir dépisté des situations de violences conjugales anciennes ou actuelles dont il n'avait pas connaissance chez près de la moitié de ses patientes. Une des médecins exerçant en CPEF a ajouté au questionnaire systématique lors des IVG la question des violences.

4.6. Perspectives

Différents travaux ont montré les difficultés auxquelles les médecins généralistes sont confrontés lors du dépistage et de la prise en charge des violences conjugales. Notre travail a permis de répondre à certaines de leurs demandes, notamment concernant le sentiment d'impuissance face à un dépistage positif lié au

manque de formation et d'outils, et à la méconnaissance du réseau local. Nous avons pris en compte les remarques formulées par les médecins généralistes au cours des entretiens pour effectuer des modifications sur la plaquette d'information, afin de la rendre plus claire sur le volet dédié aux contacts. Il nous semble intéressant de pouvoir diffuser la plaquette d'informations et le site DeclicViolence.fr à l'ensemble des médecins généralistes du département. Cela pourrait passer par une diffusion par mail à moindres frais, ou par une diffusion par courrier nécessitant un financement spécifique. Nous avons initié des démarches dans cette optique en lien avec la Déléguée départementale au droit des femmes et à l'égalité en Isère.

Il serait pertinent de réaliser une étude descriptive de grande ampleur, pour déterminer le nombre de dépistage mensuel de victimes de violences conjugales par les médecins généralistes. Cela pourrait se faire sans nécessité de rencontres physiques avec les médecins, grâce à des questionnaires en ligne portant sur les habitudes de dépistage. Ces données pourraient servir de base pour le calcul du nombre de sujets nécessaires à une étude de plus grande puissance, afin d'évaluer l'impact de ces outils sur les pratiques des médecins généralistes.

L'efficacité d'une formation prend en compte sa durée mais aussi le nombre de sessions réalisées (15). Ainsi, il serait utile de réitérer régulièrement des interventions de sensibilisation grâce à différents outils (plaquettes, campagnes de sensibilisation, mails, etc), afin de potentialiser leurs effets.

D'autre part, les remarques des médecins lors du deuxième entretien traduisent le manque de temps accordé pendant l'étude pour se familiariser avec les outils : *« ne l'ayant pas manipulé très longtemps j'espère que dans l'urgence l'adresse ultime ou le numéro de téléphone final répondront avec efficacité »*, *« Ce site est un bel outil, mais sur ces deux mois je n'ai pas eu l'occasion de l'utiliser »*.

Une étude pourrait étudier l'effet de ces outils à plus long terme, pour évaluer leur impact dans la durée après un temps de familiarisation.

4.7. Ouverture

Cette étude s'inscrit dans l'actualité, et notamment dans la lignée du mouvement "#MeToo" ayant pris de l'ampleur depuis 2017 (16). Les violences conjugales sont de plus en plus dénoncées et médiatisées, permettant une prise de conscience collective de l'ampleur de ce phénomène. Cette prise de conscience s'effectue à tous les niveaux, y compris au niveau du gouvernement qui a organisé un Grenelle des violences conjugales en 2019. Dans les suites de ce Grenelle, les actions se sont multipliées pour permettre aux femmes victimes d'en parler, d'être écoutées et prises en charge : élaboration de recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels de santé, levée du secret médical en cas de danger immédiat, ouverture du 3919 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, création d'hébergements d'urgence (17).

Dans ce contexte, les violences conjugales donnent de plus en plus souvent lieu à des plaintes, en hausse de 16 % en 2019. Près des deux tiers des femmes victimes d'homicide conjugal avaient déjà subi des violences conjugales, dont 65 % dénoncées aux forces de police. Parmi les auteurs d'homicide conjugal, 15% avaient déjà été condamnés pour violences conjugales, dont 77 % pour des faits commis sur la même victime. Pour autant, 80% de ces plaintes restent classées sans suite (18). Ces chiffres mettent en lumière un défaut de prise en compte et de prise en charge des plaintes pour violences conjugales.

La place du médecin traitant apparaît alors centrale dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Au plus proche de la patiente et

souvent de son entourage familial, le médecin traitant est le plus à même de prendre en compte à la fois les problématiques physiques, mentales et sociales de la patiente, permettant de répondre à la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (19). Professionnel de premier recours, il peut agir comme véritable clé de voûte, dont le rôle est de soutenir et d'accompagner la patiente sur le long terme, mais également d'organiser autour d'elle un réseau efficace et réactif de professionnels et d'associations.

CONCLUSION

Thèse soutenue par : Ambre-Aurore PELISSON et Florence LEFEBVRE

IMPACT DE LA DIFFUSION D'UN SUPPORT DIDACTIQUE DÉDIÉ AUX VIOLENCES CONJUGALES SUR LEUR DÉPISTAGE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN ISÈRE

Les violences conjugales concernent 10 % des femmes en France, elles restent encore sous-diagnostiquées en consultation de médecine générale. Le principal frein au dépistage des violences conjugales par les médecins généralistes est un sentiment d'impuissance face à un dépistage positif, lié à un manque d'outils pratiques de prise en charge.

Une étude exploratoire quasi-expérimentale a été réalisée selon un schéma avant-après. Elle a évalué l'impact de la diffusion d'outils didactiques dédiés aux violences conjugales sur leur dépistage par les médecins généralistes isérois. Les outils étudiés étaient un dépliant et un site internet. Le critère de jugement principal était le nombre d'interventions de dépistage réalisés sur une période de 1 mois, évalué avant puis après diffusion des outils.

50 médecins ont été inclus. La diffusion des outils a permis d'augmenter le nombre d'interventions de dépistage de 2,5 par mois et par médecin en moyenne, sans différence statistiquement significative. La réussite de l'intervention, définie comme une augmentation d'au moins 1 intervention de dépistage par mois, a concerné 42 % des médecins interrogés. Aucun des facteurs étudiés n'y était associé de manière statistiquement significative. Les outils ont permis à 67 % des médecins d'être plus à l'aise avec le dépistage des violences conjugales, et 91% d'entre eux préconisent une diffusion plus large de ces outils.

Une diffusion plus large de ces supports didactiques peut répondre aux attentes des médecins généralistes et participer à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles. Une augmentation significative du nombre d'interventions de dépistage pourrait être menée par une étude de plus grande puissance.

Vu et permis d'imprimer

Grenoble, le : 13/10/2021

LE DOYEN
Pr Patrice MORAND



LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
Pr Patrick IMBERT



BIBLIOGRAPHIE

1. Direction De L'information Légale Et Administrative, Ministère Chargé De La Justice. Violence conjugale. [Internet] France [mise à jour le 27 Avril 2021; cité le 22 Avril 2020] Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
2. Mission Interministérielle Pour La Protection Des Femmes Contre Les Violences Et La Lutte Contre La Traite Des Êtres Humains. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2019. (Novembre 2020 - Lettre N°16).
3. Brown Elizabeth, Fougeyrollas-Schwebel Dominique, Jaspard Maryse, « Les paroxysmes de la conciliation. Violence au travail et violence du conjoint », Travail, genre et sociétés, 2002/2 (N° 8), p. 149-165.
4. Jaspard M, Brown E, Condon S. Les violences envers les femmes en France : Une enquête nationale. Paris : La Documentation française ; 2003. 374 pages.
5. Dechenaud M. Prévalence de la violence conjugale en soins primaires : une enquête auprès de 300 femmes en médecine générale dans la région Rhône Alpes et de 103 femmes au centre de planification ou d'éducation familiale de Bourg en Bresse [Thèse d'exercice]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2010.
6. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. France [mise à jour le 11 Décembre 2020 ; cité le 04 Février 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
7. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. France [mise à jour le 01 Février 2001 ; cité le 14 Août 2021]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
8. Foucard F. Enquête épidémiologique auprès de médecins de premier recours concernant le dépistage des violences conjugales et des violences sexuelles au sein du couple [Thèse d'exercice]. Université de Tours; 2016. 51 pages.
9. Barroso-Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Université Paris 7 Diderot; 2013. 126 pages.
10. URPS médecins libéraux Auvergne Rhône Alpes. Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes - Département de l'ISÈRE. Avril 2018. 234 pages.
11. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier - Grenoble; 2012. 326 pages.
12. Déclic Violence. Aide à la prise en charge des violences conjugales envers les femmes en médecine générale [Internet]. [cité le 15 août 2021]. Disponible sur:

<https://de clic violence.fr/>

13. Malhanche P. Dé clic violence : site internet d'aide à la prise en charge des violences conjugales envers les femmes en médecine générale. [Thèse d'exercice] Clermont-Ferrand; 2016. 90 pages.
14. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. [cité 15 août 2021]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.ameli.fr/>
15. Cauffman JG, Forsyth RA, Clark VA, Foster JP, Martin KJ, Lapsys FX, et al. Randomized controlled trials of continuing medical education: What makes them most effective? J Contin Educ Health Prof. 2002;22(4):214-21.
16. Wikipédia [Internet]. Mouvement #MeToo. [cité le 13 octobre 2021]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Mouvement_MeToo
17. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. Bilan du Grenelle des violence faites aux femmes. 2020 nov p. 46.
18. Inspection Générale de la Justice. Mission sur les homicides conjugaux. France : Ministère de la Justice. Octobre 2019. 36 pages.
19. Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. Constitution. [cité le 14 août 2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

ANNEXES

Annexe I	Dépliant à destination des médecins généralistes
Annexe II	Dépliant à destination des médecins généralistes modifié
Annexe III	Carte de visite présentant le site internet Declicviolence.fr
Annexe IV	Captures d'écran du site internet "Declicviolence.fr"
Annexe V	Fiche d'information à destination des participants
Annexe VI	Fiche de recueil de non-opposition
Annexe VII	Questionnaire "avant intervention" à destination des participants
Annexe VIII	Questionnaire "après intervention" à destination des participants
Annexe IX	Avis du CPP Sud-Est VI
Annexe X	Comparaison des données socio-démographiques des perdus de vue avec celles de l'échantillon

Annexe I - Dépliant à destination des médecins généralistes

EN FRANCE

3 À 4 FEMMES SUR 10 SONT CONCERNÉES PAR LES VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE

- 1 femme est tuée tous les 3 jours
- 1 homme est tué tous les 17 jours
- 1 enfant est tué tous les 14 jours

LES VIOLENCES PEUVENT ÊTRE...

- Psychologiques
- Verbales
- Physiques
- Sexuelles
- Économiques
- Administratives

LE CYCLE DE LA VIOLENCE

```

    graph TD
      A[Climat de tension] --> B[Crises]
      B --> C[Justification Culpabilisation]
      C --> D[Rémission Sursis amoureux]
      D --> A
    
```

GUIDE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE

CONTACTS

3919 Numéro d'écoute national, anonyme et gratuit, 7j/7
9h-22h semaine, 9h-18h week-end et jours fériés

119 Numéro d'appel Enfance en danger

115 Numéro d'appel d'hébergement d'urgence 24h/24
7j/7 et jours fériés

17 Numéro d'appel de la gendarmerie ou de la police

CRIP Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
04 76 00 32 63 / crip@isere.fr

UMJ Constatation médicale des violences sur
réquisition du Parquet
CHU Grenoble
04 76 76 54 56 / 04 76 76 84 70

GRENOBLE :

Rialto-SOS femmes 38 07 88 18 40 98

Solidarité femmes Miléna 04 76 40 50 10

AIV Isère 04 76 46 27 37

BOURGOIN-JAILLEU:

ISIS NORD-ISERE - Aide aux victimes 04 74 19 24 30

VIENNE:

France Victimes 38 APRESS 04 74 85 58 66

CIDFF accès au droit 04 50 09 52 40

Portail de signalement des violences sexuelles et
sexistes www.service-public.fr

Délégation aux droits des femmes et à l'égalité
Isabelle.jahier-deton@isere.gouv.fr

Stop-violences-femmes.gouv.fr - De.civ.violence.fr

REPÉRER

PHYSIQUES

Traumatismes / blessures inexplicables
Douleurs chroniques entraînant des consultations répétées
Signes fonctionnels avec bilan négatif
(céphalées, douleurs abdominales, troubles du transit)
Plaintes vagues et inexplicables
Déséquilibre de pathologies chroniques

PSYCHIQUES

Dépression
Anxiété
Stress post-traumatique
Troubles du sommeil
Idées suicidaires, tentatives de suicide
Troubles du comportement alimentaire

GYNÉCOLOGIQUES

Lésions génito-urinaires
Grossesses non désirées, IVG, IST
Fausses couches
Manque de soins prénataux
Dyspareunies
Métorragies

FACTEURS DÉCLENCHANTS

Antécédents de violences familiales dans l'enfance
Grossesse
Séparation
Isolement social

ATTITUDES DE LA VICTIME

Annulations de rendez-vous
Refus de se déshabiller
Report des consultations, oublis de rendez-vous
Problèmes d'observances (traitement, conseil)
Consultations fréquentes
Conduites addictives

ATTITUDES DU PARTENAIRE

Hyper-prévenance
Prise de parole à la place de la victime
Présence systématique lors des rendez-vous de la victime

ENFANTS

Troubles du comportement
Troubles du sommeil, troubles alimentaires
Difficultés scolaires

Les Signes

ABORDER

Attitude à adopter par les professionnels l.e.s.

Poser la question permet d'ouvrir le dialogue.
Il a été démontré que les victimes sont
favorables au repérage

“ Avez-vous déjà été témoin de violences ? ”

“ Avez-vous déjà subi des violences au cours de votre
vie (au travail, dans la rue, à la maison) ? ”

“ Comment vont les choses à la maison ? ”

“ Comment va votre couple ? ”

À dire à la victime:

“ Vous n'y êtes pour rien, l'agresseur se est l'unique
responsable ”

“ La loi interdit et punit les violences ”

“ Vous pouvez être aidé.e. ”

“ Je peux établir un certificat ”

“ Je vous donne un nouveau rendez-vous ”

ACIR

Scénarios de protection

Se rapprocher des personnes ressources
Associations, professionnelles, du droit, de l'action
sociale, etc.

Prévenir une personne de confiance de son éventuel
départ

Déposer une main courante auprès des services de
polices ou de la gendarmerie lors du départ du domicile

Déposer en lieu sûr certains documents et effets
personnels (victime et enfants)

Papiers d'identités, diplômes, livret de famille, documents
médicaux, documents bancaires, etc.

Ouvrir un compte bancaire personnel

Ce que dit la Loi

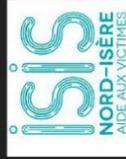
Les professionnelles de santé peuvent signaler les violences aux
autorités judiciaires ou de police avec l'accord de la victime si celle-ci
est majeure.

Loi du 30/07/20 : levée du secret médical lorsque le médecin estime
en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure
en danger immédiat.

Les professionnelles de santé doivent dénoncer les violences aux
autorités judiciaires ou de police ou à la cellule de recueil des
informations préoccupantes avec ou sans l'accord de la victime si
celle-ci est mineure ou vulnérable (en raison de son âge ou de son
incapacité physique ou psychique).

À conseiller à la victime

Nos partenaires



Annexe II - Dépliant à destination des médecins généralistes modifié

EN FRANCE
3 À 4 FEMMES SUR 10 SONT CONCERNÉES
PAR LES VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE

- 1 femme est tuée tous les 3 jours
- 1 homme est tué tous les 17 jours
- 1 enfant est tué tous les 14 jours

LES VIOLENCES PEUVENT ÊTRE...

- Psychologiques
- Verbales
- Physiques
- Sexuelles
- Économiques
- Administratives

LE CYCLE DE LA VIOLENCE

GUIDE POUR LES PROFESSIONNELLES DE SANTÉ
VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE

CONTACTS

3919 Numéro d'écoute national, anonyme et gratuit
7/7 - 24h/24

119 Numéro d'appel Enfance en danger

115 Numéro d'appel d'hébergement d'urgence 24h/24
7/7 et jours fériés

17 Numéro d'appel de la gendarmerie ou de la police

CRIP Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
04 76 00 32 63 / crip@isere.fr

UMJ Constataion médicale des violences sur réquisition du Parquet
CHU Grenoble
04 76 76 54 56/ 04 76 76 84 70

GRENOBLE :

Rialto- SOS femmes 38 07 88 18 40 98

Solidarité femmes Mléna 04 76 40 50 10

AIV Isère (Aide Information aux Victimes) 04 76 46 27 37

BOURGOIN-JAILLEU:

ISIS NORD-ISERE- Aide aux victimes 04 74 19 24 30

VIENNE:

France Victimes 38 APRESS 04 74 85 58 66

CIDFF accès au droit 04 50 09 52 40

Portail de signalement des violences sexuelles et sexistes
www.service-public.fr

Délégation aux droits des femmes et à l'égalité
isabelle.jahier-deton@isere.gouv.fr

Stop-violence-femmes.gouv.fr - Decliviolence.fr

REPÉRER

PHYSIQUES

Traumatismes / blessures inexplicables
Douleurs chroniques entraînant des consultations répétées
Signes fonctionnels avec bilan négatif (céphalées, douleurs abdominales, troubles du transit)
Plaintes vagues et inexplicables
Déséquilibre de pathologies chroniques

PSYCHIQUES

Dépression
Anxiété
Stress post-traumatique
Troubles du sommeil
Idées suicidaires, tentatives de suicide
Troubles du comportement alimentaire

GYNÉCOLOGIQUES

Lésions génito-urinaires
Grossesses non désirées, IVG, IST
Fausses couches
Manque de soins prénataux
Dyspareunies
Métrorragies

FACTEURS DÉCLENCHANTS

Antécédents de violences familiales dans l'enfance
Grossesse
Séparation
Isolement social

ATTITUDES DE LA VICTIME

Annulations de rendez-vous
Retards de se déshabiller
Report des consultations, oublis de rendez-vous
Problèmes d'observances (traitement, conseil)
Consultations fréquentes
Conduites addictives

ATTITUDES DU PARTENAIRE

Hyper-prévenance
Prise de parole à la place de la victime
Présence systématique lors des rendez-vous de la victime

ENFANTS

Troubles du comportement
Troubles du sommeil, troubles alimentaires
Difficultés scolaires

ABORDER

Attitude à adapter par les professionnel.le.s :

Poser la question permet d'ouvrir le dialogue.
Il a été démontré que les victimes sont favorables au repérage

“ Avez-vous déjà été témoin de violences ? ”

“ Avez-vous déjà subi des violences au cours de votre vie (au travail, dans la rue, à la maison) ? ”

“ Comment vont les choses à la maison ? ”

“ Comment va votre couple ? ”

À dire à la victime :

“ Vous n'y êtes pour rien, l'agresseur.r.se est l'unique responsable ”

“ La loi interdit et punit les violences ”

“ Vous pouvez être aidé.e. ”

“ Je peux établir un certificat ”

“ Je vous donne un nouveau rendez-vous ”

AGIR

Scénarios de protection

Se rapprocher des personnes ressources
Associations, professionnels du droit, de l'action sociale, etc.

Prévenir une personne de confiance de son éventuel départ

Déposer une main courante auprès des services de polices ou de la gendarmerie lors du départ du domicile

Déposer en lieu sûr certains documents et effets personnels (victime et enfants)

Papiers d'identité, diplômes, livret de famille, documents médicaux, documents bancaires, etc.

Ouvrir un compte bancaire personnel

À conseiller à la victime

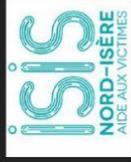
Ce que dit la Loi

Les professionnels de santé peuvent signaler les violences aux autorités judiciaires ou de police avec l'accord de la victime si celle-ci est majeure

Loi du 30/07/20 : levée du secret médical lorsque le médecin estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat.

Les professionnelles de santé doivent dénoncer les violences aux autorités judiciaires ou de police ou à la cellule de recueil des informations préoccupées avec ou sans l'accord de la victime si celle-ci est mineure (en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique).

Nos partenaires

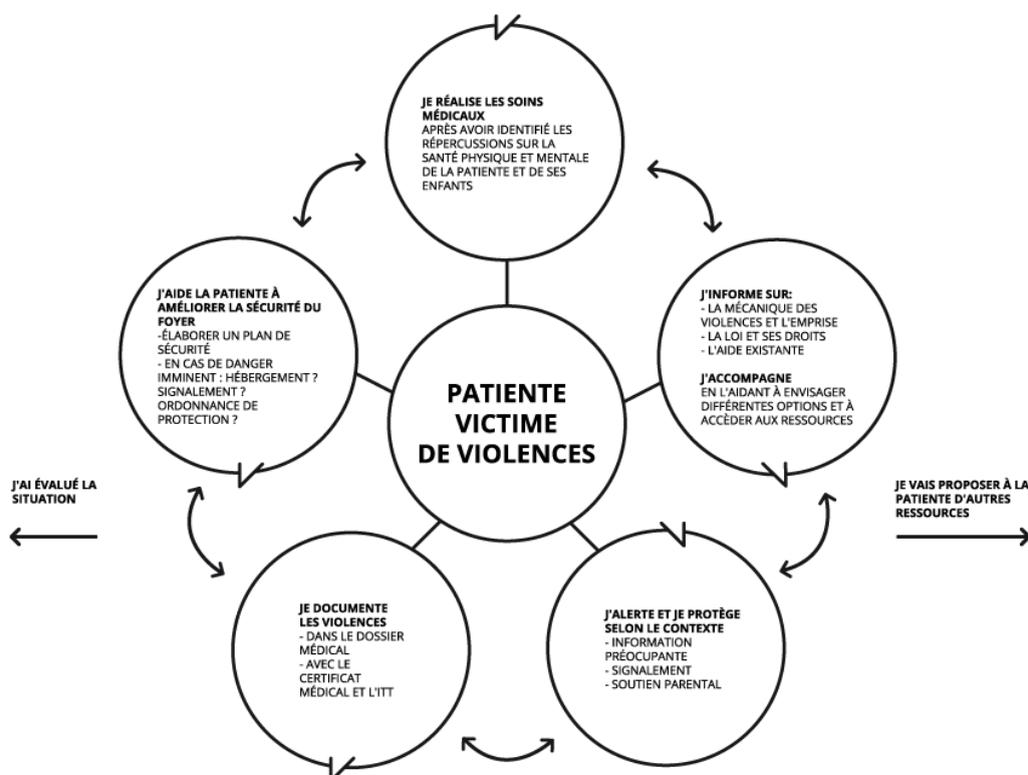


Annexe III - Carte de visite présentant le site internet [Decliviolence.fr](http://www.decliviolence.fr)

Recto :



Verso :



Annexe IV - Captures d'écran du site internet "Declicviolence.fr"

L'ESSENTIEL À CONNAÎTRE // POURQUOI INTERVENIR // COMMENT INTERVENIR

LES PIÈGES À ÉVITER // LES OUTILS // LA CARTE INTERACTIVE

DMG DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE CLERMONT-FERRAND

URPS médecins libéraux Auvergne Rhone Alpes

DÉ → CLIC VIOLENCE.FR

AIDE À LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES ENVERS LES FEMMES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

EN CLIC!

3 à 4 patientes sur 10 dans nos salles d'attente de médecine générale peuvent être victimes de violences conjugales. Les conséquences sur la santé des femmes et de leurs enfants sont multiples et durables. Pourtant, ce problème de santé est peu abordé en consultation par les patientes et leurs médecins.

Le médecin généraliste a un rôle à jouer pour repérer et aider ses patientes qui subissent des violences conjugales.

Ce site propose des fiches pratiques pour mieux comprendre ce problème de santé sensible et complexe, et mieux intervenir en tant qu'acteur de soins de premier recours. Ces fiches ont été élaborées par des médecins généralistes et des professionnels travaillant auprès de ces femmes.

[En savoir plus \[...\]](#)

- Hébergement d'urgence 24h/24h et 7j/7: **115**
- Stop violences conjugales: **39 19**
- Service National d'Accueil Téléphonique pour l'enfance en Danger : **119**

Les outils

Repérer

Les signes d'alerte

Aborder

Les questions pour aborder le problème

Évaluer

Les indicateurs de risque

Agir

Le plan de sécurité

Le certificat médical descriptif type

L'ITT: tableau récapitulatif du retentissement fonctionnel des violences

Le signalement (judiciaire) type

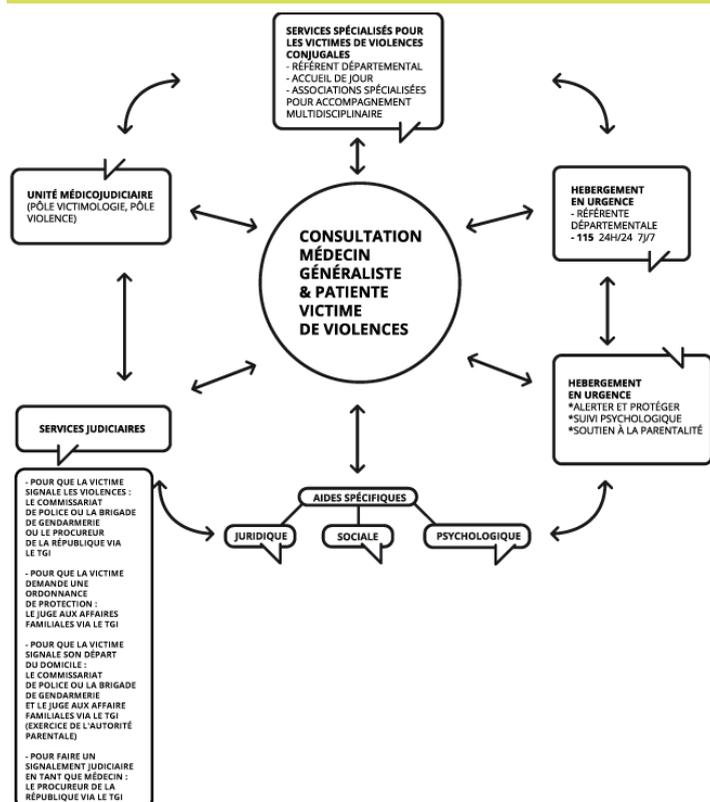
Orienter

Où ?

En Bref

Comment intervenir ?

IMPRIMER



Annexe V - Fiche d'information à destination des participants

Intitulé de l'étude : Impact de la diffusion d'un support didactique dédié aux violences conjugales sur leur dépistage par des médecins généralistes en Isère

Equipe de recherche : Ambre-Aurore PELISSON et Florence LEFEBVRE, internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de l'Université Grenoble-Alpes, sous la direction du Dr Noémie PLOTON

Ambre-Aurore PELISSON : [Données à caractère personnel]

Florence LEFEBVRE : [Données à caractère personnel]

But de l'étude : étudier l'impact de la distribution d'un support didactique dédié au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales sur le nombre d'interventions de dépistage réalisées par les médecins généralistes en Isère

Critères d'inclusion : médecins généralistes isérois avec activité libérale ou salariée installés sur l'agglomération grenobloise, le territoire Voironnais-Chartreuse et le territoire Sud-Grésivaudan

Critères d'exclusion : médecins remplaçants, internes

Mesures effectuées en fin d'étude :

- **Critère de jugement principal :** Recueil du nombre d'interventions de dépistage réalisées sur un mois avant puis après diffusion des supports d'information

Une intervention de dépistage consiste en une question de préférence ouverte, adressée à la patiente, s'intéressant de manière directe aux relations avec le conjoint ou de manière indirecte sur le ressenti et le sentiment de sécurité de la patiente lorsqu'elle se trouve au domicile.

Exemples : « Comment vous sentez-vous à la maison ? » / « Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ? » / « En cas de dispute, cela se passe comment ? » / « Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ? »

- **Critères de jugement secondaires :**
 - Recueil du nombre de patientes ayant présenté un dépistage positif
 - Recueil du nombre de patientes ayant été orientées vers d'autres structures et structures concernées
 - Suggestions d'amélioration des moyens d'information

Engagement des investigatrices : Les investigatrices s'engagent à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Engagement du participant : Le participant s'engage à participer à un entretien de 20 minutes consistant en une présentation de l'étude, la remise des supports d'information avec signature du formulaire de non-opposition et la réponse à un questionnaire. Un deuxième entretien sera réalisé 2 mois plus tard, par téléphone ou par mail, selon la convenance du participant, pour recueillir les données suite à la diffusion des supports d'information.

Confidentialité des informations : Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon confidentielle, et utilisées uniquement pour répondre aux objectifs de la recherche. Seules les 2 investigatrices pourront avoir accès à ces données. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel nominatif. Les données seront conservées pendant une durée d'un an, à l'exception des coordonnées (mail et téléphone) qui seront conservées 3 mois.

Législation :

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude par mail à [Données à caractère personnel] ou par téléphone au [Données à caractère personnel]. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Conformément à l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud-Est VI rendu le 03/12/2020, cette étude s'inscrit hors champs d'application des textes régissant les Recherches Impliquant la Personne Humaine (RIPH), et ne nécessite donc pas l'avis d'un CPP.

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), les informations recueillies dans le questionnaire feront l'objet d'un traitement informatisé par les investigatrices. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : aux personnes chargées de la collecte, du traitement et de l'analyse des données. En tout état de cause, toutes les parties impliquées dans cette étude sont tenues de respecter la confidentialité de vos données personnelles. Elles seront conservées pendant 1 an. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, par simple demande par mail à noemie.ploton@gmail.com ou par téléphone au 06 76 20 09 91. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Si vous estimez, après nous avoir contactées, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), la déclaration de l'étude a été traitée et portée au registre du CIL de l'Université Grenoble-Alpes le 21/01/2021, et est conforme à la méthodologie de référence MR-004.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades), les résultats globaux de l'étude pourront être communiqués au participant s'il le souhaite.

Sources de financement : La collaboration du participant à cette étude n'entraînera pas de participation financière de sa part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

Conflits d'intérêt : non

Annexe VI - Fiche de recueil de non-opposition

RECUEIL DE NON-OPPOSITION

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des modalités de l'étude, du caractère volontaire de la participation à cette dernière et de la possibilité de refuser d'y participer. J'ai été informé de la possibilité de me retirer à tout moment de l'étude sans aucune pénalisation. Après en avoir discuté et avoir obtenu les réponses à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à le/...../.....

Signature :

Annexe VII - Questionnaire “avant intervention” à destination des participants

Date : / /

Investigateur :

NOM - Prénom :

Numéro de téléphone :/...../...../...../.....

Adresse mail :

Préférence de contact pour le 2ème entretien : téléphone mail

Âge :

Sexe : Féminin Masculin

Ville d'exercice :

Milieu d'exercice :

- Urbain
- Semi-urbain
- Rural

Mode d'exercice :

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- Salarié
- Autre :

Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur le sujet des violences conjugales : oui non

Si oui, précisez :

- Formation initiale
- Formation continue
- Autre :

Connaissez-vous le site de clic violence.fr ? oui non

Au cours du **mois précédent** :

- Combien de fois avez-vous abordé le sujet des violences conjugales avec vos patientes ?
 - Combien de fois avez-vous été confronté à un dépistage positif ?
 - Combien de femmes victimes avez-vous orienté vers une structure dédiée ?
- Si oui : laquelle (lesquelles) ?

Annexe VIII - Questionnaire “après intervention” à destination des participants

Date : /..... /

Investigateur :

Numéro du participant :

Au cours du **mois précédent** :

- Combien de fois avez-vous abordé le sujet des violences conjugales avec vos patientes ?
- Combien de fois avez-vous été confronté à un dépistage positif ?
- Combien de femmes victimes avez-vous orienté vers une structure dédiée ?
- Si oui : laquelle ?

- Avez-vous bénéficié d'une autre formation concernant le dépistage des violences conjugales ?
 oui non

Avez-vous des suggestions d'amélioration concernant le site declicviolence.fr ?

.....
.....
.....

Avez-vous des suggestions d'amélioration concernant la plaquette d'informations ?

.....
.....
.....

Ces outils vous ont-ils permis d'être plus à l'aise avec le sujet des violences conjugales ?

oui non

Pensez-vous que ces outils devraient être diffusés à l'ensemble des médecins généralistes isérois ?

oui non

Annexe IX - Avis du CPP Sud-Est VI



Clermont Ferrand, le 03 décembre 2020

Madame LEFEBVRE Florence
Madame PELISSON Ambre-Aurore
Département de Médecine Générale
Université de Grenoble-Alpes

Nos Réf. : 2020 / CE 92

Madame,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« Impact de la diffusion d'un support didactique dédié aux violences conjugales sur leur dépistage par des médecins généralistes en Isère »

Cette étude observationnelle, qui s'apparente à une évaluation des pratiques professionnelles, ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les Recherches Impliquant La Personne Humaine (RIPH), au sens de l'Article L.1121-1 et des Articles R.1121-1 et R.1121-2.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Président,
Pr. Jean-Etienne BAZIN



Annexe X - Comparaison des données socio-démographiques des perdus de vue avec celles de l'échantillon

		Echantillon (effectif : 50)	Perdus de vue (effectif : 5)
Âge moyen (en années)		47,4	50,4
Proportion de femmes		62 %	40 %
Territoire	Agglomération grenobloise	40 %	40 %
	Voironnais-Chartreuse	34 %	10 %
	Sud-Grésivaudan	26 %	40 %
Mode d'exercice (en %)	Cabinet de groupe	48 %	40 %
	Cabinet isolé	22 %	40 %
	MSP	24 %	10 %
	Salarié	6 %	0 %
Données avant diffusion des outils	Nombre moyen d'interventions de dépistage par mois	6,3	0,8
	Nombre moyen de cas dépistés par mois	1,2	0,4
	Nombre moyen de cas orientés par mois	0,4	0,4

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”

«Pour le Graal, j'ai bâti une forteresse, moi. Kaamelott, ça s'appelle. J'ai été chercher des chevaliers dans tout le royaume. En Calédonie, en Carmélide, à Gaunes, à Vannes, aux Pays de Galles. J'ai fait construire une grande table, pour que les chevaliers s'assoient ensemble. Je l'ai voulue ronde, pour qu'aucun d'entre eux ne se retrouve assis dans un angle, ou en bout de table. C'était compliqué, alors j'ai essayé d'expliquer ce qu'était le Graal, pour que tout le monde comprenne. C'était difficile, alors j'ai essayé de rigoler pour que personne ne s'ennuie. J'ai raté, mais je veux pas qu'on dise que j'ai rien foutu, parce que c'est pas vrai.»

Arthur

Kaamelott

Livre V, épisode 8

RÉSUMÉ

Les violences conjugales concernent 10 % des femmes en France, mais restent encore sous-diagnostiquées en consultation de médecine générale. Le principal frein au dépistage des violences conjugales par les médecins généralistes est un sentiment d'impuissance face à un dépistage positif, lié à un manque d'outils pratiques de prise en charge.

Une étude exploratoire quasi-expérimentale a été réalisée selon un schéma avant-après. L'impact de la diffusion d'outils didactiques dédiés aux violences conjugales sur leur dépistage par les médecins généralistes isérois a été évalué. Les outils utilisés étaient un dépliant et un site internet. Le critère de jugement principal était le nombre d'interventions de dépistage réalisé sur une période de 1 mois, évalué avant puis après diffusion des outils.

50 médecins généralistes ont été inclus. La diffusion des outils a permis d'augmenter le nombre d'interventions de dépistage de 2,5 par mois et par médecin en moyenne, sans différence statistiquement significative. La réussite de l'intervention, définie comme une augmentation d'au moins 1 intervention de dépistage par mois, a concerné 42 % des médecins interrogés. Aucun des facteurs étudiés n'y était associé de manière statistiquement significative. Les outils ont permis à 67 % des médecins d'être plus à l'aise avec le dépistage des violences conjugales, et 91% d'entre eux préconisent une diffusion plus large de ces outils.

Une diffusion plus large de ces supports didactiques peut répondre aux attentes des médecins généralistes et participer à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles. Une augmentation significative du nombre d'interventions de dépistage pourrait être menée par une étude de plus grande puissance.

MOT-CLÉS : médecine générale / violences conjugales / dépistage / étude avant-après

ABSTRACT

Although 10 % of women experience domestic violence in France, they are still under-diagnosed in general practice. This is mainly explained by a sense of helplessness of general practitioners in front of victims due to a lack of helping tools in this situation.

An exploratory quasi-experimental study was carried out according to a before-and-after design. It evaluated the impact of the dissemination of didactic tools dedicated to domestic violence on their screening by general practitioners in Isère region. The studied tools were a leaflet and a website. The primary endpoint was the number of screening interventions carried out over a period of one month, assessed before and after distribution of the tools.

50 general practitioners were included. The number of screening actions increased by 2,5 per month and per practitioner with the tools distribution, without any statistically significant difference. The success of the intervention, defined as an increase of at least one intervention by month, concerned 42 % of doctors. None of the studied factors were significantly linked to the success of the intervention. The tools made 67% of physicians more comfortable with domestic violence screening, and 91% would recommend wider distribution of the tools.

Wider dissemination of these tools may meet the expectations of general practitioners and help improve their professional practice. A larger study could be conducted to demonstrate a significant increase in the number of screening interventions.

Key-words : general practice / domestic violence / screening / pre-post study