



HAL
open science

Dépistage des victimes de violences intrafamiliales chez les adultes : enquête quantitative auprès de médecins généralistes de l'Est-Gironde

Emma Beroulle

► **To cite this version:**

Emma Beroulle. Dépistage des victimes de violences intrafamiliales chez les adultes : enquête quantitative auprès de médecins généralistes de l'Est-Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04165170

HAL Id: dumas-04165170

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04165170v1>

Submitted on 18 Jul 2023

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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2023

Thèse n° 62

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par BEROULLE Emma

Née le 5 Mai 1993 à Avignon (84)

Le 8 Juin 2023

**Dépistage des victimes de violences intrafamiliales chez
les adultes : enquête quantitative auprès de médecins
généralistes de l'Est-Gironde.**

Sous la direction de : Madame la Docteure Julie-Anne TJONCKE

Membres du jury :

Monsieur le Professeur JOSEPH, Jean-Philippe
Monsieur le Professeur DURIEUX, William
Monsieur le Professeur PETREGNE, François
Madame la Docteure AHANO-DUCOURNEAU, France
Madame la Docteure TJONCKE Julie-Anne

Président
Rapporteur
Examinateur
Examinateur
Examinateur

Remerciements

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH - *Directeur du Département de Médecine Générale - Université de Bordeaux, Coordonnateur du DES de Médecine Générale - Université de Bordeaux, Médecin généraliste à Bordeaux (33).*

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury, je vous suis infiniment reconnaissante et espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

A Monsieur le Professeur William DURIEUX - *Professeur associé au Département de Médecine générale - Université de Bordeaux, Médecin généraliste à Targon (33).*

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury et de me consacrer ce temps si important pour l'aboutissement de mon cursus.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE - *Professeur associé au Département de Médecine générale - Université de Bordeaux, Médecin généraliste à Gradignan (33).*

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de porter intérêt à ce travail.

A Madame la Docteure France AHANO-DUCOURNEAU – *Médecin directeur, Direction de la Promotion de la Santé -PMI Ados-Adultes et Petite Enfance- Département de la Gironde (33)*

Merci France de m'avoir fait confiance pour ce poste, merci pour ton soutien et tes encouragements depuis plus d'un an.

A ma Directrice de thèse, Madame la Docteure Julie-Anne TJONCKE – *Médecin légiste - Expert auprès de la Cour d'Appel de Bordeaux - Cheffe de service de l'Unité Médico-Judiciaire de proximité du Centre Hospitalier de Libourne (33)*

Merci Julie-Anne pour ton investissement depuis 5 ans, ta disponibilité sans faille, et tes conseils précieux.

A ma famille

A David : Mon pilier de tous les jours. Parce que je suis fière de tout le chemin parcouru ensemble, de ce que nous avons construit, ce que l'on est devenu et de toutes les choses qu'il nous reste encore à créer. <3

A Arthur : Parce que je suis prête à déplacer des montagnes pour ton regard, ton sourire ou ton odeur. Parce que tu me permets de me dépasser chaque jour un peu plus. Je suis fière d'être ta maman.

A mon frère Constant : L'autre homme de ma vie, le troisième encore en vie à ce jour après avoir vécu avec moi. Tous les deux si différents mais pourtant si proches, parce qu'on n'a pas besoin de longs discours pour se comprendre, pas besoin de se voir souvent pour se sentir à côté. Je suis fière de l'homme que tu es devenu et que j'ai pu voir évoluer. Merci pour tes précieux conseils.

A ma Mère : Qui m'a très tôt donné l'envie d'apprendre, le goût pour le travail bien fait et les bases pour réussir. Merci pour ta patience et ta douceur que j'essaie d'avoir maintenant avec Arthur.

A mon Père : Pour ta présence discrète.

A mon grand-père Alain : Parce qu'on ne connaît pas meilleur booster d'ego, merci pour les précieux conseils de viser toujours plus haut.

A Solé et Eddy : Pour votre soutien indéfectible depuis toujours.

A mes grands-mères et arrières grands-mères sans qui le sujet de cette thèse ne m'aurait pas tant tenu à cœur.

A mes amis

Aux « lyonnais »

A Méryl : Pour ton amitié toujours intacte et nos discussions parfois éloignées à cause de nos emplois du temps mais qui reprennent toujours comme si elles s'étaient terminées la veille.

A Elsa : Parce que je n'ai pas eu la chance d'avoir de sœur mais j'aurais aimé qu'elle soit comme toi. Parce qu'on est toujours en même temps dans les mêmes galères et que tu me comprends.

A Hugo : Seule personne au monde à pouvoir me faire rire en un geste, une phrase ou une tenue. Merci pour les rires, les bonnes bouffes et les après-midis shopping et essayages.

A Wiwi : Pour ta douceur et ta gentillesse. Je suis contente de te savoir heureux.

A Marion : Pour tes conseils toujours justes, ton calme et ton sourire aux yeux plissés.

A Chloé : Pour les dimanches fromages-thé-pains au lait, les retours de soirée à pied à débriefer et les nuits courtes à dormir dans ton lit.

A Amélie : Pour ton originalité, parce qu'avec toi c'est toujours une joie de discuter.

A Solenne et Raph, Ombeline et Côme, à Nico M, à Bérengère et Willy, à Carole : Pour tous les bons souvenirs ensemble au cours de ces années. C'est toujours un plaisir de vous voir.

A Sofiane C, meilleur co-externe de tous les temps, pour m'avoir appris à examiner un patient et faire une observation, juste ça.

Aux bordelais anciens, actuels ou futurs

A Charles et Pauline : Les premiers amis Bordelais, parce que vous avez été un élément majeur dans ma rencontre avec David, pour les virées au Ferret, les brunchs et les dîners de qualité.

A Marie-Charlotte, à Déborah : L'équipe des mamans internes issues de Marmande, avec vous pas de tabou, la maternité n'a plus aucun secret pour nous.

A Anne et Hugo, Noémie et Edouard et Inès : Pour les vacances, les diners et bien d'autres encore.

A Alex, à Virginie et Pierre : Parce que j'ai toujours hâte de connaître la suite de vos aventures.

A Noémie et Côme : Toujours un plaisir de vous voir ici, partout, ailleurs.

A Julie : Le meilleur duo de boulot de l'internat, sans toi je n'aurais sûrement pas tenu les 6 mois.

A Maëva : Pour ta disponibilité sans faille au travail, mon vrai couteau-suisse pendant 12 mois. Pour ton caractère et ta détermination.

A Pauline P : Dans la suite des copines guerrières, impossible de ne pas te citer. Modèle d'organisation et de réussite tant sur le plan personnel que professionnel.

A Guillaume : Une parenthèse douce et artistique dans notre quotidien Bordelais.

A Mathilde et Fabien, Solenne et Clément, Margaux et Simon, Adrien et Florine, Marion et Salman, Morgane et Yacine, Rachel et P-H, Sido et Romain, Camille G et Johann et leurs progénitures : Parce que c'est toujours un plaisir de vous voir et de partager nos expériences de vie. Merci de m'avoir accueillie dans vos bandes de potes dès les premiers instants.

Aux parisiens qui ont su me faire une place :

A Joëlle, Sarah, Marie, Alain et aux Zaks qui m'ont accueillie à bras ouverts dans leur famille.

A Sacha et Mathilde, Loura et Cocotte et leurs poussins, à Alix, à John, à Jérem et François pour ces moments toujours chaleureux.

A mes collègues et formateurs

Au Dr Rubio et à Monique pour leur bienveillance, au Dr Bachacou et au Dr Corfias pour leur confiance.

A Clarisse, Raphaël et la team MDPS pour la bonne ambiance de travail, les repas du jeudi midi et les soirées hors les murs. C'est précieux une équipe comme la vôtre.

Table des matières

Liste des figures et illustrations.....	6
Liste des abréviations et définitions	7
PARTIE 1 : INTRODUCTION	8
I. Définitions	9
A. Notion de violence	9
B. Violences intrafamiliales (VIF)	11
C. Types de dépistage.....	12
II. Données épidémiologiques.....	12
A. Chiffres clés	12
B. Facteurs de risque	12
C. Impact de la Covid-19.....	13
III. Recommandations de pratiques professionnelles en France et dans le monde	14
IV. Aspects législatif et politique en France.....	15
A. Cadre législatif.....	15
B. Actions politiques	16
V. Travaux antérieurs portant sur le dépistage des violences par les professionnel-le-s de santé.....	19
A. Ressenti des victimes	19
B. Ressenti des médecins	20
C. Impact de la formation des professionnel-le-s de santé sur le dépistage des violences	21
VI. Question de recherche et objectifs.....	21
A. Question de recherche.....	21
B. Hypothèses.....	22
C. Objectifs de l'étude	22
1) Objectif principal	22
2) Objectifs secondaires	22
VII. Bibliographie.....	23
PARTIE 2 : ARTICLE	28
I. Introduction.....	29
II. Méthode.....	30
III. Résultats.....	32
A. Description de la population d'étude.....	32
B. Etat des lieux et comparaison des pratiques des MG libéraux-ales de l'Est-Gironde concernant le dépistage des VIF chez les adultes	34
C. Etude du niveau d'intérêt et de sensibilisation des médecins à la notion de VIF.....	37

D.	Données recueillies suite à notre intervention	40
IV.	Discussion	42
A.	Objectifs de l'étude	42
B.	Forces et limites	44
C.	Conclusion / Perspectives	45
V.	Bibliographie.....	46
PARTIE 3 : ANNEXES		49
	Annexe 1 : La roue du pouvoir et du contrôle - élaborée par « Domestic Abuse Intervention Project »	50
	Annexe 2 : Le violentomètre à destination des victimes	51
	Annexe 3 : Le violentomètre à destination des auteur-e-s	52
	Annexe 4 : Répartition géographique des morts violentes au sein du couple en France en 2021... 53	
	Annexe 5 : Répartition géographique des victimes de coups et blessures volontaires sur personnes de 15 ans ou plus dans le cadre familial (valeurs /1000 habitants) en France en 2021	54
	Annexe 6 : Questionnaire d'entretien téléphonique	55
	Annexe 7 : Présentation envoyée aux médecins	56
	Annexe 8 : Fiche annuaire pour le secteur Ambarès-et-Lagrave.	58
	Annexe 9 : Notice d'information à destination des médecins généralistes participant à l'étude	59
	Annexe 10 : Secteur géographique Est-Gironde	60
	Annexe 11 : Caractéristiques des médecins généralistes recensé-e-s sur le secteur de l'Est Gironde	61
	Annexe 12 : Graphique 1 : Nombre d'appels réalisés et nombre d'accords de participation à l'étude recueillis au cours de l'année 2022.	62
	Annexe 13 : Graphique 2 : Incidence de la COVID-19 en Nouvelle Aquitaine en 2022 pour 100 000 habitants.....	63
	Annexe 14 : Caractéristiques des médecins ayant refusé de participer à notre étude	64

Liste des figures et illustrations

Figure 1 : Diagramme de flux.....	31
Tableau 1 : Caractéristiques des médecins ayant accepté de participer à l'étude.....	32
Tableau 2 : Caractéristiques des médecins en fonction de la réalisation ou non d'un dépistage des VIF.....	33
Tableau 3 : Caractéristiques des médecins en fonction du type de dépistage déclaré pour dépister les VIF.....	34
Tableau 4 : Critères utilisés par les médecins pratiquant un dépistage ciblé des VIF.....	35
Tableau 5 : Caractéristiques des médecins en fonction de leur participation à l'étude.....	36
Figure 2 : Estimation du pourcentage de patient·e·s victimes de VIF au sein de la patientèle par les médecins interrogé·e·s.....	37
Tableau 6 : Caractéristiques des médecins en fonction de l'ouverture du mail contenant les outils.....	38
Tableau 7 : Caractéristiques des médecins ayant participé au deuxième entretien téléphonique.....	39

Liste des abréviations et définitions

BAR : Bracelet anti-rapprochement

Cabinet médical : Structure où exercent plusieurs médecins

Cabinet pluriprofessionnel : Structure où exercent plusieurs professionnels de santé

Cali : Communauté d'agglomération du Libournais

CIDFF : Centres d'information sur les droits des femmes et des familles

CJPP : Contrôle judiciaire avec placement probatoire

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPCA : Centres de prise en charge des auteurs

DIU : Diplôme inter-universitaire

DU : Diplôme universitaire

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FNACAV : Fédération nationale des associations & centres de prise en charge d'auteurs de violences conjugales et familiales

FRA : European Union Agency for Fundamental Rights

HAS : Haute Autorité de Santé

ITT : Incapacité Totale de Travail

LAEO : Lieux d'accueil, d'écoute et d'orientation

MG : Médecins Généralistes

Miprof : Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

Questionnaire WAST : Woman Abuse Screening Tool

RGPD : Règlement Général de Protection des Données

SSMSI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

TGD : Téléphone grave danger

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VIF : Violences intrafamiliales

PARTIE 1 : INTRODUCTION

Les violences intrafamiliales (VIF) représentent un enjeu majeur de santé publique, les violences au sein du couple ayant été à l'origine de 216 décès en France en 2021. C'est la raison pour laquelle il s'agit d'un point d'action central de notre politique de santé. Des travaux antérieurs ont montré que les professionnel·le·s de santé, et en particulier les médecins généralistes (MG), sont les premier·ère·s interlocuteur·ice·s auquel·le·s les victimes de violence s'adressent (1-3). Pourtant, les études réalisées montrent que ceux·elles-ci ne se sentent pas à l'aise, ni assez compétent·e·s et évoquent le manque de temps pour aborder la problématique des violences au cours de leurs consultations (4-9). En pratique, le dépistage des VIF semble être peu réalisé. Nous cherchons ici à étudier la prévalence du dépistage des VIF chez les adultes par les MG de l'Est-Gironde, et à proposer à ceux·elles qui le souhaitent des outils personnalisés pour les accompagner dans un dépistage systématique.

I. Définitions

A. Notion de violence

Les VIF, du fait de leurs conséquences négatives, tant sur le plan de la santé physique que de la santé mentale, sont un véritable enjeu de santé publique que les autorités françaises tentent de mieux appréhender. Le repérage des violences par les professionnel·le·s de santé est primordial afin de proposer une prise en charge rapide et éviter ainsi l'évolution vers des troubles psychiques et somatiques graves dont les coûts pour la victime et la société sont importants. En effet, ces violences ont une répercussion économique non négligeable, tant en coût direct (estimé à 2,5 milliards en 2006 en France, dont 20 % en soins de santé, 9 % en police et justice, 5 % en aides sociales, et 22 % en coûts humains) (10), qu'indirect (perte de production, perte de qualité de vie). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les femmes si elles sont victimes de violences conjugales perdent une à quatre années de vie en bonne santé (11).

1) Mécanisme d'installation et cycle de la violence

La notion de violence, son mécanisme d'installation et son maintien dans le temps sont très bien décrits en psychiatrie (3). Les violences domestiques s'installent, le plus souvent progressivement en commençant par des violences psychologiques, puis verbales et enfin physiques et sexuelles, avec une augmentation en fréquence et en intensité.

Le cycle des violences s'organise typiquement en quatre phases, qui se répèteront dans le temps : une phase de tension, puis la phase d'agression, ensuite celle du déni et du retournement de responsabilité et enfin la phase de « lune de miel » ou « sursis amoureux » avant la prochaine phase de tension.

Ces violences répétées vont avoir un impact croissant sur le psychisme de la victime, sur sa santé physique, mais également sur son environnement social et affectif.

En effet, la VIF renvoie à la notion de pouvoir et de contrôle d'un individu sur un autre, à une volonté d'emprise. Pour augmenter son pouvoir et son contrôle sur la victime, l'auteur·e des violences a recours à plusieurs modalités de fonctionnement : la coercition et les menaces, l'intimidation, la violence psychologique (humiliation, culpabilisation...), l'isolement de la victime, le déni des faits, le retournement de la responsabilité et enfin la suppression de toute

indépendance économique. Dans le cadre de violences conjugales, l'auteur-e des violences peut également utiliser des arguments touchant aux enfants (menace d'enlèvement, culpabilisation dans le rôle de parent) ou aux privilèges de genre (définir les rôles masculins et féminins).

2) Différents types de violences

Les violences émotionnelles et psychologiques sont souvent les premières à survenir, voire les seules à s'installer. Les violences émotionnelles recouvrent les actions suivantes : saper l'estime de soi d'une personne par des critiques constantes, dénigrer ses capacités, l'insulter ou l'exposer à des violences verbales, porter atteinte à sa relation avec ses enfants, l'empêcher de voir sa famille ou ses amis. Les violences psychologiques consistent à inspirer la peur par intimidation avec par exemple des menaces d'infliger des blessures physiques à soi-même, au partenaire, aux enfants ou encore aux animaux de compagnie, des menaces de détruire des biens. S'adonner à la manipulation psychologique, forcer une personne à s'isoler de ses amis, de sa famille, de son école ou de son travail sont également des formes de violences psychologiques. Parfois, cela peut s'exprimer par l'absence de parole, de regard, ou par une pression permanente. Par ailleurs, la privation des moyens de communication (téléphone, voiture, etc.) est une forme de violence psychologique (12).

Le harcèlement désigne tout comportement systématique et dépourvu de but légitime visant à tourmenter, importuner ou terroriser la victime. Typiquement le harcèlement se traduit par des appels téléphoniques répétés, l'envoi de courriers ou cadeaux indésirables, la surveillance au travail, au domicile et dans d'autres lieux que fréquente la victime. Le harcèlement a tendance à s'intensifier ces dernières années (12).

La roue du pouvoir et du contrôle (Annexe 1) est un outil particulièrement utile élaboré par « Domestic Abuse Intervention Project » pour cerner l'ensemble des comportements abusifs et violents utilisés par un-e agresseur-se pour établir et maintenir le contrôle sur son-sa partenaire ou tout autre membre du foyer. Très souvent, un ou plusieurs épisodes de violence s'accompagnent d'une série d'autres types de comportements abusifs. Bien que ceux-ci soient plus difficiles à identifier, ils enracinent un climat d'intimidation et de contrôle dans la relation (12).

Les violences physiques sont plus connues et regroupent tous les coups portés : gifles, bousculades, tirage de cheveux, coups de poing ou de pied, morsures, brûlures, crachats, voire séquestration ou encore destruction de biens personnels. Le refus d'accès aux soins médicaux ainsi que l'administration d'alcool et/ou de drogues à la personne à son insu sont également des violences physiques (12).

Les violences économiques sont très souvent associées aux autres types de violence, elles consistent à rendre ou tenter de rendre une personne financièrement dépendante en exerçant un contrôle total sur les ressources financières, en la privant de tout argent et/ou en lui interdisant de fréquenter l'école ou d'aller au travail (12).

Les violences sexuelles sont souvent peu exprimées dans le cadre des violences intrafamiliales : il peut s'agir de sévices sexuels, de viols ou d'une contrainte à la sexualité ou à la pornographie, voire d'une exploitation sexuelle.

Le viol conjugal est reconnu par la loi française depuis 2006 : L'article 11 de la loi du 4 avril 2006 introduit l'alinéa 2 de l'article 222-22 du Code pénal (13) : « Le viol et les autres agressions sexuelles sont constituées lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. Dans ce cas, la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel ne vaut que jusqu'à preuve du contraire ».

3) Conséquences de la violence, échappatoire

Le maintien de la victime sous l'emprise de la violence la mène à un isolement total, social et psychologique. La honte, la peur et les menaces entraînent le silence.

Certains troubles présentés par les victimes de violences conjugales sont associés à des symptômes d'état de stress post-traumatique combinés à des comorbidités comme la dépression, l'abus de substance, les troubles psychosomatiques, les tentatives de suicide (3). Un grand nombre de victimes souffrent également de troubles du sommeil, de troubles de l'alimentation et de troubles cognitifs. Les victimes peuvent présenter des états d'anxiété et de panique. Les femmes victimes de violences domestiques reçoivent 4 à 5 fois plus fréquemment des traitements psychotropes que les femmes de la population générale (14) et feraient 5 fois plus de tentatives de suicide (15). Les pathologies chroniques (diabète, asthme, maladie coronarienne...) semblent plus souvent aggravées et déséquilibrées chez les victimes de violences et ce en lien avec une difficulté d'accès au soin. Sur le plan gynécologique, les affections génitales (lésions périnéales, infections sexuellement transmissibles, dyspareunies, dysménorrhées) ainsi que les grossesses pathologiques sont également plus fréquentes au sein de cette population (16).

Les échecs pour en sortir, l'incapacité morale et physique à rompre ces violences renvoient à un sentiment de culpabilité. L'ambivalence vis à-vis de l'agresseur-euse, partagée entre l'amour et l'agressivité, l'espoir et le découragement, peut donner l'impression que la victime accepte la situation. Souvent, la victime est aussi l'objet de pressions de la part de son entourage, de reproches quant à la conduite adoptée et/ou de conseils irréalistes. Quitter le domicile pour en finir avec ces violences est lourd de conséquences : sociales, économiques, affectives, familiales et professionnelles, sans compter le risque de poursuite des violences, qui persistent fréquemment malgré la séparation du couple. L'absence d'appui de son entourage, d'appui juridique, de soutien et d'accompagnement social, et l'isolement sont autant d'entraves rencontrées au moment du départ. Une bonne connaissance de ses droits par la victime et des recours possibles est nécessaire, ainsi qu'un soutien pluridisciplinaire (16).

B. Violences intrafamiliales (VIF)

Les VIF désignent tout comportement qui vise à obtenir ou maintenir un pouvoir ou un contrôle sur un-e autre membre de la famille ou du foyer. Elles peuvent concerner des conjoints ou partenaires intimes mais aussi des membres d'une fratrie ou encore opposer deux individus de générations différentes. Ces violences peuvent être physiques, sexuelles, verbales ou psychologiques, ou prendre la forme de menaces contre une autre personne. Elles

recouvrent tout comportement visant à effrayer, intimider, terroriser, manipuler, offenser, humilier, culpabiliser ou blesser autrui. Les violences familiales peuvent toucher tout le monde, quels que soient la race, l'âge, l'orientation sexuelle, la religion ou le genre. Ces violences touchent des victimes venant de tous les contextes socioéconomiques et de tous niveaux d'éducation. Les incidents sont rarement isolés, ils deviennent souvent de plus en plus fréquents et graves. Ces violences peuvent mener à des blessures physiques graves, voire au décès (12).

C. Types de dépistage

Un dépistage systématique dit « de masse » est organisé par défaut, de façon délibérée et méthodique, et appliqué à tous les sujets d'une population donnée.

Pour un dépistage sélectif ou ciblé, la population recrutée est sélectionnée sur des critères préalablement définis (facteurs de risque mis en évidence par des études contrôlées).

II. Données épidémiologiques

A. Chiffres clés (1)

Trois à quatre patientes sur dix 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 patient·e·s et leurs médecins.

D'après l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple réalisée par la délégation aux victimes du Ministère de l'Intérieur, en 2021, 122 femmes et 21 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire en France. Dans plus de 4 homicides au sein du couple sur 5, la victime est une femme et l'auteur est un homme. Un tiers des femmes victimes étaient déjà victimes de violences au sein du couple. Lorsque les femmes sont auteures d'homicide entre partenaires, dans la moitié des cas elles avaient subi des violences par leur partenaire. Les hommes semblent beaucoup moins souvent que les femmes victimes de viols et d'autres atteintes sexuelles. Ces données sont cependant à nuancer car on constate moins de révélations de la part des victimes hommes en cas de violence sexuelle. Les jeunes adultes et les parents de familles monoparentales sont plus exposé·e·s à toutes les formes de violences. Pour un homme sur deux victime de violence, l'auteur est un inconnu. Concernant les femmes, les trois quarts des victimes de violence connaissent leur agresseur. Notamment, pour plus de 30 % d'entre elles, il s'agit du conjoint ou de l'ex-conjoint. Ces violences conjugales sont rarement suivies de plaintes, en particulier lorsqu'il s'agit d'agressions à caractère sexuel.

B. Facteurs de risque

Les études sur les violences conjugales ont permis de relever des facteurs de risque, tant du côté de l'auteur·e des violences, que de celui de la victime, mais également des facteurs de risque situationnels (16-18).

Les facteurs de risque individuels d'être auteur·e de violences sont l'âge jeune (moins de 24 ans), le faible niveau socio-économique, le faible niveau scolaire, le chômage, la dépression, l'alexithymie (trouble de l'identification et de l'expression des émotions), les troubles de la

personnalité, l'impulsivité, l'abus d'alcool ou de toxiques et les antécédents de violences sexuelles et/ou physiques subies et commises.

Les facteurs de risque individuels d'être victime de violences sont l'âge jeune (pour les violences graves), l'absence d'activité professionnelle (chômage ou étudiant-e), les antécédents de violences sexuelles et/ou physiques subies durant l'enfance, la grossesse, la dépression, l'abus d'alcool et de toxiques et les victimisations antérieures.

Parmi les facteurs de risque relationnels au sein des couples, on retrouve l'écart de niveau de scolarité entre les conjoint·e-s, l'infidélité, la durée de la relation et le nombre d'enfants.

Même si le profil psychopathologique est relativement proche, le profil sociodémographique des victimes de violences psychologiques est singulièrement différent de celui des victimes de violences physiques ou sexuelles. Le travail réalisé en 2009 dans le service des Urgences de Tours souligne ainsi la nécessité d'un dépistage systématique de ces violences en soin de premier recours (17).

C. Impact de la Covid-19

Durant le premier confinement lié à la pandémie de la COVID-19, les dispositifs de signalement des VIF préexistants ont été renforcés, de nouveaux ont été créés et ont enregistré une augmentation des signalements de 32 % dès le début du confinement avec des disparités régionales (19).

L'analyse de l'insécurité et de la délinquance du service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) a constaté une forte augmentation du nombre de victimes dans le cadre intrafamilial (+ 9 %) en 2020, alors que le nombre de victimes d'autres coups et blessures a subi une nette diminution cette même année (- 7 %). En 2020, la part des VIF parmi les coups et blessures volontaires a donc poursuivi sa hausse avec un pic enregistré lors du premier confinement, et représente ainsi environ la moitié des victimes de coups et blessures volontaires alors que cette part était de 44 % en 2018 (20).

Notre pays est entré dans un confinement strict du 17 mars 2020 au 10 mai 2020, et bien que nécessaire pour lutter contre l'épidémie, cette situation a augmenté l'exposition des victimes majeures et mineures aux VIF. Les quelques 200 000 femmes victimes de violences et leurs enfants ont été contraints de partager 24h/24 le même domicile que l'auteur des violences, les soupapes de la vie quotidienne (activités professionnelles, sorties, éventuellement refuge chez des proches) ayant disparu. L'alerte a été formulée immédiatement après les premières mesures de restriction des déplacements par les réseaux féministes, les experts et les associations d'aide aux victimes. Les pouvoirs publics, conscients également du danger, ont communiqué immédiatement sur la détermination de l'Etat à adapter la protection des victimes de violences conjugales à l'état d'urgence sanitaire. Dix jours après le début du confinement, le ministre de l'Intérieur a indiqué une hausse très significative des VIF : de 32 % dans les zones gendarmerie, et de 36 % pour la préfecture de police de Paris. En d'autres termes, malgré les efforts entrepris, les femmes subissent davantage de violences et le confinement, bien que nécessaire, les a placées dans une situation de quasi-séquestration dans laquelle elles ne pouvaient se soustraire aux violences. Le confinement n'est pas le seul

facteur d'aggravation du danger. Le fonctionnement à distance de nombreux services publics, la fermeture au public de plusieurs centres d'hébergement, le passage en télétravail des associations d'accueil, d'écoute et d'orientation ont pu entraver la sortie des violences. De surcroît, les blessures physiques infligées par les conjoints violents ont certainement été prises en charge avec moins de rapidité par les services d'urgence, en raison de la forte tension du système hospitalier en lien avec l'épidémie. Les temps d'attente avant de joindre un opérateur du 15 ont été allongés (21).

Pendant le confinement pour la COVID-19, très peu d'actes de VIF ont été déclarés via les dispositifs de signalement en place : plateforme 3919, alerte pharmacie et SMS 114, le plus souvent par méconnaissance de ces dispositifs par les victimes mais aussi par les professionnel·le·s de santé (19). Ces données renforcent la nécessité d'une meilleure visibilité et accessibilité des dispositifs de signalements français et d'un dépistage systématique des violences.

III. Recommandations de pratiques professionnelles en France et dans le monde

La règle du questionnement systématique « Avez-vous subi des violences ? », issue du modèle canadien, est préconisée en France par la Haute Autorité de Santé (HAS) (22). Il s'agit, pour tous·tes les professionnel·le·s, notamment de santé, d'interroger de manière systématique les personnes rencontrées dans l'exercice de leur fonction. Rendre automatique ce questionnement, permet de modifier sa pratique professionnelle au quotidien, pour que cet acte devienne une habitude au cours de l'entretien diagnostique, au même titre que les antécédents ou les traitements en cours. Une fois le diagnostic posé, le·la professionnel·le de santé pourra prendre en charge le·a patient·e, en tenant compte de ces données qui ont des répercussions sur sa santé, puis rédiger un certificat médical adapté et orienter la victime vers le réseau local. Le rôle du médecin est d'informer le·a patient·e que les événements subis sont graves et répréhensibles par la loi, que la victime n'est pas responsable. Il pourra l'encourager à porter plainte quand elle sera prête.

Poser les questions permet aux patient·e·s de verbaliser les traumatismes subis, de se sentir écouté·e·s et reconnu·e·s comme victimes et d'être accompagné·e·s. Le médecin peut ainsi faire le lien entre les tableaux cliniques présentés, passés et présents et les agressions subies.

Le rôle du MG dans la lutte contre les VIF est primordial : le médecin traitant est souvent le·a premier·ère, voire le·a seul·e interlocuteur·rice pour les victimes, permettant ainsi un repérage et la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Il est recommandé de préciser à la personne reçue en consultation que ces questions sont abordées avec tous les patient·e·s et d'expliquer pourquoi il pose des questions sur les violences : « La violence est très courante au sein des familles. Je questionne régulièrement mes patient·e·s à ce sujet car les violences ont un impact négatif sur la santé et sont interdites par la loi. Personne ne devrait avoir à vivre dans la peur de son partenaire ou d'un membre de sa famille. » (22-24).

D'après une étude menée sur 48 000 femmes par l'Agence Européenne des Droits Fondamentaux en 2015 (25), on observe une disparité selon les différents pays d'Europe dans

l'enregistrement du nombre de femmes victimes de violences de la part d'un partenaire allant de 19 % pour l'Espagne, l'Italie et le Portugal à 32 % pour le Danemark, la Lettonie et la Finlande. Les recommandations professionnelles concernant le dépistage des VIF varient également en fonction des pays.

En Australie (26,27), au Québec (28), au Mexique (29,30), en Suède (31) et en Suisse (32), c'est bien le dépistage systématique et direct en consultation qui est recommandé comme en France. Au Royaume-Uni (33,34) et en Italie (35,36) les médecins sont encouragés à dépister les VIF de manière plus systématique, pour cela, les recommandations sont d'utiliser des outils à type d'échelle afin d'évaluer le risque de VIF quand le médecin le juge nécessaire. Les professionnel·le·s de santé bénéficient de formations spécifiques pour les accompagner dans le dépistage.

Dans les pays hispanophones comme l'Argentine (37), l'Espagne (38,39) ou encore le Pérou (40), on retrouve surtout un dépistage sur facteurs de risques et/ou points d'appel cliniques.

IV. Aspects législatif et politique en France

A. Cadre législatif

Le code pénal prévoit un délit spécifique de violences lorsqu'il est commis par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par le PACS (41). Il dispose d'une série d'infractions de violences qui, selon leur gravité, constituent un délit ou un crime. Ces infractions sont punies de peines aggravées lorsqu'elles sont commises dans un contexte, actuel ou passé, de conjugalité, de concubinage ou de PACS (42). Elles sont sanctionnées en fonction notamment de la durée de l'ITT (incapacité totale de travail) qu'elles entraînent. La notion d'ITT permet de mesurer les conséquences de la violence et a une incidence juridique quant à la compétence du tribunal. Toutefois, en matière de violences conjugales, le délit de violence est aggravé quelle que soit l'ITT fixée par le médecin. Le viol entre « époux » est un crime (43). L'article 222-22 (13) stipule que la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel ne vaut que jusqu'à preuve du contraire. La loi du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences sur les enfants, a innové en instaurant une ordonnance de protection, que le juge aux affaires familiales peut désormais délivrer en urgence. Elle permet, sans dépôt de plainte préalable, de mettre en place des mesures d'urgence telles que l'éloignement du conjoint violent et la dissimulation de la résidence de la victime (44).

Depuis 2017, trois lois ont été votées à propos des violences : la loi du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, la loi du 28 décembre 2019 visant à agir contre les violences au sein de la famille et la loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales.

La loi *Schiappa* du 3 Août 2018 (loi n°2018-703) a permis de porter à 30 ans après la majorité des victimes présumées le délai de prescription des crimes sexuels commis sur des mineur·e·s (délai de prescription courant à partir de la majorité de la victime), elle a renforcé des dispositions du code pénal pour réprimer les infractions sexuelles sur les mineur·e·s et a élargi la définition du harcèlement en ligne.

La loi *Pradié* du 28 décembre 2019 (loi n° 2019-1480), a permis la mise en place de plusieurs dispositifs de lutte contre les violences au sein de la famille, on peut notamment citer : l'ordonnance de protection, le retrait de l'exercice de l'autorité parentale lorsque des violences ont été commises par un parent sur un enfant, la délégation ou la suspension de l'autorité parentale si l'un des parents est poursuivi pour un crime commis sur la personne de l'autre parent ayant entraîné sa mort, la simplification de l'accès au téléphone grave danger (TGD) et l'extension du port du bracelet anti-rapprochement (BAR).

La loi *Couillard* du 30 juillet 2020 (loi n°2020-936) renforce l'arsenal de lutte contre les violences intrafamiliales, notamment en alourdissant les peines pour les cas de harcèlement, en rendant automatique l'inscription au fichier judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes en cas de violence au sein du couple. Cette loi a également pour objet de mieux appréhender les nouvelles formes de violences au sein de la famille et en particulier les cyberviolences conjugales comme la géolocalisation d'une personne sans son consentement et le cyberharcèlement. Elle autorise également les médecins ou le personnel soignant à signaler les cas de violences en dérogeant au secret professionnel s'ils estiment qu'il y a un danger pour la vie de la personne et que celle-ci est sous emprise.

Durant l'épidémie de Covid-19 les agresseurs n'ont pas été exonérés de leur responsabilité pénale, et leurs actes n'ont pas disparu dans le huis-clos du confinement. En effet, instruction a été donnée aux juridictions de statuer en priorité sur les dossiers de violences conjugales, et de prononcer autant que de possible l'éviction du conjoint violent. Pour les victimes déjà entrées dans un parcours de protection, les ordonnances de protection et les ordonnances d'assistance éducative ont été automatiquement prolongées. Le gouvernement a exclu de permettre la libération anticipée des auteur·e·s condamné·e·s pour violences conjugales et intrafamiliales (21).

En parallèle, le dispositif de contrôle judiciaire renforcé avec placement probatoire (CJPP), d'abord expérimenté à Nîmes et Colmar, a été étendu à partir du 1^{er} Avril 2022 à huit ressorts supplémentaires (St-Étienne, Amiens, Bordeaux, Draguignan, Cayenne, Rennes, Tours et Paris). Ce dispositif permet l'éviction immédiate du partenaire violent, et le contraint à résider dans un hébergement d'accueil adapté pour un suivi sanitaire, social, éducatif et psychologique (45).

La loi n° 2023-140 du 28 février 2023 crée une aide universelle d'urgence sous la forme d'un don ou d'un prêt sans intérêt pour les victimes de violences conjugales. Il s'agit d'aider ces victimes à quitter rapidement le foyer conjugal pour se mettre à l'abri et prendre un nouveau départ. Le dispositif entrera en vigueur à une date qui sera fixée par décret, et au plus tard le 30 novembre 2023.

B. Actions politiques

Le président de la République Emmanuel Macron a souhaité que soit généralisé le questionnement systématique sur le sujet du harcèlement et des violences par tous·tes les professionnel·le·s de santé.

Le 25 novembre est la journée internationale pour la lutte contre les violences faites aux femmes. En 2022, elle a marqué le troisième anniversaire du Grenelle contre les violences

conjugales. C'est grâce à ce dispositif qu'ont été émises de nombreuses propositions d'amélioration des actions de prévention et de lutte contre ces violences. Il s'agit également de transformer les pratiques professionnelles, en s'appuyant sur une large gamme d'outils opérationnels adaptés à la protection des victimes et de leurs enfants (45).

Ces violences se déroulant dans tous les secteurs de la vie quotidienne, la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof) travaille en transversalité avec les différents ministères. La formation de tous·tes les professionnel·le·s concerné·e·s à repérer et accompagner ces violences constitue un levier indispensable.

1) Dispositifs mis en place pour les victimes (46)

Différents dispositifs ont été déployés sur le territoire en direction des victimes de violences au sein du couple, pour favoriser une sortie des situations de violence :

-Les accueils de jour, présents dans une centaine de départements, garantissent un premier accueil et une écoute des victimes de violences, suivis éventuellement d'une orientation vers d'autres structures et partenaires. Ils visent à préparer ou éviter le départ du domicile des victimes de violence et de leurs enfants et à prévenir les situations d'urgence. Les lieux d'accueil, d'écoute et d'orientation (LAEO), dont le déploiement a été renforcé dans la durée, délivrent des informations, un soutien psychologique et un accompagnement dans la durée. Soixante référents pour les victimes de violences au sein du couple assurent dans une quarantaine de départements une mission de coordination de proximité.

-Le gouvernement soutient également d'autres permanences et dispositifs locaux à l'instar des centres d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) qui ont pour principale mission d'assurer gratuitement l'accès des victimes à une information concernant l'ensemble de leurs droits.

-La mise en place de dispositifs de prise en charge du psycho traumatisme, qui s'inscrit dans le plan interministériel d'aide aux victimes, annoncé lors du comité interministériel à l'aide aux victimes du 10 novembre 2017.

-145 conventions ont été signées par des établissements hospitaliers pour permettre aux victimes de déposer plainte directement dans leurs locaux. 215 établissements hospitaliers sont concernés. Parmi les conventions signées, 29 comportent le recueil de preuve sans plainte (45). L'organisation paneuropéenne de défense de la démocratie et des droits humains a remis au ministère français le prix européen de la "Balance de cristal", qui récompense les pratiques judiciaires innovantes au sein des institutions judiciaires européennes.

-2 000 nouvelles places d'hébergement ont été créées en 2020 et en 2021, pour porter le parc d'hébergement dédié aux victimes à 7 800 places sur le territoire d'ici fin 2022.

-Le dispositif « téléphone grave danger » (TGD). Généralisé en 2015 par le ministère de la Justice et le ministère chargé des Droits des femmes, le téléphone grave danger a montré son efficacité pour protéger les victimes de violences conjugales, prévenir de nouveaux passages à l'acte et assurer un accompagnement et un soutien continu aux victimes. Il s'agit d'un téléphone portable qui joint automatiquement le service de téléassistance 7j/7 et 24h/24

lorsqu'un bouton spécifique est pressé frénétiquement trois fois, ce qui permet l'intervention immédiate des forces de l'ordre. Le gouvernement a souhaité pérenniser et amplifier ce dispositif : en septembre 2021, 2 310 TDG sont déployés sur le territoire (contre 300 environ en février 2019).

2) Dispositifs mis en place pour les auteur-e-s (47)

La prévention de la récidive passe par une prise en charge globale des auteur-e-s :

-La généralisation du bracelet anti-rapprochement (BAR) : parce que les victimes de violences conjugales sont susceptibles, après leur séparation, d'être menacées par leur ancien-ne partenaire, le déploiement du bracelet anti-rapprochement, acté par un magistrat pénal ou civil, constitue une demande forte des associations et une mesure phare du Grenelle. Mis en place en septembre 2020 puis déployé sur l'ensemble du territoire, il permet de géolocaliser une personne à protéger et un auteur-e de violences conjugales et ainsi prévenir la récidive. Ce dispositif peut être prononcé en cas d'infraction punie d'au moins 3 ans d'emprisonnement commise contre son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un PACS, y compris en l'absence de cohabitation, ou commise par l'ancien conjoint ou concubin de la victime.

-Les centres de prise en charge des auteur-e-s : à l'issue du Grenelle des violences conjugales, le gouvernement a annoncé la création de centres de prise en charge des auteurs (CPCA) afin de favoriser la prévention du passage à l'acte et de la récidive. Ces centres proposent aux auteur-e-s de violences conjugales un accompagnement psychothérapeutique et médical qui pourra être assorti d'un accompagnement socioprofessionnel visant notamment à l'insertion dans l'emploi. En 2020, 18 premiers centres ont ainsi vu le jour en métropole et en outre-mer à la suite d'un appel à projets lancé par le ministère de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances. Un second appel à projets, lancé en avril 2021, a permis la création de 12 nouveaux centres, doublant ainsi la couverture territoriale de ce dispositif pour parvenir à 30 centres en 2022.

Parallèlement, début 2020, alors que la crise sanitaire et le premier confinement augmentaient les risques de violences conjugales dans le huis-clos familial, la question de la prévention, de la protection des victimes et de l'éviction des partenaires violent-e-s appelaient des réponses efficaces. Deux nouveaux dispositifs soutenus par le ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes ont été mis en place dès le mois d'avril 2020 :

-La plateforme de recherche de solutions temporaires d'hébergement des auteur-e-s faisant l'objet d'une procédure d'éviction, pour protéger les victimes et leurs enfants et leur permettre de rester à domicile, portée par le Groupe SOS ;

-Le numéro « Ne frappez pas », dédié aux auteur-e-s, aux potentiels auteur-e-s et à leur entourage, porté par la Fédération nationale des associations et centres de prise en charge d'auteurs de violences conjugales et familiales (FNACAV).

Le ministre de la Justice, Éric Dupond-Moretti, a présenté le 24 septembre 2021 l'expérimentation d'un dispositif qui utilise la réalité virtuelle dans la prise en charge des auteur-e-s de violences intrafamiliales : une technologie disruptive qui vise à favoriser la prise de conscience des auteur-e-s et à initier un travail avec les personnels pénitentiaires et psychologues. À ce nouveau dispositif, s'ajoute notamment le renforcement des effectifs au

sein des parquets pour traiter les plaintes. Par ailleurs, pour renforcer la politique pénale prioritaire que représente la lutte contre les violences conjugales, 61 juristes assistants ont été déployé·e·s, début septembre, dans les juridictions exposées au plus gros volume d'affaires. 106 professionnel·le·s supplémentaires ont été positionné·ée·s pour faire face au travail d'évaluation des dossiers et de mise en place de mesures de protection.

Depuis Novembre 2022, un nouvel outil à destination des auteur·e·s de violence a été mis en place en Gironde : le violentomètre. Initialement conçu fin 2018 par les Observatoires des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis et Paris, l'association En Avant Toute(s) et la Mairie de Paris, à destination des victimes, le violentomètre a été adapté secondairement aux auteur·e·s, diffusé d'abord dans l'Hérault avant d'arriver en Gironde. Il s'agit d'une réglette cartonnée qui, dans sa première version (Annexe 2), permet de mesurer, en fonction de critères précis et d'une graduation de couleurs sur une échelle du vert au rouge, si la relation au sein du couple est basée sur le consentement ou bien si elle comporte des violences. Dans la seconde version (Annexe 3), l'auteur·e voit si la relation est saine et si une prise de recul ou une demande d'aide sont nécessaires. Le violentomètre est actuellement diffusé dans les hôpitaux, les établissements scolaires, les commissariats de police et les brigades de gendarmerie.

V. Travaux antérieurs portant sur le dépistage des violences par les professionnel·le·s de santé

A. Ressenti des victimes

En France, la majorité des victimes de violence se rendent en priorité auprès d'un·e professionnel·le de santé, notamment le·a médecin traitant, même si elles ne lui disent pas forcément qu'elles sont victimes. Elles peuvent consulter pour des tableaux douloureux, des troubles psychologiques, digestifs, alimentaires, des troubles du sommeil ou encore des problématiques d'abus de substances (22-24).

Quel que soit le type de professionnel cité par les patient·e·s comme meilleur interlocuteur·rice, l'essentiel semble qu'il présente les qualités suivantes : être capable d'une écoute empathique, être sensibilisé à la problématique et avoir le temps.

Plus spécifiquement, les patient·e·s interrogé·ée·s dans les sept études réalisées par le Dr Lazimi depuis 2004 (24) en cabinet de ville et en service d'Urgence sont particulièrement favorables à un dépistage et une prise en charge pour différentes raisons : la confiance accordée au milieu médical et le fait qu'une prise en charge médicale et psychologique soit proposée. Par ailleurs, l'anonymat garanti au sein des structures hospitalières représente un réel atout pour les victimes. Une autre information importante est le besoin exprimé par les patient·e·s d'être interrogé·e·s clairement et directement par les professionnel·le·s de santé.

Les recueils des expériences des victimes sont parlants : elles attendent du médecin qu'il aborde le sujet, qu'il les croie et qu'il les déculpabilise. Elles souhaitent qu'il les informe sur leurs droits et respecte leur cheminement psychologique. Les enquêtes confirment l'absence de conséquences négatives sur la relation médecin patient et le suivi ultérieur (48, 49).

Ces résultats sont en adéquation avec ceux obtenus à l'étranger, notamment au Royaume-Uni (50) et en Suisse (32) où des travaux de recherche menés respectivement en 1999 et 2008

dans des services de maternité, ont montré que la grande majorité des patientes interrogées considéraient le dépistage systématique acceptable s'il était effectué dans un lieu sûr et confidentiel par un·e professionnel·le sensibilisé·e et empathique.

B. Ressenti des médecins

Quatre travaux de thèses notamment se sont penchés sur cette problématique entre 2012 et 2018 : en Isère (6), en Haute Garonne (5), dans la Vienne (51) et au Pays Basque (8).

Ces travaux, pourtant réalisés sur des zones géographiques éloignées, arrivent aux mêmes conclusions. La grande majorité des MG interrogé·e·s estiment mal dépister les violences domestiques. En effet, ces dernier·ère·s repèrent surtout ces victimes par des signes indirects à l'examen clinique.

Les principales difficultés rencontrées par les médecins sont la méconnaissance de la prévalence de ces violences, la peur des conséquences des questions posées, les craintes des conséquences médico-légales et la complexité du rôle de « médecin de famille ».

Il a été mis en évidence, en premier lieu, un manque de sensibilisation des médecins avec une méconnaissance de l'ampleur du phénomène, et des mécanismes impliqués dans les violences conjugales, qu'ils confondent avec la conjugopathie. Les facteurs de risque, comme la grossesse, et certains symptômes d'alerte sont également peu connus.

En second lieu, il existe des freins matériels liés à la consultation de médecine générale : la gestion de sollicitations multiples en un temps limité relègue le dépistage des violences conjugales en seconde intention. Les praticien·ne·s ressentent un sentiment d'échec et d'inutilité, de frustration devant la complexité de la situation et l'ambivalence des victimes, qui ne permettent pas toujours au processus d'assistance d'aboutir.

Enfin, le dernier frein au dépistage mis en évidence est la difficulté de prise en charge des victimes, une fois les violences découvertes. Même si une large majorité se sent suffisamment formée pour la rédaction d'un certificat médical de coups et blessures, les médecins manquent de formation pour le reste de la prise en charge, et déplorent le manque d'outils, la méconnaissance du réseau spécialisé et le manque d'expérience.

Pour toutes ces raisons, les médecins interrogé·e·s sont très majoritairement réticent·e·s vis-à-vis du dépistage systématique. Cependant ces dernier·ère·s sont conscient·e·s qu'il leur revient de pratiquer un dépistage ciblé. Il ressort en outre, que le·a médecin de famille occupe une position délicate face au dépistage. D'une part, la relation de confiance tissée avec les patient·e·s permettrait de faciliter ce dépistage. Mais d'autre part, le fait de trop bien connaître la personne et son entourage peut aussi freiner le questionnement actif des praticien·ne·s et les confidences des patient·e·s. La présence parfois constante à la consultation d'un·e partenaire violent·e peut également freiner la révélation des faits et le dépistage.

Enfin, il est apparu que les médecins salarié·e·s des centres de santé sont plus sensibilisé·e·s au problème, connaissent davantage le réseau et par conséquent sont plus à l'aise avec le dépistage des victimes.

Les freins retrouvés dans ces quatre travaux de thèse sont comparables à une étude réalisée auprès de sage-femmes d’Auvergne en 2015 (52) et aux différents travaux réalisés auprès de gynécologues-obstétriciens en Suisse (32) et au Royaume-Uni (50).

C. Impact de la formation des professionnel·le·s de santé sur le dépistage des violences

Le travail de thèse de la Dr Rolland présenté en mars 2023 (53) a proposé à 20 professionnel·le·s de santé du Sud-Gironde dont 8 MG et une sage-femme, une formation sur le domaine des violences conjugales incluant une présentation de la vidéo de sensibilisation réalisée par le Miprof ainsi que la distribution du questionnaire WAST (Woman Abuse Screening Tool) dans sa version française et d’un dépliant à destination des professionnel·le·s. A l’issue de cette formation, la majorité des participant·e·s souhaitait réaliser ce questionnaire en systématique pour les nouvelles·aux patient·e·s. Le groupe étudié sollicitait une meilleure connaissance du réseau et la mise à disposition de supports physiques à destination des patient·e·s et des professionnel·le·s. La nécessité d’améliorer la formation des professionnel·le·s de santé a également fait l’unanimité auprès des professionnel·le·s interrogé·e·s.

Plusieurs travaux de recherche à l’échelle européenne (54) ont cherché à évaluer l’efficacité de formations à destination des professionnel·le·s (installé·e·s et en formation) sur leur méthode de dépistage des violences entre partenaires intimes. Trois d’entre eux (55-57) ont été réalisés auprès de professionnel·le·s installé·e·s, ils comportaient une formation associée à des documents d’accompagnement et de sensibilisation des professionnel·le·s (brochures, affiches, aide-mémoires, accès facilité aux services spécialisés, audits et retours de pratiques). Ces articles mettent en évidence une amélioration nette et durable des connaissances, de l’attitude en consultation et des pratiques des professionnel·le·s en termes de dépistage des violences conjugales. Par ailleurs, suite à cette intervention, les victimes de violence ont plus consulté les professionnel·le·s avec une plus grande satisfaction à l’issue de la prise en charge.

VI. Question de recherche et objectifs

A. Question de recherche

A quelle fréquence et avec quelle méthode les violences intrafamiliales sont-elles dépistées chez les adultes par les médecins généralistes en Est-Gironde ?

Nous avons choisi de nous concentrer sur le département de la Gironde tout d’abord car c’est le département où j’ai réalisé mon internat et où je travaille actuellement, il m’est par conséquent plus facile de mettre à jour l’annuaire réalisé ainsi que les différents outils personnalisés sur le lieu d’exercice. Par ailleurs, ma directrice de thèse exerçant à l’unité médico-judiciaire du centre hospitalier de Libourne, nous avons choisi de nous consacrer au secteur de l’Est Gironde sur lequel intervient le tribunal judiciaire de Libourne. Par ailleurs, nous avons enrichi les outils déjà existants sur la Communauté d’Agglomérations du Libournais (« Cali ») située à l’Est de Bordeaux.

Selon l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2021 publiée le 26 août 2022 (1), la Gironde fait partie avec le Nord des deux départements où l'on meurt le plus en France dans son couple (Annexe 4). Par ailleurs, le nombre de victimes de coups et blessures volontaires sur personnes de 15 ans ou plus dans le cadre familial enregistrées pour 1 000 habitants est compris entre 2 et 3 en Gironde pour l'année 2021 pour une moyenne France entière à 2,4 pour 1000 habitants (Annexe 5) (20).

Au moment de proposer notre enquête, aucune étude publiée concernant la prise en charge des VIF par les MG sur le territoire de la Gironde n'avait été retrouvée.

B. Hypothèses

Nous supposons que le dépistage des VIF est réalisé par une part insuffisante des MG en Est Gironde, ainsi les VIF seraient sous-diagnostiquées. Par ailleurs, parmi les MG pratiquant un dépistage des VIF, il semblerait que ce soit un dépistage ciblé sur certains critères qui prédomine par rapport au dépistage systématique comme recommandé. D'après les travaux de recherche antérieurs (5,6,8,51,53), ce dépistage insuffisant serait expliqué en partie par un manque de ressources et une méconnaissance du réseau de proximité. Nous supposons qu'apporter des outils tels qu'une vidéo de sensibilisation, des ressources en ligne et les coordonnées des acteurs des réseaux de proximité permettrait d'améliorer le dépistage des VIF sur le secteur concerné.

C. Objectifs de l'étude

1) Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux et de comparer les pratiques des médecins généralistes libéraux en Est-Gironde concernant le dépistage des violences intrafamiliales chez les adultes.

Nous tenons à étudier la méthode de dépistage utilisée : dépistage systématique ou dépistage ciblé ainsi que les critères utilisés par les MG interrogés qui pratiquent un dépistage ciblé des VIF.

2) Objectifs secondaires

L'un des objectifs de notre travail a été de proposer des outils d'aide au dépistage systématique à l'attention des MG du secteur : tout d'abord, par une présentation contenant une vidéo de sensibilisation créée par la Miprof et également par l'élaboration d'une fiche annuaire afin de faciliter la prise en charge et la coordination des professionnel·le·s dans l'orientation des victimes. Cet outil a vocation à être diffusé auprès des professionnel·le·s du réseau et il nous semblait important de le proposer aux médecins de notre étude.

Un autre objectif de l'étude était d'évaluer l'intérêt porté par les MG du secteur à la question des violences intrafamiliales, de les sensibiliser à cette problématique et d'évaluer l'impact de la participation à notre étude, avec l'apport d'outils personnalisés, sur leurs pratiques.

VII. Bibliographie

1. Observatoire national des violences faites aux femmes. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2021. Indicateurs nationaux annuels. Disponible sur : <https://arreteonslesviolences.gouv.fr/les-lettres-de-l-observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes>
2. Bounoure A. Les femmes victimes de violences conjugales face à leur médecin traitant : ententes et attentes. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés de douze femmes. Thèse d'exercice de médecine générale, Université de Strasbourg 1 ;2010.
3. Voyer M., Delbreil A., Senon, J. Violences conjugales et troubles psychiatriques. *Inf Psychiatr.* 2014;90(8):663-71.
4. Diagana F. Dépistage systématique des violences faites aux femmes à Aubervilliers : une étude complémentaire mixte explicative. Thèse d'exercice de médecine générale, Université Paris Est Créteil;2017.
5. Quenot M. Repérage, en Médecine Générale, des violences conjugales faites aux femmes. A propos d'une enquête en Haute Garonne. Thèse d'exercice de médecine générale, Université Toulouse III Paul Sabatier;2016.
6. Boismain A. point de vue 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 de médecine générale, Université de Grenoble Joseph Fournier;2012
7. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Thèse d'exercice de médecine générale, Université Paris 7;2013.
8. Ledoux A. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque. Thèse d'exercice de médecine générale, Université de Bordeaux ;2018.
9. Mu-Sek-Sang R. Le dépistage systématique des violences conjugales : Etude réalisée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2017. Thèse d'exercice de médecine générale, Université de Poitiers;2017.
10. Collectif contre les violences familiales et l'exclusion. L'estimation du coût social et financier de la violence conjugale en Europe : seize milliards d'euros par an. Disponible sur : <https://www.cvfe.be/publications/analyses/242-l-estimation-du-cout-social-et-financier-de-la-violence-conjugale-en-europe-seize-milliards-d-euros-par-an>
11. Organisation mondiale de la santé (OMS). La violence à l'encontre des femmes. Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes. Aide-mémoire 2013;239. Disponible sur : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/
12. Nations U. Que sont les violences familiales ? Nations Unies [Internet]. Disponible sur : <https://www.un.org/fr/coronavirus/what-is-domestic-abuse>

13. Code pénal. Article 222-22.
14. Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. In: Rosenberg ML, Fenley MA, eds. Violence in America: a public health approach. Oxford University Press. 1991:70-84.
15. Parsons LH, Zaccaro D, Wells B, Stovall TG. Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecologic patients for domestic violence. Am J Obstet Gynecol. 1995;173:381-6;discussion:386-7.
16. Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Repérer et aider les victimes. Rev Prat. 2005 sept 26 ;19 :945-54.
17. Lamy C, Dubois F, Jaafari N, Carl T, Gaillard P, Camus V, et al. Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. Rev Epidemiol Sante Publique.2009 aout ; 57 : 267-74.
18. Piazza LD, Kowal C, Hodiaumont F, Léveillé S, Touchette L, Ayotte R, et al. Étude sur les caractéristiques psychologiques des hommes auteurs de violences conjugales : quel type de fragilité psychique le passage à l'acte violent dissimule-t-il ? Ann Med Psychol (Paris).2017 oct ;175:698-704.
19. Mussa A, Pradier C, Maccagnan S, Delotte J. Dispositifs de signalement pour violences conjugales et intrafamiliales en France - Connaissance et utilisation par les femmes pendant le confinement pour COVID-19. Rev Epidemiol Sante Publique.2021 juin 1.
20. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Insécurité et délinquance en 2020 : bilan statistique. Avril 2021.
21. L'Assemblée des Femmes. Lutter contre les violences intrafamiliales-Urgence absolue du confinement.2020
22. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandation de Bonnes Pratiques - Mis en ligne le 23 nov. 2022. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
23. Lazimi G. Repérage et accompagnement par le médecin généraliste des femmes victimes de violences. Rev Infirm. 2014 nov;63:25-7.
24. Lazimi G. Violences faites aux femmes en France & rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. Les cahiers de santé publique et de protection sociale. 2011 sept ;9-18.
25. Agence Européenne des Droits Fondamentaux. La violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE – Les résultats en bref. 2014 mars 5.
26. The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Abuse and violence: Working with our patients in general practice (4th edition). 2014 juin.

27. Hegarty K, McKibbin G, Hameed M, Koziol-McLain J, Feder G, Tarzia L, et al. Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. PLOS ONE. 2020 juin 16;15(6):e0234067.
28. Flores J, Maurice P, Lampron C, Arseneau L, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale. 2010.
29. Macías Ayala FJ, García Torres O, Vázquez Arguelles L, Álvarez Villaseñor AS. Capacidad de los médicos para detectar violencia contra la mujer en la consulta externa. Revista CONAMED. 2021;26(1):27-34.
30. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. 1999;(16):27.Modif 24 Mars 2016.
31. Conseil National de la Santé et du Bien-être. Règlements et conseils généraux sur la violence dans les relations intimes. 2022.
32. Burquier R, Adjaho MT, Cespedes M, Renteria SC, Hohlfeld P, Hofner MC. Violence : les femmes font confiance au milieu médical. Rev Med Suisse 2010;6:526-9.
33. Yeung H, Chowdhury N, Malpass A, Feder GS. Responding to Domestic Violence in General Practice: A Qualitative Study on Perceptions and Experiences. Int J Family Med. 2012.
34. Sivarajasingam V. Top tips: identifying domestic abuse. Guidelines in Practice.2021 mars 18.
35. Ministero della Salute-Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. "Implementazione di un programma di formazione a distanza (FAD) per operatori sociosanitari dei Pronto Soccorso italiani, mirato alla prevenzione ed al contrasto della violenza di genere". 2020
36. Michieli R, Pedale R. Progetto VIOLA - Violenza domestica ed extra-famigliare sulle donne. Rivista Società Italiana di Medicina Generale. 2014;2:9-10.
37. Claves para profesionales de la salud:¿Cómo detectar en el consultorio casos de violencia de género?. Océano Medicina. Disponible sur: <https://magazine.oceanomedicina.com/actualidad/claves-para-profesionales-de-la-salud-como-detectar-en-el-consultorio-casos-de-violencia-de-genero>
38. Castellano M. La Atención Primaria es fundamental en la detección de la violencia de género. Médicos y Pacientes.2019 oct 31. Disponible sur: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/dra-maria-castellano-la-atencion-primaria-es-fundamental-en-la-deteccion-de-la-violencia-de>
39. Castellano M. Los médicos son decisivos en la prevención de la violencia familiar. Médicos y Pacientes [Internet].2016 avr 12. Disponible sur : <http://www.medicosypacientes.com/articulo/los-medicos-son-decisivos-en-la-prevencion-de-la-violencia-familiar>

40. Del Pilar Paredes Cruz E, Alvarado Zuñiga CR, Chávez MB, Lazo Rojas CJ. Invisibilidad de la violencia de género por el personal de salud en el primer nivel de atención. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. Disponible sur: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/invisibilidad-violencia-genero-personal-salud/>
41. Code pénal.Article 222-13-6.
42. Code pénal.Article 132-80.
43. Code pénal.Article 222-23.
44. Stephan H, Mesthe P, Beheregaray A, Oustric S. Violences conjugales- Les victimes attendent du médecin qu'il aborde le sujet. Rev Prat.2012 mai;26(882):428-9.
45. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. Grenelle des violences conjugales-3 ans d'action et d'engagement du gouvernement. Dossier de presse.2022 sept 2.
46. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. Prévention et lutte contre les violences sexistes et sexuelles. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes/prevention-et-lutte-contre-les-violences-sexistes-et-sexuelles/>
47. Ministère de la justice. Violences intrafamiliales : des moyens inédits contre la récidive. 2021 sept 24. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/le-garde-des-sceaux-10016/violences-intrafamiliales-des-moyens-inedits-contre-la-recidive-34094.html>
48. Bracq S. Quelles sont les attentes des victimes de violences conjugales concernant leur médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2020.
49. Oury M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG dans les départements bretons 22, 35 et 56. Thèse d'exercice de médecine générale,Université de Rennes 1;2021.
50. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine inquiry for domestic violence in a maternity service. BJOG 2002;109:9-16.
51. Bonnet P. Etat des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne. Thèse d'exercice de médecine générale,Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie;2017.
52. Cillart L, Parayre I, Pereira B, Desmartin C, Leymarie MC. État de lieux des pratiques du dépistage des violences conjugales en Auvergne. La Revue Sage-Femme.2017 nov 1;16(5):296-302.
53. Rolland C. Quelles sont les modifications que proposent les professionnels de santé du Sud-Gironde pour favoriser l'utilisation du questionnaire WAST dans le dépistage des violences conjugales ? : Expérimentation à l'aide d'un focus groupe composé d'une sage-femme et huit médecins généralistes. Thèse d'exercice de médecine générale,Université de Bordeaux ;2023.

54. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effets de la formation sur la violence conjugale : Révision systématique d'études randomisées contrôlées. *Can Fam Physician*. 2014 Jul;60(7):e340–7.
55. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme : a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;378(9805):1788–95.
56. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC, Barlow WE, Sugg NK, Maiuro RD, et al. Identification and management of domestic violence: a randomized trial. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):253–63.
57. Campbell JC, Coben JH, McLoughlin E, Dearwater S, Nah G, Glass N, et al. An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Acad Emerg Med*. 2001;8(2):131–8.

PARTIE 2 : ARTICLE : Dépistage des victimes de violences intrafamiliales chez les adultes : enquête quantitative auprès de médecins généralistes de l'Est-Gironde.

Screening of adult victims of domestic violence : quantitative research about general practitioners in East-Gironde.

BEROULLE E ¹, TJONCKE JA²

1 : Département de Médecine Générale, Université de Bordeaux, 146 Rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex, France

2 : Unité Médico-Judiciaire de Proximité - Pavillon 20. CH de Libourne Robert Boulin, 112 rue de la Marne 33505 Libourne Cedex

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article

I. Introduction

Les violences intrafamiliales (VIF) représentent un enjeu majeur de santé publique, les violences au sein du couple ayant été à l'origine de 216 décès en France en 2021 (1). Trois à quatre patientes sur dix dans nos salles d'attente de médecine générale peuvent être victimes de violences conjugales. Le repérage des violences par les professionnel·le·s de santé est donc primordial afin de proposer une prise en charge rapide et éviter ainsi l'évolution vers des troubles psychiques et somatiques graves dont les coûts pour la victime et la société sont importants. En effet, ces violences ont une répercussion économique non négligeable, tant en coût direct (estimé à 2,5 milliards en 2006 en France) (2), qu'indirect (perte de production, perte de qualité de vie). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les femmes victimes de violences conjugales perdent une à quatre années de vie en bonne santé (3). Les professionnel·le·s de santé, et en particulier les médecins généralistes (MG), sont les premier·ère·s interlocuteur·ice·s auquel·elle·s les victimes de violence s'adressent (4,5). La règle du questionnement systématique, issue du modèle canadien, est préconisée en France par la Haute Autorité de Santé (HAS) (6) mais également à l'étranger (Australie (7,8), Italie (9,10) Mexique (11,12), Québec (13), Royaume-Uni (14,15), Suède (16) et Suisse (17)). Pourtant, les études réalisées montrent que ceux·elles-ci ne se sentent pas à l'aise, ni assez compétent·e·s et évoquent le manque de temps pour aborder la problématique des violences au cours de leurs consultations (18-25).

Les études françaises (18-25) et à l'international (26,27) montrent que le dépistage des VIF est réalisé par une part insuffisante des professionnel·le·s de premier recours (sage-femmes, MG, urgentistes et gynécologues obstétriciens), ainsi les VIF seraient sous-diagnostiquées. Par ailleurs, parmi les MG pratiquant un dépistage des VIF, il semblerait que ce soit un dépistage ciblé sur certains critères qui prédomine par rapport au dépistage systématique tel qu'il est recommandé. D'après les travaux de recherche antérieurs (19,20,22,24,28) ce dépistage insuffisant serait expliqué en partie par un manque de ressources et de connaissance du réseau de proximité. Nous supposons qu'apporter des outils tels qu'une vidéo de sensibilisation, des ressources en ligne et les coordonnées des acteurs des réseaux de proximité, permettrait d'améliorer le dépistage des VIF sur le secteur concerné.

La Gironde fait partie avec le Nord des deux départements où l'on meurt le plus en France dans son couple (1). Le nombre de victimes de coups et blessures volontaires sur personnes de 15 ans ou plus dans le cadre familial en Gironde pour l'année 2021 est similaire aux données moyennes retrouvées en France entière (2,4 pour 1000 habitants) (29), c'est une des raisons pour lesquelles nous avons choisi cette zone géographique comme population d'étude.

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux et de comparer les pratiques des MG libéraux en Est-Gironde concernant le dépistage des VIF chez les adultes. Nous tenons à étudier la méthode de dépistage utilisée : dépistage systématique ou dépistage ciblé ainsi que les critères utilisés par les MG interrogé·e·s qui pratiquent un dépistage ciblé des VIF.

L'un des objectifs de notre travail a été de proposer des outils d'aide au dépistage systématique à l'attention des MG du secteur : tout d'abord, par une présentation contenant une vidéo de sensibilisation créée par la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof) et également par l'élaboration d'une fiche annuaire afin de faciliter la prise en charge et la

coordination des professionnel·le·s dans l'orientation des victimes. Cet outil a vocation à être diffusé auprès des professionnel·le·s du réseau et il nous semblait important de le proposer aux médecins de notre étude. Un autre objectif de l'étude était de sensibiliser les MG à la notion de VIF et évaluer l'impact de la participation à notre étude avec l'apport d'outils personnalisés sur leurs pratiques.

Au moment de proposer notre enquête, aucune étude publiée concernant la prise en charge des VIF par les MG sur le territoire de la Gironde n'avait été retrouvée dans la littérature.

II. Méthode

Nous avons mené une étude prospective quantitative de type étude de pratiques. Il s'agit d'une étude transversale, initialement observationnelle puis interventionnelle, basée sur un questionnaire par entretien téléphonique.

La déclaration de conformité auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été déposée le 5 Novembre 2019 et porte le numéro de référence 2215662v0.

Les travaux de thèse antérieurs (22-24) avaient réalisé un recrutement par mail via le conseil de l'Ordre des médecins, mais le taux de réponse était très faible. C'est la raison pour laquelle nous avons opté pour le démarchage par téléphone des MG. Ce mode de recrutement permettait un contact plus personnalisé et d'éviter les questionnaires incomplets.

Les travaux antérieurs (18-24) ayant montré que les MG étaient limité·e·s dans leur dépistage par manque de temps et de connaissance du réseau, le premier entretien téléphonique réalisé avait une durée maximale de 4 minutes et proposait une fiche annuaire du réseau de professionnel·le·s spécialisé·e·s du secteur d'exercice. Pour limiter au maximum la durée de l'appel, certaines informations telles que le nom et prénom du médecin ainsi que l'adresse du cabinet étaient recueillies en amont de l'appel, complétées si possible par le genre du médecin et le type d'exercice (seul, cabinet médical ou cabinet pluriprofessionnel).

Le questionnaire standardisé comportait au total 5 questions portant sur le dépistage des VIF chez les patient·e·s adultes (Annexe 6) : tout d'abord si un dépistage de ce type de violence était réalisé, si oui, le type de dépistage pratiqué était demandé (systématique ou ciblé). Ensuite si le dépistage était ciblé, nous avons demandé les critères poussant à questionner le·a patient·e, puis le pourcentage estimé de patient·e·s victimes au sein de la patientèle (permettant d'évaluer la prise de conscience du problème de santé publique par le médecin concerné).

Enfin, nous proposons aux médecins des outils élaborés à partir d'études antérieures portant d'une part sur la formation des professionnel·le·s de santé au domaine des violences conjugales (28,30) ; et d'autre part sur les freins à la réalisation d'un dépistage systématique des violences rapportés par les MG (19,20,22,24). Nous avons choisi de faire parvenir aux participant·e·s une présentation de 12 diapositives invitant à la réalisation d'un dépistage systématique (Annexe 7) et des fiches annuaires personnalisées en fonction du lieu d'exercice (Annexe 8) à afficher en salle d'attente ou à donner aux patient·e·s concerné·e·s. Ces outils ainsi que la notice d'information concernant la conformité avec le Règlement Général de

Protection des Données (RGPD) (Annexe 9) étaient envoyés par mail aux médecins participant-e-s. L'envoi par mail était équipé d'un accusé de réception et d'une confirmation d'ouverture.

Le deuxième appel, plus rapide que le précédent, visait à évaluer tout d'abord si un changement de méthode de dépistage des VIF avait eu lieu depuis le dernier appel et ensuite si l'estimation du nombre de personnes victimes dans la patientèle avait évolué, avec notamment le dépistage de nouvelles victimes dans l'intervalle. Nous demandions aux médecins leurs éventuelles remarques à propos des outils envoyés et nous leur proposons de recevoir les résultats de notre étude pour obtenir un feed-back de leur pratique par rapport aux autres médecins du secteur.

Le secteur géographique sur lequel nous avons choisi de travailler est la partie Est du département de la Gironde. Nous avons choisi de délimiter le secteur à l'Ouest par la Garonne (Annexe 10).

Pour la réalisation de l'annuaire personnalisé en fonction de la commune d'exercice nous avons utilisé la cartographie des ressorts des tribunaux judiciaires de Bordeaux et Libourne : Ambarès-et-Lagrave, Blaye, Bordeaux Bastide, Cadillac, Cenon, Coutras, Créon, Floirac, La Réole, Libourne, Lormont, Langon, Saint-André-de-Cubzac et Sainte-Foy-la-Grande.

Les coordonnées que nous avons choisi de faire figurer étaient celles du service Vict'aid basé à Bordeaux (qui propose un accompagnement juridique psychologique et social pour les victimes), de l'association CIDFF de Gironde (Centre d'Information sur le Droit des Femmes et des Familles), de l'Unité médico-judiciaire du secteur, de la Maison du Département des Solidarités et de la gendarmerie ou du commissariat de police les plus proches mais également les numéros nationaux d'aide aux victimes (3919, 116 006, 119, 115, 17, 15, 18, 112 et 114).

Les critères d'inclusion dans notre population d'étude étaient être MG inscrit au tableau de l'ordre des médecins de Gironde, toujours en activité au moment de l'appel, exerçant en cabinet ou maison de santé et dans le secteur d'Est Gironde précédemment défini.

Nous avons volontairement choisi d'exclure les MG du secteur exerçant en structure (hôpital, clinique, EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), médecin territorial exerçant en service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et association humanitaire), ces derniers ayant le plus souvent à disposition un protocole interne ainsi qu'un réseau de professionnel·le·s déjà établis.

Nous avons choisi d'exclure les MG ayant une activité exclusive différente de la médecine générale : médecin du travail, angiologue/médecin vasculaire, allergologue et nutritionniste. La liste des médecins concerné-e-s a été établie au préalable à partir de l'annuaire de l'ordre des médecins de Gironde pour chaque commune du secteur avec recueil des noms, prénoms, adresse, type d'exercice, numéro de téléphone et diplômes universitaires (DU) ou inter-universitaires (DIU) éventuels. Pour plus d'exhaustivité, ces données ont été croisées avec l'annuaire en ligne Ameli®, le moteur de recherche Google® ainsi que les différents logiciels de prise de rendez-vous en ligne (Doctolib®, Maiia®, docrendezvous®...).

Au total, 479 MG correspondant aux critères d'inclusion ont été référencé-e-s suite à cette recherche sur les 650 initialement recensé-e-s sur le secteur de l'Est Gironde. Les données

obtenues semblent représentatives de la population de MG exerçant sur le département ainsi qu'à l'échelle nationale.

Nous avons obtenu l'information du statut de maître de stage à partir du site de l'université de Bordeaux.

Nous avons ensuite réalisé un tirage au sort aléatoire du médecin à appeler grâce à l'outil tableur Excel®. Le nombre de sujets nécessaires a été fixé à 178 soit 2 fois l'effectif retrouvé dans une thèse de méthodologie similaire portant sur la région du Poitou-Charentes et trouvant des résultats non statistiquement significatifs (23). Pour prendre en compte les éventuelles pertes de données et perdus de vue, nous avons décidé d'un arrêt du tirage au sort quand 200 données ont été recueillies au premier appel. Cet effectif n'a malheureusement pas pu être atteint dans les délais fixés.

Afin d'éviter un biais de recrutement, nous avons choisi de réaliser un recueil de données sur 12 mois consécutifs. L'inclusion des MG a ainsi débuté le lundi 3 janvier 2022 et a été clôturée le vendredi 30 décembre de la même année.

Nous avons décidé de sortir du tirage au sort les médecins après 3 tentatives d'appel sans pouvoir laisser de message (notés « injoignable »). Les médecins pour lesquels un message a été laissé mais n'ont pas donné suite sont notés comme « sans réponse ».

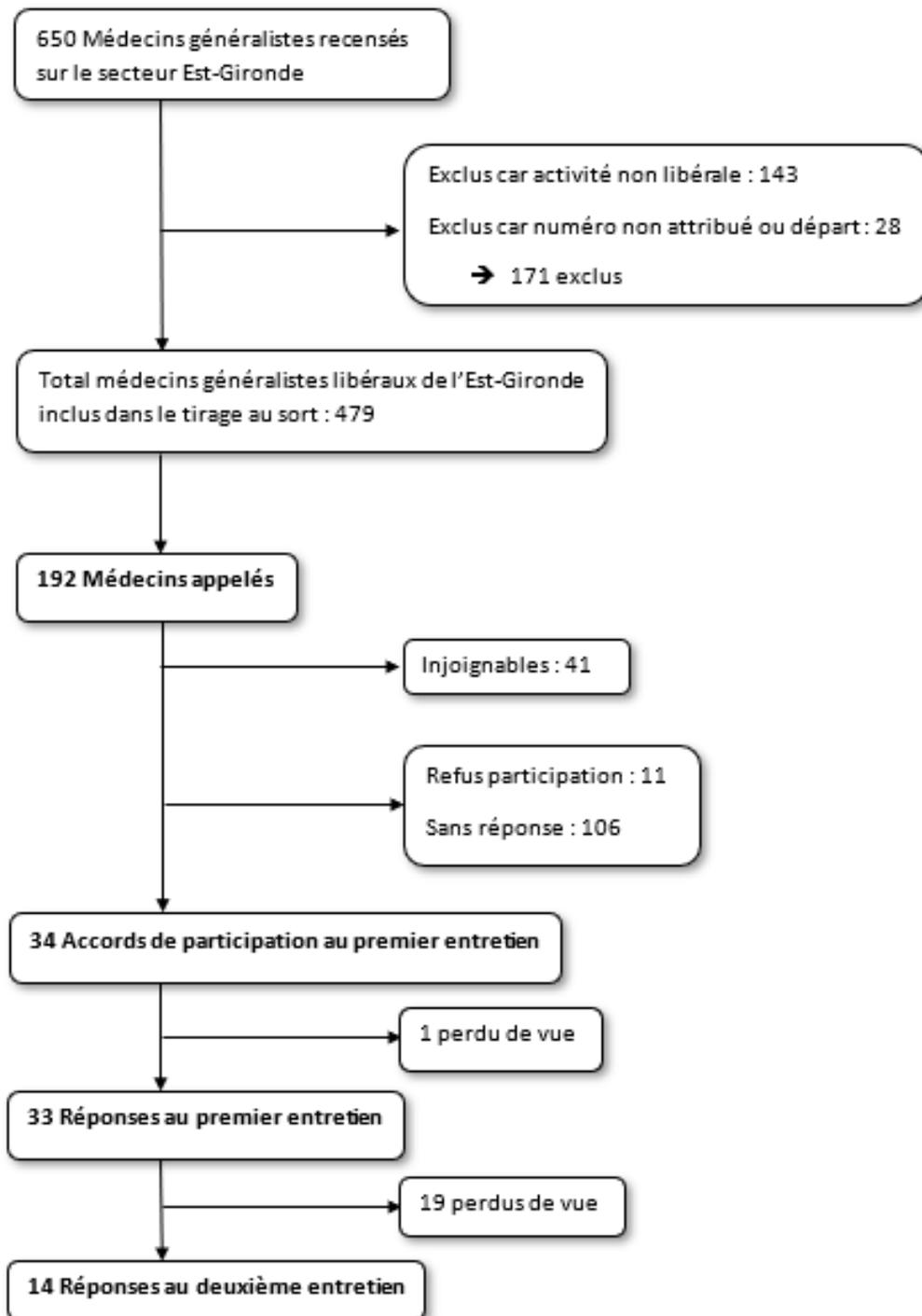
Les données collectées ont ensuite été analysées avec le logiciel R® sous RStudio® version 1.4.1106. Les variables qualitatives ont été dénombrées et décrites en termes de pourcentages. Les analyses statistiques bivariées ont reposé sur un test de Chi2 ou de Fisher selon l'effectif théorique disponible. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'intervalle de confiance à 95%.

III. Résultats

A. Description de la population d'étude

Entre le 4 janvier 2022 et le 22 décembre 2022, 192 MG exerçant en libéral dans le secteur Est-Gironde ont été appelé·e·s (soit 40% des MG référencé·e·s correspondant aux critères d'inclusion). Parmi eux, 34 ont accepté de participer à notre étude (17,7 %), 11 ont refusé (5,7 %) et 106 n'ont pas répondu à notre sollicitation (55,2%). Le projet de notre étude n'a pas pu être proposé aux 41 médecins restant·e·s (21,4 %), considéré·e·s comme injoignables.

Figure 1 : Diagramme de flux



Les caractéristiques des MG recensé-e-s sur le secteur sont présentées en Annexe 11.

Les médecins ayant accepté de participer à l'étude étaient en majorité des hommes exerçant en cabinet médical. Ils n'étaient pour la plupart pas maîtres de stage des universités et n'avaient pas de diplôme complémentaire ou formation spécifique dans le domaine des violences. La majorité des médecins participant à l'étude rapportaient un dépistage ciblé des VIF.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins ayant accepté de participer à l'étude

	n = 34	%
- Genre		
Masculin	22	64,7
Féminin	12	35,3
- Type d'exercice		
Cabinet Pluriprofessionnel	9	26,47
Cabinet Médical	17	50
Seul	8	23,53
- Maître de stage des universités	10	29,4
- Formation complémentaire / Diplôme universitaire	6	17,65
Domaine des violences	3	8,82
Autre domaine	3	8,82
Esthétique	1	2,94
Sommeil	1	2,94
Sport	1	2,94
- Réalisation d'un dépistage des violences intrafamiliales	25	73,53
Dépistage systématique	5	14,7
Dépistage ciblé	20	58,82
Non	8	23,53
NA	1	2,94

*NA : données manquantes

B. Etat des lieux et comparaison des pratiques des MG libéraux·ales de l'Est-Gironde concernant le dépistage des VIF chez les adultes

1) Facteurs déterminants la réalisation ou non d'un dépistage des VIF

Parmi les 34 médecins ayant accepté de participer à l'étude, 25 (73,5 %) disaient pratiquer un dépistage des VIF, c'est-à-dire que la question sur la présence de violences au sein du foyer était posée directement aux patient·e·s. 8 médecins déclaraient ne pas pratiquer ce dépistage (23,5 %). 1 des médecins inclu·e·s a été perdu de vue.

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins en fonction de la réalisation ou non d'un dépistage des VIF

	Dépistage des VIF (n = 25)	%	Absence de dépistage des VIF (n = 8)	%	<i>p-value</i>
- Genre					1
Masculin	16	64	5	62,5	
Féminin	9	36	3	37,5	
- Type d'exercice					0,14
Cabinet Pluriprofessionnel	7	28	1	12,5	
Cabinet Médical	14	56	3	37,5	
Seul	4	16	4	50	
- Maître de stage des universités	9	36	1	12,5	0,414
- Formation complémentaire/DU	5	20	1	12,5	1
Domaine des violences	3	12	0	0	0,56
Autre domaine	2	8	1	12,5	

Le genre des professionnel·le·s ($p = 1$) n'est pas associé à la réalisation ou non d'un dépistage des VIF dans notre étude

Le statut de maître de stage des universités ($p = 0,414$) et la validation d'une formation complémentaire dans le domaine des violences ($p = 0,56$) semblent être associés à la réalisation d'un dépistage des VIF, cependant les résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

Dans notre échantillon, le type d'exercice est associé à la réalisation d'un dépistage des VIF, cependant les résultats ne sont pas statistiquement significatifs ($p = 0,14$). L'exercice en cabinet pluriprofessionnel est plus favorable à un dépistage des VIF. L'exercice seul est plus souvent associé à une absence de dépistage des VIF.

2) Facteurs déterminants le type de dépistage réalisé

Parmi les 25 médecins qui déclaraient pratiquer un dépistage des VIF, 5 (20 %) disaient le réaliser de manière systématique au même titre qu'un antécédent, conformément aux recommandations. En cas de réponse négative, la question pouvait être à nouveau posée sur certains critères. 20 médecins déclaraient réaliser un dépistage ciblé, c'est-à-dire que la question des violences au sein du foyer n'était posée aux patient·e·s seulement si au moins un des critères choisis par le·a professionnel·le était présent.

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins en fonction du type de dépistage déclaré pour dépister les VIF

	Dépistage systématique des VIF (n = 5)		Dépistage ciblé des VIF (n = 20)		<i>p-value</i>
- Genre					1
Masculin	3	60	13	65	
Féminin	2	40	7	35	
- Type d'exercice					0,4
Cabinet Pluriprofessionnel	1	20	6	30	
Cabinet Médical	4	80	10	50	
Seul	0	0	4	20	
- Maître de stage des universités	2	40	7	35	1
- Formation complémentaire/DU	2	40	3	15	0,53
Domaine des violences	2	40	1	5	0,08
Autre domaine	0	0	2	10	

Le genre des professionnel-le-s ($p = 1$) et le statut de maître de stage des universités ($p = 1$) ne semblent pas être associés avec le type de dépistage des VIF réalisé.

Le type d'exercice ($p = 0,4$) semble être associé avec le type de dépistage réalisé, cette association n'est pas statistiquement significative. L'exercice seul semble être plus favorable à un dépistage ciblé alors que l'exercice en cabinet médical semble être plus souvent associé à un dépistage systématique. Dans le cas d'une formation complémentaire portant sur le domaine des violences, sa validation est associée au type de dépistage des violences de manière non statistiquement significative ($p = 0,08$). La validation d'une formation complémentaire en lien avec les violences est associée à la réalisation d'un dépistage systématique des VIF comme le recommande la HAS.

3) Critères retenus par les médecins généralistes interrogé-e-s dans le cadre d'un dépistage ciblé des VIF

Les critères retenus par les médecins pratiquant un dépistage ciblé étaient le plus souvent la survenue de troubles psychologiques, psychiatriques, de lésions traumatologiques mais aussi l'atmosphère de la consultation c'est-à-dire le ressenti du médecin. Dans une moindre mesure, on retrouvait la constatation directe d'un acte de violence par le-a médecin au cours de la consultation ou la confession par la victime ou toute personne extérieure, la fréquence élevée des consultations et enfin la présence de conflits conjugaux. Les médecins pratiquant un dépistage ciblé utilisaient en moyenne 2 critères.

Tableau 4 : Critères utilisés par les médecins pratiquant un dépistage ciblé des VIF

	n = 20	%
<u>-Survenue pathologie</u>		
Troubles psychologiques/ psychiatriques	9	45
Traumatologie	8	40
<u>-Antécédents médicaux</u>		
Neurologiques : degré de dépendance, démence	1	5
Endocrinologiques/Cardio-Vasculaires (obésité, syndrome d'apnées du sommeil)	1	5
Addictions	2	10
<u>-Déroulement de la consultation</u>		
Atmosphère, ressenti	8	40
Fréquence élevée des consultations	3	15
Médecin témoin de violence, confession par la victime ou personne extérieure	4	20
Consultation de gynécologie	1	5
<u>-Environnement du patient</u>		
Contexte socio-professionnel	1	5
Conjugopathie	3	15

C. Etude du niveau d'intérêt et de sensibilisation des médecins à la notion de VIF

1) Facteurs déterminants la participation des MG à notre étude

Parmi les 34 médecins ayant accepté de participer à l'étude, 20 ont accepté le jour-même, 9 ont accepté dans les 7 jours suivants le message laissé et 3 ont accepté plus d'une semaine après avoir été sollicité-e-s. Parmi les médecins ayant laissé passer un délai de plus d'une semaine, l'un d'entre eux a déclaré avoir attendu de rencontrer une victime de VIF pour confirmer sa participation à l'étude.

Tous les refus (n = 11) ont eu lieu le jour de la sollicitation.

Parmi les motifs de refus de participation, sur les 11 médecins recensé-e-s, 5 ont rapporté un manque de temps, 2 avaient une activité exclusive non généraliste et ne pensaient pas être le-a professionnel-le de premier recours (ostéopathe et phoniatre) et un-e disait ne pas être concerné-e par cette problématique. 3 médecins n'ont pas précisé le motif de leur refus.

Les mois où le recrutement a été le plus efficace étaient les mois de février et de juillet 2022. Les mois qui ont relevé le moins d'inclusion et le plus de refus proportionnellement au nombre d'appels étaient les mois d'avril, novembre et décembre (Annexe 12). Aucun lien n'a été retrouvé avec le taux d'incidence de la Covid-19 en Nouvelle Aquitaine sur cette période (Annexe 13).

Tableau 5 : Caractéristiques des médecins en fonction de leur participation à l'étude

	Médecins appelé·e·s (n = 192)	%	Médecins ayant participé à l'étude (n = 34)	%	<i>p-value</i>
- Genre					1
Masculin	122	63,54	22	64,7	
Féminin	70	36,46	12	35,3	
- Type d'exercice					0,0087*
Cabinet Pluriprofessionnel	29	15,10	9	26,47	
Cabinet Médical	134	69,79	17	50	
Seul	29	15,10	8	23,53	
- Maître de stage des universités	38	19,79	10	29,4	0,14
- Formation complémentaire/DU	16	8,33	6	17,65	0,016*
Domaine des violences	3	1,56	3	8,82	0,004*
Autre domaine	13	6,77	3	8,82	
Esthétique	3	1,56	1	2,94	
Sommeil	1	0,52	1	2,94	
Sport	3	1,56	1	2,94	
Plaie et cicatrisation	1	0,52	0	0	
Psychopathologie du développement de l'enfant / TCC	1	0,52	0	0	
Ostéopathie	1	0,52	0	0	
Acupuncture	1	0,52	0	0	
Nutrition	1	0,52	0	0	
Laryngo-phoniatrie	1	0,52	0	0	

Les caractéristiques des médecins ayant refusé de participer à notre étude sont présentées en Annexe 14.

Le genre des professionnel·le·s n'est pas un facteur déterminant dans le choix de participation à notre étude ($p = 1$).

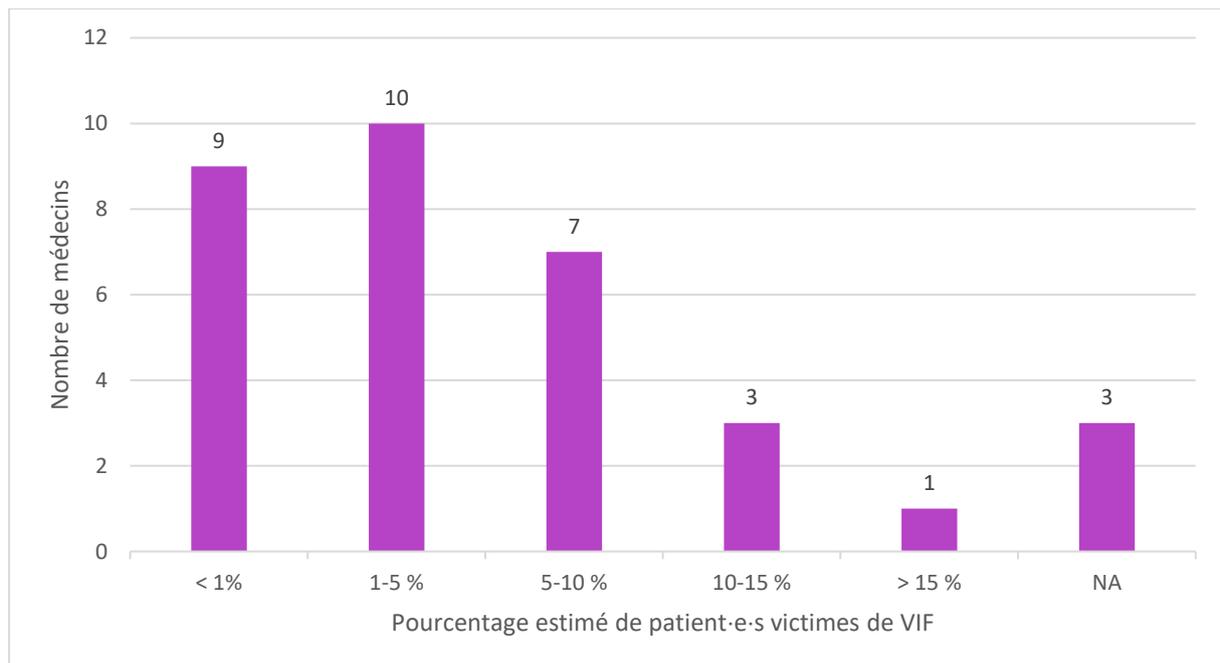
Le statut de maître de stage est associé à la participation à notre étude, cependant les résultats ne sont pas statistiquement significatifs ($p = 0,14$).

Le type d'exercice est associé de manière statistiquement significative à la participation à notre étude ($p = 0,0087$) : l'exercice en cabinet pluriprofessionnel est associé à la participation à notre étude. A l'inverse, l'exercice seul est associé à un refus de participation à notre étude. La validation d'une formation complémentaire est associée de manière statistiquement significative à la participation à notre étude ($p = 0,016$). Cette association est encore plus nette si la formation porte sur le domaine des violences ($p = 0,004$).

2) Pourcentage estimé de victimes de VIF au sein de la patientèle par les médecins interrogés

Parmi les 34 médecins ayant accepté de participer à l'étude, 9 estiment la proportion de patient·e·s victimes de VIF inférieure à 1 % dans leur patientèle, 10 la considèrent entre 1 et 5 %, 7 entre 5 et 10 %, 3 entre 10 et 15 % et un seul médecin l'estime supérieure à 15 %. 3 médecins n'ont pas pu répondre à cette question.

Figure 2 : Estimation du pourcentage de patient·e·s victimes de VIF au sein de la patientèle par les médecins interrogé·e·s



3) Souhait d'outils d'aide au dépistage

Parmi les 34 médecins ayant accepté de participer à l'étude, un seul n'a pas souhaité recevoir les outils d'aide au dépistage des VIF proposés. Un médecin a été perdu de vue.

4) Facteurs déterminants l'ouverture effective des outils envoyés

Parmi les 32 médecins ayant accepté de recevoir les outils proposés, 22 (68,75 %) ont ouvert le mail envoyé, 7 (21,9 %) ne l'ont pas ouvert. Pour 3 médecins, l'information n'a pas pu être recueillie.

Tableau 6 : Caractéristiques des médecins en fonction de l'ouverture du mail contenant les outils

	Médecins ayant ouvert le mail (n = 22)	%	Médecins n'ayant pas ouvert le mail (n = 7)	%	<i>p- value</i>
- Genre					0,89
Masculin	13	68,75	5	71,43	
Féminin	9	21,9	2	28,57	
- Type d'exercice					0,38
Cabinet Pluriprofessionnel	5	22,7	2	28,57	
Cabinet Médical	12	54,5	5	71,43	
Seul	5	22,7	0	0	
- Maître de stage des universités	6	27,3	3	42,85	0,76
- Formation complémentaire/DU	6	27,3	0	0	0,31
Domaine des violences	3	13,65	0	0	0,75
Autre domaine	3	13,65	0	0	
- Réalisation d'un dépistage des VIF	16	72,7	7	100	0,31
Type de dépistage					0,06
Dépistage systématique	5	22,7	0	0	
Dépistage ciblé	11	50	7	100	
Non	6	27,3	0	0	

Le genre du médecin ($p = 0,89$) et le statut de maître de stage des universités ($p = 0,76$) ne sont pas associés de façon statistiquement significative avec l'ouverture ou non du mail contenant les outils.

Le type d'exercice ($p = 0,38$), avoir une formation complémentaire ($p = 0,31$) et avoir déclaré réaliser un dépistage des VIF ($p = 0,31$) semblent être associés de manière non statistiquement significative avec l'ouverture du mail contenant les outils de dépistage. En effet, l'exercice seul est associé à une ouverture du mail alors que l'exercice en cabinet médical est associé à un mail non-lu. La validation d'une formation complémentaire et le fait de déclarer ne pas réaliser de dépistage des VIF sont associés à une ouverture du mail.

Le type de dépistage des VIF est associé de manière non statistiquement significative avec l'ouverture du mail contenant les outils de dépistage ($p = 0,06$). En effet, le fait d'avoir déclaré réaliser un dépistage ciblé des VIF est associé au fait de ne pas ouvrir le mail contenant les outils proposés.

D. Données recueillies suite à notre intervention

Parmi les 33 médecins ayant effectivement participé au premier entretien téléphonique, 14 (42,42 %) ont participé au deuxième entretien.

Les rappels ont eu lieu en moyenne 4 mois après le premier entretien téléphonique, ils ont été réalisés entre le 4 mai 2022 et le 20 mars 2023.

Tableau 7 : Caractéristiques des médecins ayant participé au deuxième entretien téléphonique

	n = 14	%
- Genre		
Masculin	9	64,3
Féminin	5	35,7
- Type d'exercice		
Cabinet Pluriprofessionnel	3	21,43
Cabinet Médical	9	64,28
Seul	2	14,29
- Maître de stage des universités	5	35,7
- Formation complémentaire / Diplôme universitaire	4	28,57
Domaine des violences	3	21,43
Autre domaine	1	7,14
Esthétique	1	7,14
- Réalisation d'un dépistage des VIF	13	92,86
Dépistage systématique	5	35,7
Dépistage ciblé	8	57,14
- Ouverture du mail envoyé	14	100
- Modification du type de dépistage réalisé avant vs après intervention	0	0
- Augmentation du pourcentage estimé de victimes de VIF avant vs après intervention	4	28,57
- Souhait de communication des résultats de l'étude	14	100

Les 14 médecins ayant participé au deuxième entretien téléphonique avaient tous ouvert les outils envoyés par mail. Aucun médecin n'a apporté de remarque négative ou de proposition d'amélioration des outils proposés. Un médecin avait diffusé les outils aux autres membres de son cabinet.

Parmi les 14 médecins ayant participé au deuxième entretien téléphonique, tous avaient conservé le même type de dépistage qu'au premier entretien téléphonique. Pour les médecins réalisant un dépistage ciblé, les critères de dépistage étaient inchangés.

Parmi les 14 médecins ayant participé au deuxième entretien téléphonique, 4 (28,57 %) ont déclaré avoir diagnostiqué plus de victimes de violences qu'auparavant dans les 4 derniers mois.

Parmi les 14 médecins ayant participé au deuxième entretien téléphonique, tous ont souhaité obtenir par mail une version de notre étude finalisée afin de comparer leur pratique par rapport aux autres médecins généralistes du secteur.

IV. Discussion

A. Objectifs de l'étude

Plus de 70 % des médecins de l'Est Gironde ayant accepté de participer à l'étude déclarent réaliser un dépistage des VIF. Ces résultats sont cohérents avec les études antérieures réalisées en France (18-24) et à l'étranger (26, 27). Le type d'exercice, le statut de maître de stage des universités et la validation d'une formation complémentaire dans le domaine des violences semblent être associés à la réalisation d'un dépistage des VIF. L'exercice en cabinet pluriprofessionnel est plus favorable à un dépistage des VIF alors que l'exercice seul est plus souvent associé à une absence de dépistage. Ces résultats semblent cohérents dans la mesure où le statut de maître de stage, la validation d'une formation complémentaire et la présence d'autres professionnel-le-s de santé dans la structure d'exercice constituent un apport de ressources aux professionnel-le-s pour les sensibiliser au dépistage et les rassurer dans leur pratique. Une étude de plus grande ampleur est nécessaire pour confirmer ces données.

Moins de 15% des médecins étudié-e-s choisissent un dépistage systématique des VIF comme recommandé par la HAS (6). C'est moins que dans l'étude réalisée par la Dr Quenot en 2016 en Haute Garonne (19) où 22,5 % des médecins généralistes répondaient réaliser un dépistage des violences conjugales par questionnaire direct. C'est plus que dans l'étude réalisée au Pays Basque par la Dr Ledoux en 2018 (22) où seuls 2,5 % des médecins généralistes interrogé-e-s questionnaient de manière systématique sur l'existence de violences conjugales lors de la création du dossier médical d'une nouvelle patiente. La grande majorité des médecins interrogé-e-s dans notre étude pratiquait donc un dépistage ciblé, ces données sont semblables à celles des études antérieures (19, 20, 22) réalisées auprès de MG français-e-s entre 2012 et 2018.

Le fait d'avoir validé une formation complémentaire dans le domaine des violences est associé à un dépistage plus systématique des VIF, comme cela avait été observé dans les études antérieures à l'échelle européenne (30). Cette donnée semble clairement en lien avec les informations données au cours de la formation, notamment les dernières recommandations, les conseils pour aborder le sujet ou encore le réseau disponible pour adresser. Les médecins se sentent alors plus à l'aise à l'idée de poser directement la question des violences.

Les critères utilisés pour le dépistage ciblé notamment les troubles psychologiques, les séquelles de traumatisme physique, la fréquence des consultations, les addictions et le climat au sein du couple sont des données qui ont déjà été retrouvées dans des travaux antérieurs (20).

Près de 18 % des MG du secteur de l'Est Gironde ayant une activité libérale sollicité-e-s par téléphone pour participer à notre étude ont répondu favorablement. Malgré le manque de temps des MG, ces dernier-ère-s semblent intéressé-e-s par le thème des VIF. Le statut de maître de stage, la réalisation d'une formation complémentaire, surtout si elle porte sur le domaine de la violence et l'exercice en cabinet pluriprofessionnel sont des facteurs déterminants la participation à notre étude, définissant ainsi un profil de médecin portant un regard plus attentif à la problématique des VIF. Un biais de sélection peut ainsi s'appliquer à notre population d'étude puisque seul-e-s les médecins les plus intéressé-e-s ont accepté de participer. Certains médecins ont laissé passer un délai de plusieurs jours entre notre première sollicitation et leur réponse positive de participation à l'étude. Ces quelques jours ont pu leur

permettre de réaliser des recherches bibliographiques au sujet des VIF ou encore un recensement de leurs besoins au sein de leur patientèle.

Au niveau européen, selon l'enquête menée en 2012 sur 42 000 femmes par l'European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (31), 22 % des femmes interrogées et qui ont une relation avec un homme, ont subi des violences sexuelles et/ou physiques et 2 femmes sur 5 (43 %) ont déjà subi une forme de violence psychologique de la part d'un partenaire. Avec une moyenne estimée autour de 3% de victimes de VIF au sein de leur patientèle, les praticien-ne-s interrogé-e-s sous-estiment donc en grande majorité le nombre de victimes de VIF. Seul-e un-e des médecins ayant participé à notre étude estime de manière correcte la proportion de patient-e-s victimes de violence et 10% de l'effectif n'ont pas pu se prononcer. Ces données sont cohérentes avec les études antérieures réalisées en 2012 (20) et 2017 (24) auprès des MG d'Isère et de la Vienne où la grande majorité des médecins interrogé-e-s ne connaissaient pas la proportion de femmes victimes de violences en France. Cette donnée alerte sur la méconnaissance des médecins vis-à-vis de la place des violences intrafamiliales auprès de la population française ainsi que celle de leur lieu d'exercice. Une campagne de sensibilisation, une formation plus approfondie des jeunes médecins sur cette problématique et la mise en place de formations continues ciblées sur le thème des violences seraient des pistes à envisager pour l'avenir.

Parmi les médecins ayant accepté de participer à notre étude, seul un médecin n'a pas souhaité les outils d'aide au dépistage proposés. Les MG de l'Est Gironde contacté-e-s semblent donc être en demande d'outils et de supports dans le domaine du dépistage des VIF comme c'était le cas dans les études réalisées au Pays Basque par la Dr Ledoux en 2018 (22) et en Sud-Gironde par la Dr Rolland en 2023 (28).

Parmi les médecins ayant souhaité obtenir des outils d'aide au dépistage, près de 70 % ont effectivement ouvert le mail envoyé, ce qui reflète l'intérêt porté sur la connaissance du réseau et la mise en place nécessaire d'un support physique pour les victimes et pour les praticien-ne-s. L'exercice seul et la non réalisation d'un dépistage des VIF sont associés avec une ouverture du mail contenant les outils, ce qui est très encourageant : les médecins ayant un exercice plus isolé et plus éloigné des recommandations, se saisissent plus des outils de sensibilisation et d'information à propos du réseau de proximité.

Parmi les 14 médecins ayant participé au deuxième entretien téléphonique, tous-tes avaient conservé le même type de dépistage qu'au premier entretien téléphonique. Pour les médecins réalisant un dépistage ciblé, les critères de dépistage étaient inchangés. Ainsi, sur cet échantillon de 14 médecins, l'apport d'outils d'aide au dépistage systématique, ne semble pas avoir modifié les pratiques à 4 mois. Les difficultés rencontrées pour obtenir un changement de comportement des professionnel-le-s en termes de dépistage des violences avaient déjà été observées dans des travaux de recherche réalisés en Europe auprès de médecins en formation (32, 33).

En revanche, nos résultats semblent en faveur d'une sensibilisation des médecins ayant participé avec un plus grand nombre de victimes dépistées après mise à disposition de nos outils pour près de 30 % des médecins rappelé-e-s. Ces données sont cohérentes avec les données de la littérature à l'échelle européenne (34-36), où les professionnel-le-s de santé

ayant suivi une formation avec des outils d'accompagnement et de sensibilisation à propos des violences entre partenaires intimes, avaient amélioré nettement leurs connaissances, leur attitude en consultation et leurs pratiques en termes de dépistage des violences conjugales. Une étude interventionnelle de santé publique serait à prévoir avec un délai plus long et un effectif plus grand.

B. Forces et limites

L'échantillon sélectionné semble représentatif de la population des MG à l'échelle du département comme à l'échelle nationale, ceci est expliqué en partie par un annuaire exhaustif des professionnel·le·s et par un tirage au sort aléatoire des médecins sollicité·e·s. Un échantillon de plus grand effectif est souhaitable pour permettre une extrapolation des données obtenues.

Nous avons fait le choix de contacter personnellement chaque MG par téléphone afin d'avoir un taux de réponse plus élevé qu'en contactant tous les MG de l'Est Gironde par mail via la liste URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé). La courte durée de l'appel d'inclusion ainsi que la proposition d'outils ont été des arguments forts d'adhésion auprès des médecins.

Le choix des caractéristiques étudiées chez les médecins (le genre, le type d'exercice, formation complémentaire) s'est basé sur des données issues d'études antérieures (18-24). Nous avons volontairement limité ces données pour ne pas surcharger l'entretien téléphonique.

Les données telles que le genre, le type d'exercice, le lieu d'exercice ainsi que la validation d'un DU/DIU ou d'une formation complémentaire ont été recensées via les informations recueillies sur internet mais n'ont pas été confirmées auprès des médecins inclus afin de limiter au maximum la durée de l'entretien téléphonique. Cette donnée peut être à l'origine d'un biais d'information entraînant une sous-estimation des professionnel·le·s ayant validé une formation complémentaire si la formation ne figurait pas en ligne et que le·a professionnel·le ne l'a pas rapporté spontanément au cours de l'entretien. Cette sous-estimation a donc potentiellement diminué la force d'association de ce facteur.

Nous avons fait le choix d'exclure les médecins ayant une activité non-généraliste exclusive (médecin du travail, angiologue, allergologue et nutritionniste) car les MG sont les interlocuteur·rice·s de premier recours cité·e·s par les personnes victimes de violences (4). Ce choix a pu engendrer un biais de sélection. Les médecins que nous avons contacté·e·s ayant une activité spécifique comme phoniatre, ostéopathe, soins d'urgence non programmés, ont refusé de participer à notre étude, ainsi nos critères d'inclusion initiaux semblent justifiés.

Les données de dépistage recueillies ont suivi un questionnaire standardisé, rendant comparables les données obtenues entre les médecins. Ces données sont déclaratives et n'ont cependant pas pu être vérifiées. Il existe par conséquent un biais d'information de type biais de désirabilité différentiel. Les médecins ont pu donner des réponses plus proches des recommandations que de leur pratique réelle, ce qui entraîne une sous-estimation des associations réelles entre les différents facteurs.

Enfin, le manque de puissance de notre étude, lié à un faible effectif résultant de difficultés d'inclusion et d'un nombre non négligeable de perdus de vue à 4 mois, peut expliquer l'absence de significativité statistique de certaines valeurs trouvées.

C. Conclusion / Perspectives

Le dépistage systématique des VIF chez les adultes peine à s'imposer dans les consultations des MG de l'Est-Gironde au profit d'un dépistage ciblé sur certains critères. Une étude de plus grand effectif doit être envisagée pour confirmer ces données et pouvoir les extrapoler à l'échelle départementale, régionale et nationale. Nous ne pouvons qu'encourager les professionnel·le·s dans cette voie : une prise de conscience est nécessaire, pour cela, des actions de sensibilisation, une amélioration de la formation initiale dans le domaine des violences, des formations continues, mais également des supports d'accompagnement personnalisés sont nécessaires pour mieux diagnostiquer et prendre en charge les victimes. Une étude de santé publique robuste de type étude interventionnelle est nécessaire pour évaluer les outils proposés et ainsi pouvoir les diffuser largement.

V. Bibliographie

1. Observatoire national des violences faites aux femmes. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2021. Indicateurs nationaux annuels. Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/les-lettres-de-l-observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes>
2. Collectif contre les violences familiales et l'exclusion. L'estimation du coût social et financier de la violence conjugale en Europe : seize milliards d'euros par an. Disponible sur : <https://www.cvfe.be/publications/analyses/242-l-estimation-du-cout-social-et-financier-de-la-violence-conjugale-en-europe-seize-milliards-d-euros-par-an>
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). La violence à l'encontre des femmes. Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes. Aide-mémoire 2013;239. Disponible sur : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/
4. Bounoure A. Les femmes victimes de violences conjugales face à leur médecin traitant : ententes et attentes. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés de douze femmes. Thèse d'exercice en médecine, Université de Strasbourg 1;2010.
5. Voyer M., Delbreil A., Senon, J. Violences conjugales et troubles psychiatriques. *Inf Psychiatr.* 2014;90(8):663-71.
6. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandation de Bonnes Pratiques - Mis en ligne le 23 nov. 2022. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
7. The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Abuse and violence: Working with our patients in general practice (4th edition). Juin 2014.
8. Hegarty K, McKibbin G, Hameed M, Koziol-McLain J, Feder G, Tarzia L, et al. Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. *PLOS ONE.* 2020 juin 16;15(6):e0234067.
9. Ministero della Salute-Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. "Implementazione di un programma di formazione a distanza (FAD) per operatori sociosanitari dei Pronto Soccorso italiani, mirato alla prevenzione ed al contrasto della violenza di genere". 2020.
10. Michieli R, Pedale R. Progetto ViOLA - Violenza domestica ed extra-famigliare sulle donne. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale.* 2014 ;2 :9-10.
11. Macías Ayala FJ, García Torres O, Vázquez Arguelles L, Álvarez Villaseñor AS. Capacidad de los médicos para detectar violencia contra la mujer en la consulta externa. *Revista CONAMED.* 2021;26(1):27-34.
12. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. 1999;(16):27. Modif 24 Mars 2016.

13. Flores J, Maurice P, Lampron C, Arseneau L, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale. 2010.
14. Yeung H, Chowdhury N, Malpass A, Feder GS. Responding to Domestic Violence in General Practice: A Qualitative Study on Perceptions and Experiences. *Int J Family Med*. 2012.
15. Sivarajasingam V. Top tips: identifying domestic abuse. *Guidelines in Practice*. 18 Mars 2021.
16. Conseil National de la Santé et du Bien-être. Règlements et conseils généraux sur la violence dans les relations intimes. 2022.
17. Burquier R, Adjaho MT, Cespedes M, Renteria SC, Hohlfeld P, Hofner MC. Violence : les femmes font confiance au milieu médical. *Rev Med Suisse*.2010; 6 :526-9.
18. Diagana F. Dépistage systématique des violences faites aux femmes à Aubervilliers : une étude complémentaire mixte explicative. Thèse d'exercice de médecine générale, Université Paris Est Créteil;2017.
19. Quenot M. Repérage, en Médecine Générale, des violences conjugales faites aux femmes. A propos d'une enquête en Haute Garonne. Thèse d'exercice de médecine générale, Université Toulouse III Paul Sabatier;2016.
20. Boismain A. 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 de médecine générale, Université de Grenoble Joseph Fournier;2012.
21. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Thèse d'exercice de médecine générale, Université Paris 7;2013.
22. Ledoux A. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque. Thèse d'exercice de médecine générale, Université de Bordeaux;2018.
23. Mu-Sek-Sang R. Le dépistage systématique des violences conjugales : Etude réalisée chez les médecins généralistes de ccmussa-Charentes en 2017. Thèse d'exercice de médecine générale, Université de Poitiers;2017.
24. Bonnet P. Etat des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne. Thèse d'exercice de médecine générale, Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie;2017.
25. Cillart L, Parayre I, Pereira B, Desmartin C, Leymarie MC. État de lieux des pratiques du dépistage des violences conjugales en Auvergne. *La Revue Sage-Femme*.1;16(5):296-302.
26. Burquier R, Adjaho MT, Cespedes M, Renteria SC, Hohlfeld P, Hofner MC. Violence : les femmes font confiance au milieu médical. *Rev Med Suisse* 2010;6:526-9.

27. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine inquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG* 2002;109:9-16.
28. Rolland C. Quelles sont les modifications que proposent les professionnels de santé du Sud-Gironde pour favoriser l'utilisation du questionnaire WAST dans le dépistage des violences conjugales ? : Expérimentation à l'aide d'un focus groupe composé d'une sage-femme et huit médecins généralistes. Thèse d'exercice de médecine générale, Université de Bordeaux ;2023.
29. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Insécurité et délinquance en 2020 : bilan statistique. Avril 2021.
30. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effets de la formation sur la violence conjugale : Révision systématique d'études randomisées contrôlées. *Can Fam Physician*. 2014 Jul;60(7):e340-7.
31. European union agency for fundamental rights (FRA). Violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE-Les résultats en bref. Mars 2014.
32. Coonrod DV, Bay RC, Rowley BD, Del Mar NB, Gabriele L, Tessman TD, et al. A randomized controlled study of brief interventions to teach residents about domestic violence. *Acad Med*. 2000;75(1):55-7.
33. Brienza RS, Whitman L, Ladouceur L, Green ML. Evaluation of a women's safe shelter experience to teach internal medicine residents about intimate partner violence. A randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2005;20(6):536-40.
34. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;378(9805):1788-95.
35. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC, Barlow WE, Sugg NK, Maiuro RD, et al. Identification and management of domestic violence: a randomized trial. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):253-63.
36. Campbell JC, Coben JH, McLoughlin E, Dearwater S, Nah G, Glass N, et al. An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Acad Emerg Med*. 2001;8(2):131-8.

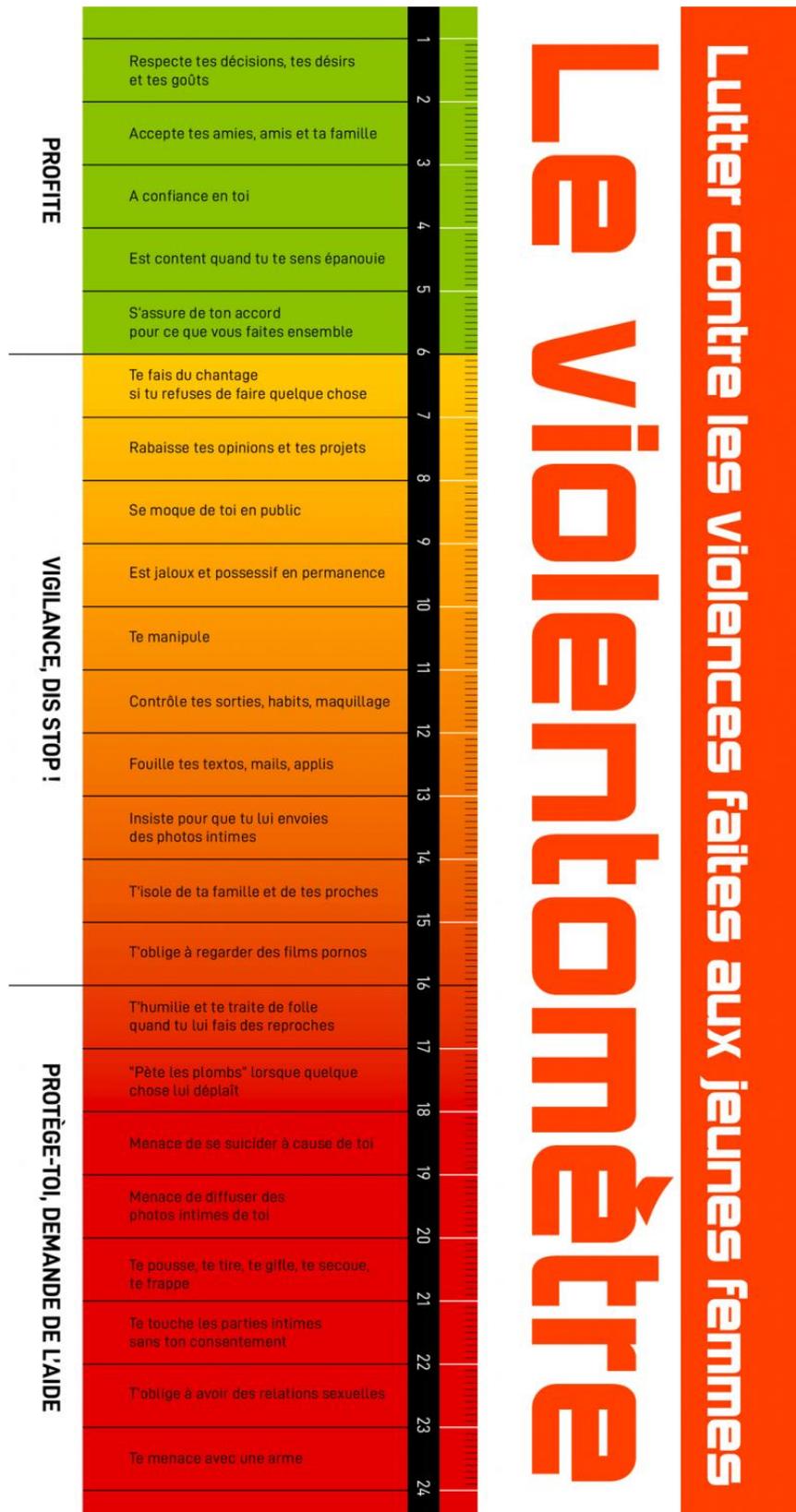
PARTIE 3 : ANNEXES

Annexe 1 : La roue du pouvoir et du contrôle - élaborée par « Domestic Abuse Intervention Project »



Annexe 2 : Le violentomètre à destination des victimes

Disponible en téléchargement sur le site du Centre Hubertine Auclert : <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/egalitheque/publication/le-violentometre>



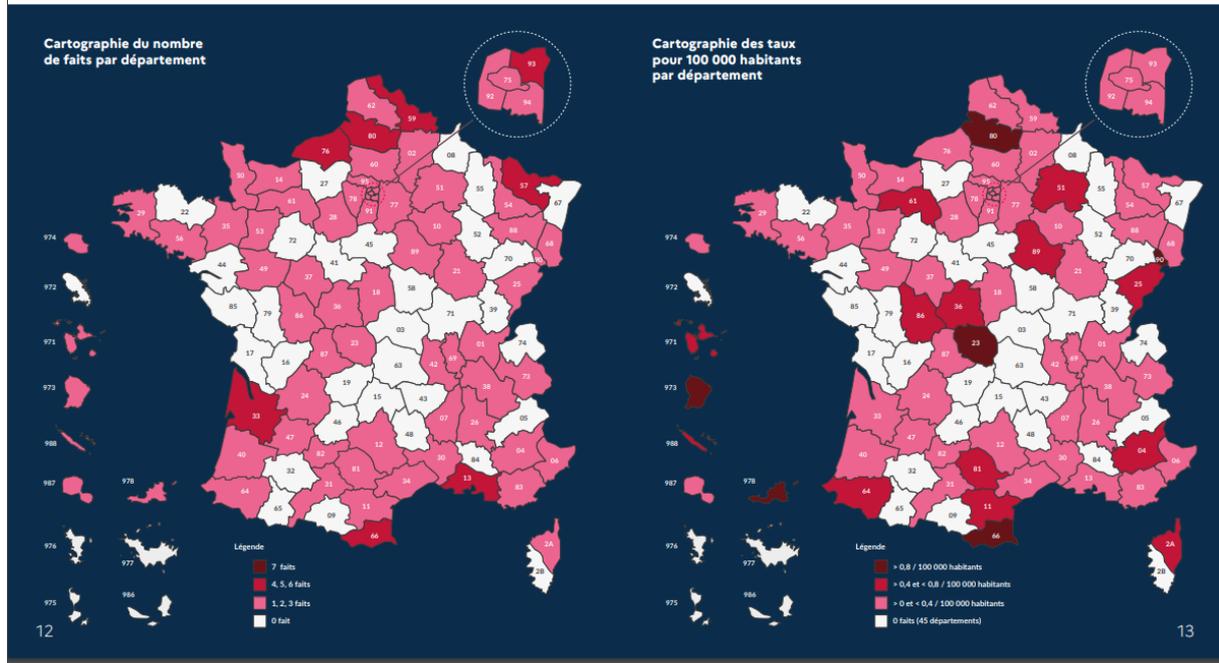
Annexe 3 : Le violentomètre à destination des auteur·e·s

VIOLENTOMÈTRE	
CAUSES	CONSÉQUENCES
 Une relation est saine si...	Vous avez confiance l'un en l'autre dans toutes les situations.
	Vous êtes toujours attentif(ive) à votre partenaire et à ses besoins.
	Chacun est toujours l'égal de l'autre. Aucun n'a le dessus.
	En cas de dispute, chacun exprime son point de vue.
	Vous êtes épanoui(e) dans votre domaine professionnel.
 Prendre du recul si...	Son avis compte souvent pour vous.
	Vous êtes sujet à des addictions (alcool, stupéfiants).
	Vous avez souvent des propos dégradants ou humiliants à son égard.
	Vous avez connu un contexte familial violent.
	Vous cassez fréquemment des objets.
	Vous êtes souvent de mauvaise humeur.
	Vous criez régulièrement.
Vous avez perdu votre travail, êtes endetté(e).	
 Demandez de l'aide si ...	Vous privez la personne de son argent, de ses papiers, etc...
	Vous n'arrivez pas à contrôler vos émotions.
	Vous contrôlez toujours ce qu'il ou elle fait.
	Tout ce que fait votre partenaire vous agace.
	Très souvent vous empêchez votre partenaire de parler.
	L'arrivée de votre enfant a perturbé l'équilibre dans votre couple.
	Vous lancez des objets sur votre partenaire.
Les paroles de votre partenaire vous sont trop douloureuses.	
Vous menacez, vous insultez ou vous avez déjà frappé votre partenaire.	

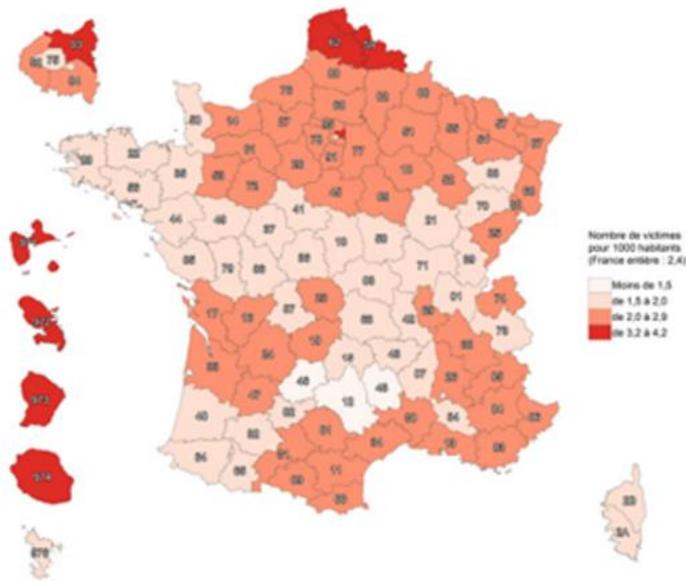
Annexe 4 : Répartition géographique des morts violentes au sein du couple en France en 2021

3. La répartition géographique des faits

En 2021, aucun homicide n'a été constaté dans 37 départements et collectivités sur 107 (43 en 2020). La collectivité territoriale la plus concernée par les morts violentes au sein du couple est la région Occitanie.



Annexe 5 : Répartition géographique des victimes de coups et blessures volontaires sur personnes de 15 ans ou plus dans le cadre familial (valeurs /1000 habitants) en France en 2021



Champ : France.

Note méthodologique : la méthodologie suivie pour la construction de cette carte est différente de celle suivie pour les autres cartes, voir *Sources et Méthodes* pour davantage d'informations.

Sources : SSMSI, base des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie ; Insee, recensement de la population 2018.

Annexe 7 : Présentation envoyée aux médecins



DÉPISTAGE DES VIOLENCES INTRAFAMILIALES

OUTILS À DESTINATION DES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES

université
BORDEAUX Département
de médecine générale

Thèse de Médecine Générale
Emma BEROLLE

SOMMAIRE

01. OUTIL 1 : VIDÉO ANNA
02. OUTIL 2 : COMMENT INTERVENIR ?
03. OUTIL 3 : NUMÉROS UTILES
04. CONTACT



OUTIL N° 1 : VIDÉO "ANNA"

PAR JOHANNA BEDEAU ET LAURENT BENAÏM,
AVEC AURÉLIA PETIT ET MARC CITTI

Réalisé à l'initiative de la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) en 2013, ce court-métrage illustre l'importance d'un repérage systématique des violences au cours d'une consultation de médecine générale.

Pour lire la Vidéo, merci de cliquer sur l'icône  ou copier-coller le lien ci-dessous dans la barre de recherche de votre navigateur




<https://youtu.be/L9zjyyV6e6I>

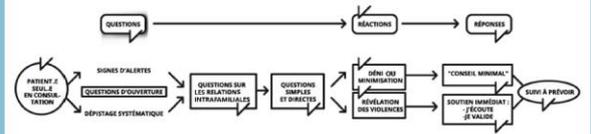
OUTIL N° 2 : COMMENT INTERVENIR ?

declicviolence.fr :

Aide à la prise en charge des
personnes victimes de violences en
médecine générale



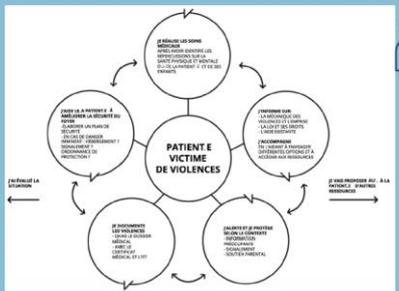
OUTIL N° 2 : COMMENT INTERVENIR ?




OUTIL N° 2 : COMMENT INTERVENIR ?




OUTIL N° 2 : COMMENT INTERVENIR ?


OUTIL N°3 : NUMÉROS UTILES

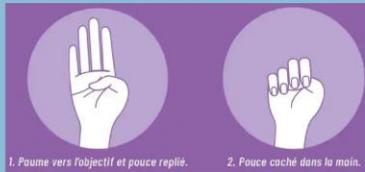
Vous trouverez en pièce jointe à ce mail, un document au format PDF résumant en une feuille A4 les professionnels "ressources" de votre secteur que le/a patient/e ou vous-même pourrez contacter pour la suite de la prise en charge.



OUTIL N°3 : NUMÉROS UTILES

VIOLENCES INTRAFAMILIALES		NUMÉROS NATIONAUX	EN CAS D'URGENCE
<p>LES NUMÉROS UTILES POUR DEMANDER DE LAIDE</p> <p>SERVICE VICT AID 05.56.01.28.69 Accompagnement juridique, psychologique, social</p> <p>Association CIDFF 05.57.51.93.92 Centres d'information sur le droit des femmes et des familles</p>	<p>CHU BORDEAUX PELLEGRIN Unité Médico-Judiciaire 05.56.79.87.77</p> <p>Union du Département des Solidarités - Bordeaux Bastide 05.57.59.04.50 www.unionsolidarites.com</p> <p>Commissariat de Police de Bordeaux Bastide 05.40.12.15.33 Départ de Police</p>	<p>3919 - VIOLENCES FEMMES DÉPÔ</p> <p>116 006 NUMÉRI D'AIDE AUX VICTIMES</p> <p>119 SERVICE NATIONAL D'ACCUEIL TELEPHONIQUE POUR L'ENFANCE EN DANGER</p> <p>115 HÉBERGEMENT D'URGENCE</p>	<p>17 POLICE SECOURS</p> <p>15 SAMU</p> <p>18 SAPEURS-POMPIERS</p> <p>112 N° D'APPEL D'URGENCE EUROPÉEN</p> <p>114 N° D'URGENCE NATIONAL POUR LES TOUS TOUS ET TOUTES POUR LES PERSONNES AVEC DES DIFFICULTÉS À ENTENDRE OU À PARLER</p>

J'attire tout particulièrement votre attention sur le signe que peut réaliser toute personne victime de violences si elle est dans l'incapacité de l'exprimer de vive voix (auteur des violences à proximité par exemple)



Merci de l'intérêt que vous portez à cette étude.

N'hésitez pas à me contacter par mail pour toute remarque :

depistage.violences.if.33@gmail.com



EMMA BEROLLE



Annexe 8 : Fiche annuaire pour le secteur Ambarès-et-Lagrave.

(autres fiches annuaires créées pour les secteurs : Blaye, Bordeaux Bastide, Cadillac, Cenon , Coutras, Créon, Floirac, La Réole, Libourne, Lormont, Saint-André-de-Cubzac et Sainte-Foy-la-Grande)



VIOLENCES INTRAFAMILIALES

LES NUMÉROS UTILES
POUR DEMANDER DE LAIDE

 SERVICE VICT' AID 05.56.01.28.69 Accompagnement juridique, psychologique, social	 CHU BORDEAUX PELLEGRIN Unité Médico-Judiciaire 05.56.79.87.77 Constatation des lésions
 Association CIDFF 05.57.51.93.92 Centre d'informations sur le droit des femmes et des familles	 Maison du Département des Solidarités - Ambarès et Lagrave 05.56.06.00.70 Accompagnement social/Enfants
	 Gendarmerie de Ambarès et Lagrave 05.57.77.32.10 Dépôt de plainte

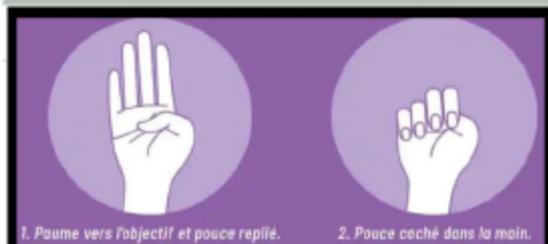
NUMÉROS NATIONAUX

3919 « VIOLENCES FEMMES INFO »

116 006
NUMERO D'AIDE AUX VICTIMES

119 SERVICE NATIONAL D'ACCUEIL
TÉLÉPHONIQUE POUR L'ENFANCE
EN DANGER

115 HÉBERGEMENT D'URGENCE



EN CAS D'URGENCE

17 POLICE SECOURS

15 SAMU

18 SAPEURS-POMPIERS

112 N° D'APPEL D'URGENCE
EUROPÉEN

114 N° D'URGENCE NATIONAL
PAR SMS, VISIO, TCHAT OU FAX
POUR LES PERSONNES AVEC
DES DIFFICULTÉS À ENTENDRE
OU À PARLER

*Faites ce signe pendant
un appel vidéo pour
demander de l'aide sans
laisser de trace numérique.*

Annexe 9 : Notice d'information à destination des médecins généralistes participant à l'étude



Département
de médecine générale

NOTICE D'INFORMATION

Emma BEROULLE interne de médecine générale + Dr ~~Tjoncke~~ Julie-Anne Médecin Légiste
(Directrice de Thèse)

Les finalités du traitement auxquelles sont destinées les données à caractère personnel ainsi que la base juridique du traitement : recherche dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

La durée de conservation des données ou, lorsque ce n'est pas possible, les critères utilisés pour déterminer cette durée : jusqu'à la présentation orale de la thèse de médecine générale

Les médecins généralistes participant à l'étude peuvent demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la limitation des informations figurant dans ce traitement.

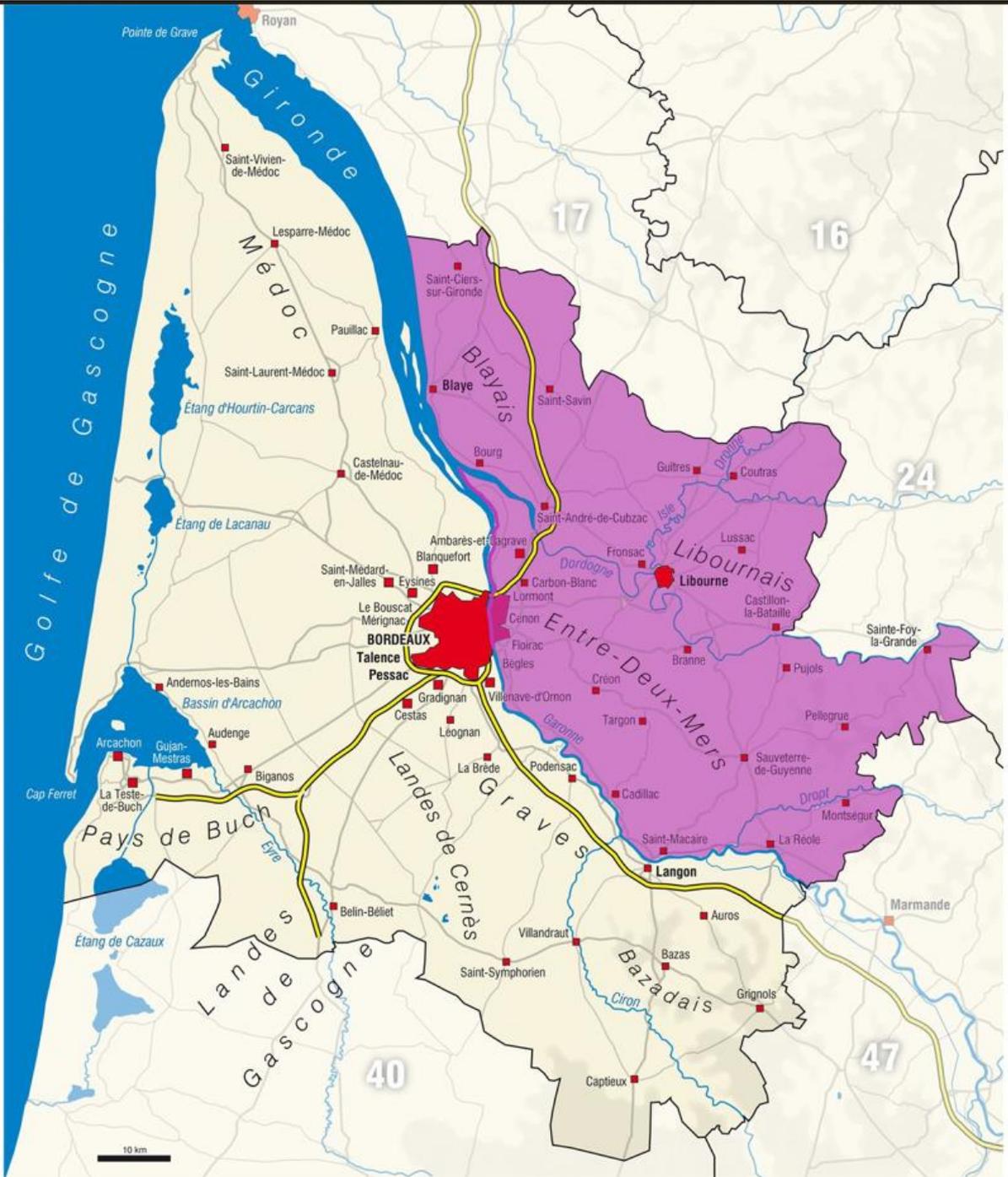
Les médecins généralistes participant à l'étude peuvent s'opposer à la collecte d'informations,

Les médecins généralistes participant à l'étude peuvent également récupérer des données fournies à un responsable de traitement pour les transmettre à un autre responsable de traitement

Les médecins généralistes participant à l'étude peuvent retirer leur consentement à la collecte des données à tout moment

Les médecins généralistes participant à l'étude sont en droit de saisir la CNIL

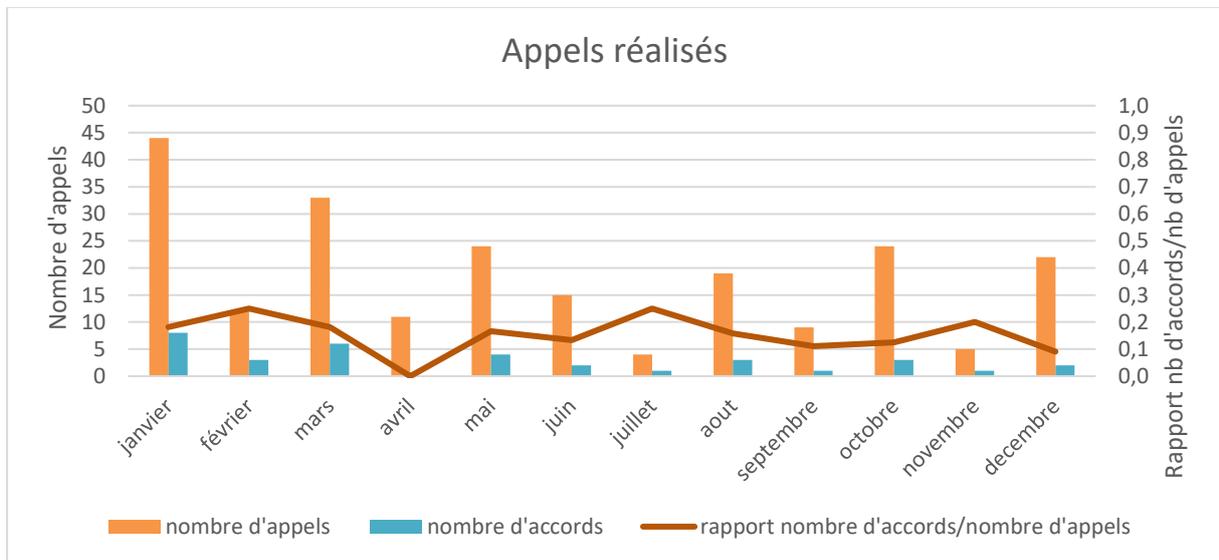
Annexe 10 : Secteur géographique Est-Gironde



Annexe 11 : Caractéristiques des médecins généralistes recensé·e·s sur le secteur de l'Est Gironde

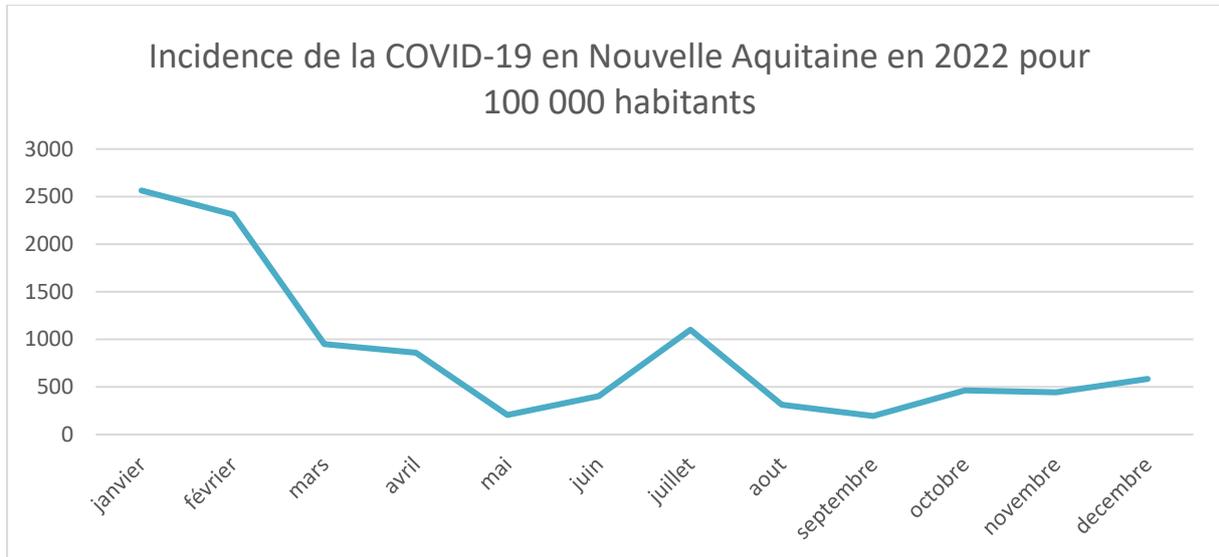
	Médecins généralistes du secteur (n = 650)	%	Médecins généralistes libéraux·ales du secteur (n = 479)	%	Médecins appelé·e·s (n = 192)	%
- Genre						
Masculin	376	58	297	62	122	63,54
Féminin	261	40	176	36,74	70	36,46
NA	13	2	6	1,25	0	0
- Type d'exercice						
Cabinet Pluriprofessionnel	NA		97	20,25	29	15,10
Cabinet Médical	NA		277	57,83	134	69,79
Seul	NA		104	21,71	29	15,10
NA			1	0,2	0	0
- Maître de stage des universités	79	12	76	15,8	38	19,79

Annexe 12 : Graphique 1 : Nombre d'appels réalisés et nombre d'accords de participation à l'étude recueillis au cours de l'année 2022.



Annexe 13 : Graphique 2 : Incidence de la COVID-19 en Nouvelle Aquitaine en 2022 pour 100 000 habitants

Données publiées par Santé Publique France, accessibles sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>



Annexe 14 : Caractéristiques des médecins ayant refusé de participer à notre étude

	n = 11	%
- Genre		
Masculin	7	64
Féminin	4	36
- Type d'exercice		
Cabinet Pluriprofessionnel	2	18
Cabinet Médical	5	45
Seul	4	36
- Maître de stage des universités	1	9
- Formation complémentaire/DU	3	27
Domaine des violences	0	0

SERMENT MEDICAL

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 leurs 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 sont 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 ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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.

Résumé :

Introduction : En Gironde, près de 4000 adultes par an sont victimes de coups et blessures volontaires dans le cadre familial. Les médecins généralistes sont généralement leurs premier·ère·s interlocuteur·rice·s.

Objectif : Etat des lieux et comparaison des pratiques des médecins généralistes libéraux en Est-Gironde pour dépister les violences intrafamiliales chez les adultes.

Méthode : Les données ont été recueillies par entretiens téléphoniques réalisés entre janvier et décembre 2022 auprès de 33 médecins généralistes en Est-Gironde exerçant en secteur libéral. Un questionnaire standardisé a été utilisé pour étudier la fréquence et le type de dépistage réalisé ainsi que les critères retenus pour identifier les victimes.

Résultats : Plus de 70 % des médecins de notre étude rapportent un dépistage des violences intrafamiliales. Parmi eux, seulement 20 % choisissent le dépistage systématique comme recommandé. La majorité des médecins interrogés pratiquent donc un dépistage ciblé des violences intrafamiliales sur des critères précis et sous-estiment le nombre de victimes au sein de leur patientèle. Avoir une formation dans ce domaine est en faveur d'un dépistage systématique.

Conclusion : Le dépistage systématique des violences intrafamiliales chez les adultes peine à s'imposer chez les médecins généralistes de l'Est-Gironde au profit d'un dépistage ciblé sur certains critères. Des actions de sensibilisation, une amélioration des formations initiales et continues sur les violences, et des supports d'accompagnement personnalisés sont nécessaires pour mieux diagnostiquer et prendre en charge les victimes. De nouveaux travaux sont nécessaires pour confirmer et extrapoler ces résultats.

Mots clés : Violences intrafamiliales, Dépistage, Médecins généralistes

Abstract

Introduction : In Gironde, France, domestic violence affects approximately 4000 adults annually. General practitioners are the first point of contact for violence victims.

Aim : Assess the practices of general practitioners with private practice in East Gironde with regard to the screening of domestic violence in adult population.

Method : Data were collected through telephone interviews with 33 general practitioners with private practice in East-Gironde between January and December 2022. The interviews were conducted using a standardized questionnaire that covered topics such as the frequency and types of screening for domestic violence and criteria used for identifying victims.

Results : In our study, more than 70% of general practitioners report a domestic violence screening. Among them, only 20 % choose a systematic screening according to guidelines. The vast majority of interviewed doctors did a targeted screening of domestic violence with specific criteria and underestimated the number of victims among their patients. An appropriate training is in favor of a systematic screening.

Conclusion : Systematic violence screening is not yet a routine practice for general practitioners with private practice in East-Gironde : targeted screening with specific criteria is the preferred approach. Awareness actions, better training about violences and personalized assistance tools are needed to improve diagnosis and victim care. Future studies are needed to confirm and extrapolate these results.

Key Words : Domestic violences, Screening, General Practitioners

Discipline : Médecine Générale

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES, Université de Bordeaux, Sciences de la Santé, 146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX CEDEX
