



**HAL**  
open science

# Élaboration et évaluation d'une formation au dépistage des violences conjugales, centrée sur les freins et à destination des médecins généralistes

Antoine Guernion

## ► To cite this version:

Antoine Guernion. Élaboration et évaluation d'une formation au dépistage des violences conjugales, centrée sur les freins et à destination des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03869497

**HAL Id: dumas-03869497**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03869497>**

Submitted on 15 Dec 2022

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike| 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Antoine GUERNION**

Le 20 octobre 2022

**ELABORATION ET EVALUATION D'UNE FORMATION AU DEPISTAGE  
DES VIOLENCES CONJUGALES, CENTREE SUR LES FREINS ET A  
DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES.**

Directrice de thèse : Docteur Catherine MODRIN

**JURY**

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Docteur Claudine GRAS-AYGON

Docteur Catherine MODRIN

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Antoine GUERNION**

Le 20 octobre 2022

**ELABORATION ET EVALUATION D'UNE FORMATION AU DEPISTAGE  
DES VIOLENCES CONJUGALES, CENTREE SUR LES FREINS ET A  
DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES.**

Directrice de thèse : Docteur Catherine MODRIN

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Docteur Claudine GRAS-AYGON

Docteur Catherine MODRIN



**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT J.Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE J-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-M Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX J-Louis	RAMUZ Michel
BALMES J-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES M.	ROUANET DE VIGNE Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS J-Marie	GUILHOU J-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUI TER Pierre	MICHEL F-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON Bernard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISI ER Jean Pierre

**Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude	GROLLEAU RAOUX Robert	MAURY Michèle
BLANC François	GUERRIER Bernard	MILLAT Bertrand
BONAFE Alain	GUILLOT Bernard	PREFAUT Christian
BOULENGER J-Philippe	JONQUET Olivier	PUJOL Rémy
BOURREL Gérard	LANDAIS Paul	RIBSTEIN Jean
BRINGER Jacques	LARREY Dominique	SCHVED Jean-François
CLAUSTRES Mireille	LE QUELLEC Alain	SULTAN Charles
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges	TOUCHON Jacques
DAUZAT Michel	MARES Pierre	UZIEL Alain
DAVY Jean-Marc	MAUDELONDE Thierry	VOISIN Michel

DEDET Jean-Pierre                      MESSNER Patrick                      ZANCA Michel  
ELEDJAM Jean-Jacques              MONNIER Louis

### **Docteurs Emérites**

PRAT Dominique                              PUJOL Joseph

### **Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **PU-PH de classe exceptionnelle**

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Éric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE J-E	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,

addictologie	
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX G-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

### **PU-PH de 1re classe**

AGUILAR M. Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie – vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN P.	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-B. Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE J-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-G Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-O Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques

TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Héléne	Radiologie et imagerie médicale
<b>PU-PH de 2ème classe</b>	
BOURGIER Céline	Cancérologie ; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE D.	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO P.E	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE D. Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
IMMEDIATO D. Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC D. M.	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ C. Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de C. Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)



POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

COLINGE Jacques	Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila	Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent	Sociologie, démographie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

LAMBERT Philippe  
AMOUYAL Michel

### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard  
DAVID Michel  
GARCIA Marc  
BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)  
MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)  
MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)  
PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)  
QUANTIN Xavier (Pneumologie)  
ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

## **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

### **MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel**

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### **MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-R. Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-P. Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-B. Muriel	Hématologie ; transfusion

### **MCU-PH de 1re classe**

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-B Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE F-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-R Céline	Immunologie

### **MCU-PH de 2ème classe**

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie

GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

### **Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

#### **MCU-MG de 1re classe**

COSTA David  
OUDE ENGBERINK Agnès

#### **MCU-MG de 2ème classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice  
CARBONNEL François

### **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

CAMPAGNAC Jérôme  
LOPEZ Antonio  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SERAYET Philippe

### **Maitres de Conférences des Universités**

#### **Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Éric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

#### **Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

### **Praticiens Hospitaliers Universitaires**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND R.	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE F-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

### **PH chargés d'enseignements**

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-D Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER B. Sophie	D.L.T Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de P. Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-R Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO C.	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis

BENEZECH J-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-M J.	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-A. Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe
MORAU Estelle	QUANTIN Xavier	SEGURET Fabienne	
MOSER Camille	RAFFARD Laurence	SENESE Pierre	
MOUSTY Eve	RAPIDO Francesca	SKALLI El Medhi	
MOUTERDE Gaël	RIBRAULT Alice	SOLA Christelle	
PANSARD Nicole	RICHAUD-M Brigitte	SOULLIER Camille	
PERNIN Vincent	RIDOLFO Jérôme	STOEBNER DELBARRE Anne	
PERRIGAULT P.F.	RIPART Sylvie	TEOT Luc	
PEYRON P-A	RONGIERES Michel	THIRION Marina	
PICARD Éric	ROULET Agnès	VACHIERY-LAHAYE Florence	
PICOT Marie Christine	RUBENOVITCH Josh	VERNES Éric	
PIERONI Laurence	SANTONI Fannie	VINCENT Laure	
POQUET Hélène	SASSO Milène	ZERKOWSKI Laetitia	
WAGNER Laurent	SCHULDINER Sophie		
PUJOL Sarah-Lise	PUPIER Florence		

# Remerciements

---

*Les remerciements sont toujours une torture pour qui les écrit et une déception pour qui les lit. Le contexte de la thèse limite les épanchements. Le meilleur moyen d'y remédier reste encore le verre que l'on partagera ensemble ce soir, j'espère.*

Au Pr Michel AMOUYAL, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de mon respect, et de mon soutien face à cette vague hivernale de thèses à lire.

A la Dr GRAS-AYGON Claudine, merci pour ton aide dans ce travail, pour tes loongues soirées de relecture (encore désolé !), et merci aussi pour les focaccias du midi.

A la Dr MODRIN Catherine, merci pour ta gentillesse, ton intelligence, et ta pratique en général. C'est mon passage dans ton cabinet qui m'a donné l'idée de cette thèse, il était logique que tu en deviennes la directrice.

Aux médecins qui ont participé à cette thèse, merci pour votre temps dans cette période pourtant déjà bien chargée. Merci en particulier à la Dr BOSA-ARNAL et à toute l'équipe du cabinet de Bezouce. Sans votre bienveillance, je n'aurais jamais eu la motivation de continuer ce projet.

Aux Drs LERMOYER Jérémy, PLASSARD Adrien, et à la Dr CHATOT Virginie, merci de m'avoir encouragé, soutenu, appris beaucoup, nourri davantage, pendant mon passage dans vos cabinets. Si vous pouviez les transférer dans les Cévennes, ce serait l'idéal. A défaut, je m'en inspirerai pour en créer un là-bas qui me rappellera un peu les vôtres.

A toute l'équipe du cabinet de Nébian : Arnaud, Camille, Françoise, Graëme, Isa, Joëlle, Sabine(s), Sylvie, Valérie. Merci de m'avoir permis de me former à vos côtés. J'espère garder de vous votre bienveillance, votre enthousiasme et votre professionnalisme.

A ma mère surtout, à Morgane, Emmanuel, Éric, Margaux, mes grands-parents, oncles et tantes et ma famille en général. Je n'arrive pas à trouver les mots pour exprimer tout ce que vous m'avez apporté pendant toutes ces années. Toutes les formules que je trouve ne sont pas à la hauteur D'ailleurs, je ne suis pas très doué pour ces choses-là. Alors, je laisse l'espace blanc, et je le remplirai quand j'en serai digne : .....

A la famille Dornadic : Guylaine, Jean-Yves et toute la famille en général. Merci pour votre accueil qu'il faudra que je vous paye à l'occasion par une préparation fromagère digne de ce nom.

A Lucas, merci. Les samedis après-midi restent les moments les plus authentiques que j'ai vécus. Vivement ton installation à Montpellier pour les ressusciter.

A mes amis de lycée, Joseph, Orlane, Morgan, Cécile... Je vous le dis maintenant, c'est grâce à vous que j'ai découvert l'amitié. Vous serez toujours pour moi des repères, même à distance.

Aux rennais, merci pour votre...amitié. C'est idiot, mais c'est le mot. Sans ce groupe autour de moi, ça n'aurait pas valu le coup de continuer. Merci Daniel pour ce pacte qui plus d'une fois nous a sauvé la vie, merci Yoann, Claire, Massimo, Florence, Cédric, Hélène, Maxime, Ambre, Antoine, Adrien, Alice, Gwenn, Marion, Simon, Fred, et tous les autres !

A mes amis montpelliérains. Au 2, rue de Lyon, duquel, étonnamment, je garde beaucoup de souvenirs. A Lauren, Laura, Elsa, KC, que tous vos projets futurs se montent avec moi dans un coin de l'image. A Maël, merci pour ta relecture !

A mes co-internes, merci pour votre bonne humeur. Merci Stéphanie pour ton carnet qui a été notre guide dans les tempêtes, et qui nous a évité bien des gagouilles. Merci Antoine le petit et Marion, j'espère qu'on se reverra !

A Morgan. Tu te plains que je ne parle pas beaucoup, eh bien ça n'est pas plus simple par écrit. Je ferai un constat plus qu'une promesse : avec ou sans voiture, avec ou sans maison, avec ou sans temps libre (quand même avec), ma meilleure vie ce sera avec toi.

A toi, enfin, qui parcours désespérément la liste des remerciements sans y trouver ton nom. Tu crois vraiment que j'aurais pu t'oublier ? Je te gardais la meilleure place. Merci pour ce que nous avons vécu ensemble, pour ce que nous nous sommes dit, j'espère qu'on pourra encore vivre et se dire bien des choses encore.

A toi, qui n'as pas osé supposer que ce dernier paragraphe était pour toi. Si si.

## Liste des abréviations utilisées

---

**AANP** : American Academy of Nurse Practitioners (États-Unis d'Amérique)

**ACOG** : American College of Obstetricians and Gynecologists (Etats-Unis d'Amérique)

**AMA** : American Medical Association (États-Unis d'Amérique)

**AVDR** : Asking, Validating, Documenting, Referring

**DGCS** : Direction Générale de la Cohésion Sociale

**ECN** : Examen Classant National

**ENVEFF** : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

**ESPT** : État de Stress Post-Traumatique

**FMC** : Formation Médicale Continue

**FNACAV** : Fédération Nationale des Associations et Centres de prise en charge des Auteurs de Violences conjugales et familiales

**HAS** : Haute Autorité de Santé



**HITS** : Hit, Injury, Threaten, Scare

**HTA** : HyperTension Artérielle

**ITT** : Incapacité Totale de Travail

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**MIPROF** : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes

**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire

**MST** : Maladies Sexuellement Transmissibles

**NICE** : National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni)

**OPP** : Ordonnance de protection

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PACS** : PActe Civil de Solidarité

**RCIU** : Retard de Croissance Intra-Utérin

**SNC** : Système Nerveux Central

**SSMG** : Société Scientifique de Médecine Générale (Belgique)

**TCC** : Thérapie Cognitivo-Comportementale

**WAST** : Woman Abuse Screening Tool

**WEB** : Women's Experience with Battering scale

# Table des matières

---

Remerciements .....	12
Liste des abréviations utilisées.....	14
Table des matières .....	17
I- Données de la littérature .....	20
A) Généralités.....	20
1- Définition et origines de la violence conjugale .....	20
2- Données chiffrées : dans le monde, en France, au cabinet .....	26
3- Législation française.....	29
B) Intérêts partagés du dépistage des violences conjugales par le médecin généraliste.....	34
1- Pour la femme victime .....	34
2- Pour le médecin .....	37
3- Pour la société.....	41
4- Pour le conjoint ? .....	42
C) Le dépistage des violences conjugales en 2020.....	43
1- La théorie des recommandations, la pratique du cabinet .....	43
2- Freins au dépistage exprimés par les médecins.....	48
II- Elaboration d'une formation au dépistage des violences conjugales, centrée sur les freins exprimés par les médecins généralistes.....	53
A) Deux pré-requis : le changement de paradigme et le modèle de Prochaska et DiClemente.....	53
1- Changement de paradigme.....	53
2- Modèle de la motivation au changement de Prochaska et Diclemente .....	57
B) Résolution des freins au dépistage .....	66
1- Manque de formation .....	66
2- Manque de temps.....	68
3- Méconnaissance du réseau.....	73
4- Appréhension de la réaction de la patiente.....	74
5- Autres freins rapportés par les médecins .....	75
C) Bonnes pratiques du dépistage, et conduite à tenir en cas de dépistage positif .....	77
1- Le dépistage .....	77
2- En cas de révélation positive.....	78
D) Comparaison aux formations étudiées antérieurement .....	85
1- Retour à la base-line dans l'année .....	85
2- Ancrage du dépistage à la pratique, et construction de l'outil ABCDE .....	86
E) Plan final de la formation .....	90
III- Evaluation de la formation auprès de médecins généralistes .....	94

A) Matériel et méthode.....	94
B) Résultats.....	98
1- Evolution de la proportion de dépistage globale.....	101
2- Evolution de la proportion de dépistage récent. ....	101
3- Evolution de l'auto-évaluation des freins au dépistage.....	102
IV- Discussion .....	105
A) Discussion sur l'élaboration de la formation .....	105
1- Points forts de la formation .....	105
2- Points faibles de la formation .....	106
B) Discussion sur l'évaluation de la formation.....	106
1- Discussion des résultats .....	106
2- Points forts de l'évaluation .....	107
3- Points faibles de l'évaluation .....	108
Conclusion .....	110
Bibliographie : .....	112
Annexes.....	120
Serment d'Hippocrate.....	126

La question des violences conjugales n'a peut-être jamais été autant d'actualité dans le monde médical. La vague de libération de la parole (« Me Too »), puis l'appropriation de la question par les pouvoirs publics à l'occasion des différents confinements secondaires à la pandémie COVID-19 y ont sans doute contribué.

Pourtant, nous avons cru constater un franc décalage entre la place de la question des violences conjugales dans le débat public, et la réalité de son abord en pratique de médecine générale. Il nous a semblé que la recherche de faits de violences domestiques en général, et envers le ou la partenaire en particulier, restait malgré tout exceptionnelle au cabinet. Et pourtant, disposer de cette information dans le dossier médical permettrait une prise en charge plus adaptée d'un ou d'une patiente consultant pour bon nombres de motifs, à première vue sans lien direct avec de tels faits.

Dès lors, il nous a paru intéressant d'élaborer un travail de thèse visant à l'amélioration des pratiques de dépistage de faits de violence conjugale en médecine générale. Pour ce faire, il nous a fallu commencer par éplucher la littérature afin de développer nos connaissances sur le sujet (bien faibles, faute d'enseignement obligatoire lors du cursus universitaire). Ensuite, nous avons cherché à comprendre les raisons du différentiel entre pratique réelle des médecins et pratique encouragée par les institutions. Cette recherche préalable nous a permis de créer une nouvelle formation au dépistage, à destination des médecins généralistes, puis de l'évaluer pour juger de son efficacité.

De façon parallèle, nous allons ici retranscrire dans un premier temps les données issues de notre recherche documentaire et qui ont servi de socle à l'élaboration de notre formation. Dans un deuxième temps, nous décrirons notre méthode de développement de celle-ci, et nous terminerons par les résultats de son évaluation.

# I- Données de la littérature

---

## A) Généralités

### 1- Définition et origines de la violence conjugale

#### *a) Définition et cadre*

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les violences conjugales comme « *tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination* » (1). Il s'agit d'une définition assez complète, qui prend bien en compte les différentes formes de violence conjugale. En effet, en plus de la notion de sévices physiques, sexuels et psychologiques, le champ ouvert des « autres actes de domination » peut admettre leurs formes moins connues du grand public, à savoir la violence dite « économique » (dépendance financière mise en place et/ou entretenue par le conjoint) ou encore la violence « administrative » (maintenir volontairement la femme sous un statut de clandestinité, confisquer ses papiers officiels, etc. dans l'objectif de limiter son autonomie) (2).

Le spectre des violences conjugales (ou « violences domestiques », « sévices conjugaux ») n'est donc pas limité à l'image d'Épinal de la femme « battue » par son mari, détectable par le système de soins à l'occasion de la prise en charge de complications traumatiques des coups reçus. Les abus peuvent prendre un caractère plus subtil, et par là-même plus insidieux : dénigrement permanent, menace de violences physiques ou d'homicide, viol entre époux, refus d'accès à un emploi, au système de soin, etc. Les violences ne sont donc pas toutes visibles sur la peau, et peuvent facilement échapper au regard extérieur.

Cette définition a aussi l'avantage de préciser que la violence conjugale concerne les relations amoureuses actuelles et passées. Cela induit que des violences perpétrées par un ex-conjoint ou un conjoint actuel ont la même signification sociale, et par ailleurs, en France, la même signification juridique. Il en découle qu'une personne peut être la victime de plusieurs agresseurs simultanés (ex-conjoint(s) et/ou conjoint(s) actuel(s)). Il en va de même pour l'agresseur, qui peut maltraiter plusieurs femmes de façon concomitante.

La violence domestique concerne évidemment les relations homo- et hétérosexuelles. Ainsi, il existe 4 schémas possibles de couples agresseur-victime : homme-homme, femme-femme, femme-homme et homme-femme. Toutefois, c'est au sein des couples hétérosexuels, et de l'homme vers la femme, que s'exerce l'immense majorité des cas de violences conjugales et leurs formes les plus sévères. Les données sur les ménages homosexuels sont encore relativement peu nombreuses et une base plus fournie de recherches épidémiologiques est nécessaire (3).

Aussi, dans la suite de ce travail et hors mention contraire, nous nous pencherons exclusivement sur la situation de **femmes victimes de sévices par un conjoint ou ex-conjoint masculin** au sein d'une relation hétérosexuelle actuelle ou passée.

La violence conjugale est à distinguer du **conflit conjugal** (ou conjugopathie) qui, de la même manière, peut se manifester comme une tension dans le couple, laquelle débouche ou non sur des violences. La différence fondamentale en comparaison des violences conjugales est l'absence d'un rapport de force d'un individu sur l'autre. Il n'y a pas de domination ni d'emprise et le conflit s'exprime dans un rapport égalitaire (4). On parle de conflit avec **relation équilibrée**. D'un point de vue extérieur à la relation, il est parfois difficile de statuer sur le respect ou non de cet équilibre des forces.

### *b) Origine, facteurs de risque et facteurs précipitant la violence conjugale*

Les sévices envers le conjoint forment un problème de société, mais aussi de santé publique, qui n'est considéré comme tel que depuis les années 1980 environ. Auparavant, il était étouffé, banalisé, considéré comme relevant de la sphère privée, souvent même légitimé par l'opinion publique (5). C'est pourquoi, la plupart des études s'intéressant à l'étiologie des violences sont d'élaboration relativement récente dans l'histoire de la science en général (que ce soit dans le domaine de la médecine ou dans celui de la psychologie).

Une constatation est nécessaire en premier lieu : la violence domestique n'épargne aucune catégorie sociale, aucune tranche d'âge, aucune culture. Il est fondamental de déconstruire l'image populaire des violences conjugales : le couple, de milieu socio-culturel défavorisé, avec une femme dépressive et un homme en proie à une ou plusieurs addictions (6). Il n'y a pas de profil-type ni de l'assaillant ni de la victime.

Il est vrai cependant que certains éléments favorisent l'émergence de la violence. Celle-ci survient alors du fait de l'intrication de facteurs individuels, communautaires et sociétaux.

Cependant, chacun d'entre eux n'est **ni nécessaire ni suffisant** pour expliquer l'apparition d'une situation de violence. Nous allons les passer en revue brièvement.

D'un point de vue sociétal en premier lieu, une société basée sur le patriarcat avec des normes sociales inégalitaires selon le sexe individuel forme clairement le lit de violences à l'encontre des femmes, et donc particulièrement des violences envers la partenaire (7). Il s'agit finalement d'une caractéristique culturelle partagée dans l'immense majorité des milieux de vie à travers le monde, dont notre culture occidentale. Par ailleurs, un environnement lui-même violent (régime politique autoritaire, conflit armé ouvert, terrorisme...) peut accentuer cet impact. Cette dernière donnée nous fournit un élément de réponse à la question des disparités mondiales de la prévalence de la violence conjugale (voir ci-après).

A l'échelle individuelle, que l'on considère l'auteur ou de la victime, plusieurs facteurs de risque et facteurs précipitant la violence ont été isolés par le biais d'études épidémiologiques (**tableau 1**).

*Tableau 1 : Facteurs de risque, facteurs précipitant et facteurs protecteurs des violences conjugales*

		<b>Auteur</b>	<b>Victime</b>	<b>Couple</b>
<b>Facteurs de risque</b>	Socio-économiques	Faible niveau d'instruction (1)	Faible niveau d'instruction (1)	Faibles revenus (8)
		Faibles revenus (9)		
		Chômage et pas de recherche active d'emploi <sup>1</sup> (6)	Chômage <sup>2</sup> (11)	
	Personnels	Exposition dans l'enfance à la violence (1)	Exposition dans l'enfance à la violence (1)	Alcool ou drogue dans la sphère familiale (8)

<sup>1</sup> Facteur de risque/ facteur précipitant le féminicide spécifiquement.

<sup>2</sup> Les données de la littérature sont contradictoires sur le lien entre chômage de la victime et violences conjugales (10). Il semblerait surtout que ce soit l'isolement social induit par le chômage qui exposerait la victime à un sur-risque de violences.



		Maltraitance dans l'enfance (1)	Maltraitance dans l'enfance (1,12)	
		Comportement coercitif <sup>3</sup> (11)	Age jeune (6,9)	
		Usage de drogues <sup>4</sup> (9)	Usage de drogues (9,13)	
	Médico-psychologiques	Personnalité antisociale (1)	Trouble dépressif (dont dépression du post-partum) (8,9,13,14)	
			Trouble anxieux (8,9)	
			Faible estime de soi (9)	
			État de stress post-traumatique (ESPT) (14)	
	Autres	Menace antérieure de féminicide <sup>3</sup> (11)		
<b>Facteurs précipitant</b>		Accès à une arme <sup>3</sup> (11)		Grossesse (15,16)
				Dispute (17)

<sup>3</sup>Facteur de risque/précipitant/protecteur de féminicide spécifiquement.

<sup>4</sup>Les données de la littérature sont contradictoires sur le lien entre usage d'alcool et de cannabis et violences conjugales.

				Séparation <sup>3,5</sup> (11,17,18)
<b>Facteurs protecteurs</b>		Arrestation antérieure pour violences envers une partenaire <sup>3</sup> (11)	Prise en charge en thérapie cognitivo-comportementale (TCC) d'une dépression ou d'un ESPT en contexte d'antécédent de violences (14)	Mariage (9)

Ainsi, l'émergence de sévices envers la compagne n'est pas conditionnée à un élément en particulier, mais plutôt à la coexistence de facteurs de vulnérabilité qui, conjointement, vont créer les conditions nécessaires à l'expression du comportement violent.

Si nous venons de voir comment la violence apparaît, quels mécanismes se mettent en place pour qu'elle puisse persister ?

On admet aujourd'hui que le maintien des violences répond à une **logique circulaire**, décrite par Leonor Walker à la fin du siècle dernier (19), que l'on représente souvent sous la forme d'un schéma de ce type (**figure 1**) :

---

<sup>5</sup>65 à 75% des féminicides seraient perpétrés dans les environs d'une rupture (18).

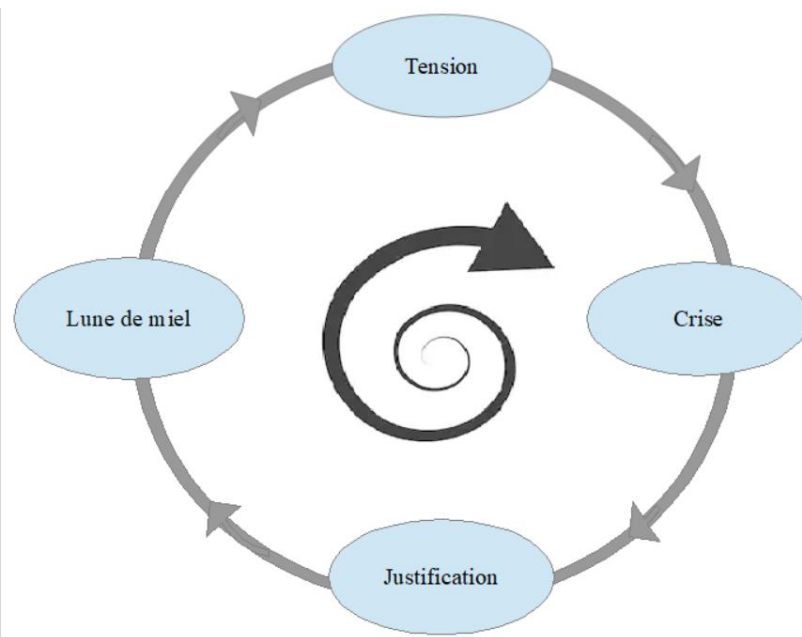


Figure 1 : Le cycle de la violence

Phase 1, Tension : Le partenaire violent installe un climat d'angoisse avec message (adressé consciemment ou non) à la victime d'une menace imminente. L'homme assoit insidieusement sa domination. Cela peut se manifester entre autres par une irritabilité, une mauvaise humeur, un contact froid, éventuellement des intimidations...

Phase 2, Crise : Résolution de la phase de tension par l'apparition des violences proprement dites : coups, insultes, menaces, violences sexuelles... C'est fréquemment à l'issue de cette phase que les femmes sont le plus en demande d'aide extérieure.

Phase 3, Justification : Après la crise, le conjoint violent va mettre en œuvre des techniques diverses pour se dédouaner de ce passage à l'acte, et invoquer le pardon de la victime. Il s'agit souvent alors de reporter la faute sur celle-ci (« tu m'as provoqué »), sur des circonstances extérieures (« c'est le stress du travail »). Il peut aussi s'agir de minimiser (« je ne t'ai même pas fait mal ») voire de nier les violences exercées.

Phase 4, Lune de miel : Afin de parer au maximum aux conséquences négatives des violences exercées (rupture, conséquences judiciaires...), le conjoint violent va radicalement changer de comportement et se montrer prévenant, chaleureux envers sa conjointe. Il peut aussi faire la promesse d'un changement de comportement, d'un arrêt des violences... Cette phase est particulièrement perverse puisque la victime se laisse bien souvent abuser par les changements de comportement transitoirement mis en place et/ou promis. Cela explique alors l'ambivalence des victimes qui auraient entrepris des démarches de changement à l'issue d'une phase de crise (dépôt

de plainte, fuite du domicile conjugal...) puis se rétracteraient devant les promesses de la phase de lune de miel (« Non, mais cette fois c'était la dernière », « il m'a promis qu'il ferait des efforts », « il arrête l'alcool » ...). Toutefois, cette étape débouche quasi-inexorablement et à plus ou moins long terme vers une nouvelle phase de tension et la répétition des cycles.

Avec le temps : Plus les violences s'installent dans le temps, plus le partenaire violent resserre son emprise sur la victime. Cela se manifeste par une accélération des cycles, une disparition progressive de la phase de lune de miel et une accentuation de l'intensité des violences exercées. **Plus la violence s'installe, plus elle s'intensifie et moins la femme a de leviers pour se protéger.**

## 2- Données chiffrées : dans le monde, en France, au cabinet

### *a) Dans le monde*

La violence conjugale est un trouble sanitaire de diffusion mondiale : aucune région du globe, aucune population n'est épargnée.

Il existe cependant des obstacles à la détermination de la prévalence exacte des abus domestiques à travers le monde : multiplicité des définitions, hétérogénéité des normes culturelles, biais de recrutement lors des enquêtes...

Selon l'OMS (1), à l'échelle mondiale, **30%** des femmes ayant déjà eu une relation de couple rapportent au moins **un antécédent de violence par le partenaire**. Il existe cependant quelques disparités territoriales avec une prévalence plus importante dans les régions d'Asie du Sud-Est et du Moyen-Orient. Les pays industrialisés seraient moins touchés. Un climat politique et social insécuritaire pourrait expliquer ces différences, comme vu plus haut. Cependant, les publications états-uniennes rapportent des chiffres voisins de celui de 30% (20,21).

### *b) En France*

Il a fallu attendre le XXI<sup>ème</sup> siècle pour obtenir, sous l'impulsion des recommandations de la Conférence Internationale de la Femme de 1995, les premiers chiffres officiels français. Ces résultats sont parus, en 2000, dans le compte-rendu de l'Enquête Nationale des Violences Envers

les Femmes en France (ENVEFF) (6). Il s'agissait d'une enquête téléphonique menée auprès d'un peu moins de 7.000 femmes et s'étalant sur une période de 5 mois. Il en ressort le chiffre largement diffusé depuis de **9,5%** des femmes en couple au moment de l'enquête **victimines de violences conjugales** actives (considérées comme telles si perpétrées dans les 12 mois précédents) : 7,3% de « harcèlement moral », 1,6% de menaces et insultes répétées, 1,3% de violences physiques et 0,8% d'atteintes sexuelles. La majorité de ces violences étaient donc psychologiques/verbales, puis physiques et sexuelles. Il apparaît donc que la majorité des violences conjugales sont invisibles. Un autre chiffre moins relayé est lui-aussi intéressant : 30% des femmes qui avaient rompu dans l'année déclaraient avoir été victimes de faits similaires. On retrouve donc les mêmes proportions que celles présentées par l'OMS.

Il est à noter que, selon ce travail, la maltraitance par le partenaire est la première forme de violence en fréquence subie par les femmes dans leur vie quotidienne, devant les violences au travail ou les violences dans l'espace public. Une donnée intéressante quand on sait que les sévices domestiques sont d'une intensité plus sévère que les autres types de violence (12).

Depuis ce premier travail, les études se sont multipliées et nous avons donc à disposition des chiffres plus récents. L'Observatoire national des violences faites aux femmes rapporte en 2014 (22) le chiffre de 216.000 femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles exercées par le partenaire, soit 1% des femmes non célibataires. Ce chiffre peut sembler bas mais il ne tient pas compte des violences psychologiques, qui forment, comme on l'a vu, la majorité des violences subies. Dans 2/3 des cas, ces violences sont répétées.

Pour le cas particulier des violences sexuelles : 2,5% des femmes disent en avoir été victimes par un conjoint ou ex-conjoint, soit 14% des violences sexuelles totales rapportées (23). 38% des viols sont commis par un conjoint ou ex-conjoint.

Toutes les catégories d'âge sont concernées, bien que les femmes de 20 à 24 ans soient particulièrement touchées. Il n'y a pas, dans l'enquête ENVEFF, de différence de prévalence nette entre les différents milieux socio-culturels. Néanmoins, d'autres publications soutiennent qu'un milieu socio-culturel défavorisé serait un facteur de risque, comme exposé dans le **tableau 1**. Quoiqu'il en soit, on peut en tirer une conclusion : les milieux favorisés ne sont de toute façon pas épargnés par la violence conjugale.

Les études retrouvent une prévalence à peu près homogène sur le territoire français (22). Il n'y a pas de différences entre milieu rural et urbain. (17)

Un autre outil intéressant à consulter est le rapport annuel du ministère de l'Intérieur des morts violentes au sein du couple. Le rapport de 2021 sur les chiffres de l'année 2020 (17) dénombre 156 homicides en lien avec des violences au sein du couple, soit 17% de l'ensemble des homicides dénombrés sur l'année sur le territoire. La victime est la femme dans 65% des cas, l'homme pour 14%. A noter que les meurtres d'hommes succèdent dans la moitié des cas à des sévices exercés par celui-ci sur la femme. Dans le reste des cas, la victime peut être un enfant du couple (14 infanticides sur l'année 2020), une victime collatérale (ami, famille...). Comme indiqué plus haut, une dispute est le premier facteur précipitant un féminicide (29 cas), le deuxième est le refus d'une séparation (27 cas). Des faits de violence avaient déjà été constatés dans 35% des situations par des proches ou par les forces de l'Ordre.

### *c) Au cabinet*

La prévalence des violences conjugales rapportée par les médecins généralistes au sein de leur patientèle est clairement sous-estimée. Quand on interroge le médecin, celui-ci déclare découvrir 1 à 2 cas par an (24). Ce chiffre est bien inférieur aux taux observés dans la population générale.

Et pourtant, loin de désertter les cabinets médicaux, les femmes victimes de sévices par le partenaire consultent au contraire plus souvent les médecins que les femmes non touchées (25), comme le démontre une méta-analyse de 2014 (26), regroupant les taux de violences conjugales dans la patientèle des services de premier recours (médecine générale et services d'urgences) dans différents pays développés (toutefois sans étude menée en France). Celle-ci retrouve un taux de 40% de femmes victimes de violence vie entière, et de 20% pour l'année précédente. Ainsi, la prévalence des violences est plus importante dans la patientèle « tout venant » du médecin généraliste que dans la population générale : la violence conjugale y est donc sur-représentée ; **1 femme consultante sur 5 est victime de violences conjugales actives**, et 2 sur 5 l'ont été. Comme dans la population générale, les violences sont, dans l'ordre décroissant, psychologiques, physiques puis sexuelles (en médecine générale spécifiquement, respectivement 45<sup>6</sup>/31/15% des femmes vie entière et 18/12/2% dans l'année).

---

<sup>6</sup>Le chiffre de 45% de femmes victimes de violences psychologiques est discordant avec celui de 40% de femmes victimes tous types de violences confondus. Cette différence est liée à l'hétérogénéité des chiffres entre les différentes études.

En France, le travail de thèse de la Dr Goy-Cachen en 2006 (27), instaurant un dépistage systématique à chaque consultation en médecine générale, retrouvait un taux similaire de 18% de réponses positives parmi les femmes interrogées.

Cette différence, donc, entre prévalence rapportée par les médecins et prévalence mesurée objective est très probablement secondaire à une démarche essentiellement passive de la part des médecins généralistes dans le processus de la révélation des violences. Une revue systématique américaine (28) montre que seulement 9% des consultations de routine, 10% des 1ères consultations auprès d'un médecin généraliste conduisent à un dépistage actif des violences.

En pratique, la question est rarement posée spontanément par les médecins généralistes et c'est de ce fait le plus souvent la femme qui aborde le sujet la première. La Dr Cornilleau, dans son travail de thèse (29), montre qu'une majorité des révélations est spontanée, et que le médecin ne va rechercher l'information que dans 18% des cas. Le premier motif de consultation conduisant à la révélation des violences domestiques était dans l'étude une doléance psychologique.

### 3- Législation française

#### *a) Répréhension des violences domestiques*

La problématique des violences conjugales n'est ciblée spécifiquement par la loi française que depuis quelques décennies. Auparavant, les violences (physiques essentiellement) tombaient sous le joug de la règle générale, sans spécificité liée au rapport particulier entre la victime et son agresseur (30,31).

En 1990, la notion de viol entre époux était introduite dans le Code Pénal (10 ans après la définition légale du viol), avec disparition dans le même temps de la notion de devoir conjugal. Mais c'est en 1992 que, pour la première fois, les violences physiques infligées par un conjoint ou concubin sont décrites comme un délit spécifique, ce lien constituant dès lors une « circonstance aggravante » aux violences. Celle-ci s'étend aux situations de Pacte Civil de Solidarité (PACS) et aux ex-partenaires en 2006, puis très récemment en 2018 aux couples ne partageant pas le même toit (17). La circonstance aggravante est une évolution importante car elle permet de **qualifier l'infraction automatiquement en délit** (au lieu d'une qualification en contravention), même en

l'absence d'autres éléments de gravité (notamment dispense d'une durée d'incapacité totale de travail (ITT) supérieure à 8 jours pour des violences volontaires (32)).

Paradoxalement, les violences psychologiques sont condamnées depuis 2010 seulement. Ce différentiel est lié à la difficulté de juger au tribunal de ces violences « invisibles » avec une qualification délicate du caractère maltraitant de tels faits.

Autre évolution juridique importante : la prise en compte des témoins de scènes de sévices au sein du couple, et en particulier des enfants. Aujourd'hui, l'enfant témoin de violences est considéré par le Procureur **comme un enfant maltraité**, même si lui-même n'est pas directement victime de violences (32). Cette évolution n'est pas anodine quand on sait que, selon le rapport Henrion (4), les enfants sont témoins de ces violences dans 68% des cas.

### *b) Le rôle du médecin*

Dans le cadre de violences en général, le médecin, en sa qualité de professionnel de santé, se retrouve dans une situation bien particulière, tiraillé entre secret professionnel et devoir d'assistance à personne en danger. Ainsi, cette position délicate est souvent mal tranchée par les praticiens, qui peuvent être freinés dans leur intervention par peur des retombées judiciaires liées à l'ambivalence de leur statut (33).

En effet, il existe quelques incertitudes quant au pouvoir du médecin dans la loi. Nous pouvons nous baser sur l'article R4127-44 du Code de la Santé publique qui décline que « [l]orsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience ».<sup>7</sup>

Pour la mise en application dans le domaine des violences conjugales, il y a ainsi deux situations à différencier :

---

<sup>7</sup>Cet article est également présent dans le Code Pénal (Article 226-14).



- Cas 1 : la victime est dite vulnérable. Il s'agit des victimes mineures ou des victimes majeures non « *en mesure de se protéger en raison (...) de [leur] état physique ou psychique* ». Or, le législateur se garde bien de préciser quelles situations précises correspondent à cette notion de vulnérabilité. C'est alors au médecin d'en juger, ce qui constitue un poids de plus sur ses épaules, dans la situation déjà délicate de mise en évidence de violences au sein de sa patientèle. Et ce jugement est loin d'être anodin, pour le médecin et pour la victime. En effet, affirmer la vulnérabilité de la victime **délie le médecin du secret professionnel** et lui permet de signaler les faits de violences au Procureur de la République, avec ou sans l'accord de la victime. Il s'agit là d'une atteinte à l'autodétermination des personnes. Cette atteinte aux droits fondamentaux doit donc être pesée, et laisser le médecin seul face à une telle décision peut souvent lui poser des difficultés d'ordre éthique. La pratique a cependant permis d'isoler quelques situations jugées classiquement comme inductrices d'une vulnérabilité de la personne. Ces situations incluent entre autres la grossesse, les troubles neurocognitifs, les handicaps physiques et les pathologies psychiatriques évoluées.

Autre notion floue, « *les circonstances particulières* » qui autoriseraient le médecin à ne pas alerter le Procureur malgré la vulnérabilité de la patiente. Là-encore, aucune explication n'est fournie par le législateur.

- Cas 2 : la victime n'est pas une personne considérée vulnérable. La règle générale s'applique. Avant 2020, le médecin ne pouvait signaler les faits de violence qu'en l'accord de la victime. La victime, elle-même, pouvait aussi bien sûr porter plainte, et le signalement du médecin n'avait alors rien d'obligatoire. En 2020, à la suite du Grenelle des violences conjugales de 2019, une loi a été publiée qui autorise désormais le médecin à signaler des faits de violences conjugales s'il estime que la victime est en danger immédiat et n'est pas en mesure de se protéger du fait de l'emprise (34). Cette disposition n'était pas encouragée par l'OMS (35).

Une subtilité supplémentaire, dans le cas de violences au sein du couple, est à prendre en compte quand il y a présence d'enfants au domicile. En effet, comme signalé plus haut, un enfant témoin est à considérer comme un enfant maltraité. Or, la maltraitance envers une personne

mineure est elle-même une clause de rupture du secret professionnel prévue par la loi, comme cela est précisé dans l'article cité ci-dessus. Ainsi, le professionnel qui a connaissance de faits d'abus envers un des partenaires à domicile doit systématiquement se renseigner sur le rôle tenu par les enfants du couple lors de ces scènes de violences. Si l'enfant est témoin (a fortiori, s'il est aussi victime directe des violences), le médecin doit se poser la question de la sécurisation de celui-ci par le biais de l'information aux services administratifs (par le biais d'une « information préoccupante »), voire (et d'un point de vue légal, c'est l'action qui est encouragée « *sauf circonstances particulières* ») d'une information judiciaire (par le biais du signalement au Procureur). Ce signalement ne devra non pas décrire la situation de la femme victime des violences, mais bien celle de l'enfant témoin. Il s'agit là, bien sûr, d'une révélation indirecte des violences aux autorités judiciaires, et il est difficile d'imaginer un signalement de la situation de l'enfant sans exposer la situation de la femme victime.

Mais les devoirs juridiques du médecin dans le cas d'une constatation de sévices domestiques ne se limitent pas au signalement éventuel de la situation. Dans le cas de violences aiguës ayant entraîné des lésions physiques ou psychiques, le médecin peut aussi être amené à rédiger un certificat médical de constatation de lésions. Il s'agit d'un élément fondamental en cas de procédures judiciaires ultérieures, et qui est pourtant mal maîtrisé des médecins tant dans sa forme que dans son contenu, comme cela est souvent souligné par les femmes victimes (36).

Et pour cause : dans son travail de thèse de 2017 (33), la Dr Le Brusq constatait que les directives respectives de l'Ordre des médecins et des juridictions pénales quant au contenu du certificat médical sont contradictoires. Par exemple, s'ils s'accordent sur la préconisation du style indirect pour rapporter les propos de la victime, le législateur conseille de préciser dans le certificat le contexte de l'agression et le rapport entre agresseur présumé et victime (PACS, concubinage, relation maritale...) tandis que l'Ordre préconise la censure de ces informations. Un certificat qui donnerait ces informations serait en théorie attaquant devant les juridictions ordinaires. **Ainsi, les bonnes pratiques émises par la juridiction pénale sont condamnées par la juridiction ordinaire.** Susceptible de poursuites devant l'une et l'autre, le médecin se trouve là-encore dans une position sensible, sinon paradoxale.

En connaissance de ces ambiguïtés, nous tenterons ci-dessous d'élaborer un compromis sur les modalités de rédaction du certificat médical.

Du point de vue juridique, le rôle du médecin se résume en conséquence à deux tâches majeures : le signalement des faits au Procureur lorsque celui-ci est indiqué, et la rédaction du certificat médical de constatation des lésions à la demande de la victime<sup>8</sup> .

*La violence conjugale est donc un risque de diffusion mondiale. Elle n'est pas spécifique d'une population, comme elle n'est pas spécifique d'une culture, d'un profil socio-économique ou de traits de personnalité psycho-pathologiques de la victime ou de l'homme violent. Ses racines sont profondes et multiples.*

*En France, elle n'est spécifiquement ciblée par le législateur, et par la société en général, que depuis la deuxième moitié du siècle dernier. Cette amorce relativement récente se perçoit encore dans les nombreux manquements des professionnels à son repérage et à sa prise en charge.*

*Mais avant de critiquer les défauts du corps médical en général, du médecin généraliste en particulier, encore faut-il démontrer un intérêt à une attention médicale à un problème qui, à première vue, apparaît plutôt social. Si le dépistage, la prise en charge, le suivi ou encore l'orientation des femmes victimes n'apporte aucune plus-value pour les différents acteurs de la relation médecin-malade, à quoi bon sensibiliser le professionnel de santé à cette problématique ? L'un des rôles du médecin dans la prise en charge d'une femme victime est celui esquissé ci-dessus, à savoir son rôle face à la justice. Or, ses tâches dans ce domaine sont, comme on l'a souligné, relativement limitées, et ne justifient pas à elles seules le déploiement massif et impératif d'une formation des médecins généralistes sur le sujet. Finalement, mis à part l'intérêt médico-légal lors de situations bien précises, y a-t-il des raisons à présenter aux généralistes pour leur démontrer la pertinence d'une sensibilisation suffisante aux violences conjugales ? Quelles données pourraient motiver une démarche pro-active de la part du médecin dans le dépistage des violences conjugales ?*

*Pour répondre à cette question, nous allons successivement nous intéresser au bénéfice potentiel de la révélation pour chacun des acteurs concernés, à savoir la femme victime, le médecin, puis la société en général. Nous allons terminer en recherchant des preuves d'un intérêt pour l'homme violent de la révélation de ses agissements.*

---

<sup>8</sup>Selon certaines sources, même en l'absence de demande de la patiente, il serait de bon ton de réaliser quand même un certificat médical, quitte à le garder uniquement dans le dossier. Il pourra se révéler utile en cas de démarches judiciaires ultérieures.

## B) Intérêts partagés du dépistage des violences conjugales par le médecin généraliste

### 1- Pour la femme victime

Dans le cadre d'une étude menée en France entre 2010 et 2013, rapportée par la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes (MIPROF), on a demandé aux femmes victimes de violences, par un conjoint actuel, quels étaient les professionnels qu'elles avaient contacté après un événement de violence physique ou sexuelle (22). Parmi ces femmes, seulement la moitié se sont mises en relation avec au moins un professionnel. Les résultats montrent que **le médecin est le premier professionnel consulté**, avec 24% des femmes concernées. Le médecin arrive devant les services sociaux (19%) mais aussi devant les services de Police ou gendarmerie (18%).

Il y a donc de toute évidence, pour la femme victime, un intérêt à la révélation des faits de violence à un médecin. Le médecin généraliste, en particulier, paraît être un interlocuteur privilégié puisque, dans une autre publication (15), c'est le médecin le plus consulté (66% des cas et dans leur majorité, il s'agissait du médecin traitant de la patiente), devant l'urgentiste (22%), et le psychiatre (4%). Et contrairement à ce que l'on pourrait croire, la première attente de la femme n'est pas la prise en charge médicale d'éventuelles lésions, ni le signalement ou la rédaction d'un certificat médical.

Plusieurs études et travaux de thèse français ont cherché à connaître l'attente des femmes qui consultaient dans les suites de faits de sévices conjugaux (15,36,37).

En colligeant leurs réponses, on constate que **la demande des femmes est relationnelle avant d'être technique**. Il paraît primordial pour elles en premier lieu d'être reçues avec empathie, sans jugement et avec bienveillance. Il est fondamental que le médecin « valide » l'expérience de la femme, c'est-à-dire qu'il lui dise clairement qu'il la croit, et que la situation qu'elle décrit est bien une situation de violences conjugales, potentiellement condamnable devant un tribunal. Elle attend également du médecin qu'il explique que sa situation n'est pas un cas isolé. Enfin, un autre élément important est la proposition d'un suivi, ou d'une orientation vers des professionnels ou organismes compétents (psychologue, associations, gendarmerie...) tout en respectant l'autonomie de la patiente sur le choix des suites qu'elle souhaite donner à l'événement. Vient ensuite la demande d'un certificat médical, mais de façon plus discrète. Nous reviendrons ci-dessous sur les « bonnes pratiques » que l'on peut conseiller au médecin en cas de révélation de violences.

Ainsi, au-delà de son rôle de soin, la femme victime de violences voit le médecin (généraliste) comme une personne ressource pour la validation de son expérience et le soutien psychologique face à une situation émotionnellement chargée. L'aiguillage qu'il peut proposer, via son réseau de professionnels est également fondamental et, finalement, ses rôles spécifiques forment une justification bien maigre au choix de la patiente de lui délivrer l'information. Cela se traduit également, dans un article américain (38), par le témoignage de femmes victimes ; les 2/3 d'entre elles accordent plus d'importance au comportement du professionnel consulté qu'à son statut (médecin, infirmier, assistant social...) pour choisir de révéler ou non les violences.

Mais un comportement aidant et empathique, l'assurance de trouver en son médecin généraliste une personne à l'écoute de sa situation se traduisent-ils pour autant en un certain bénéfice pour la femme victime d'abus ? Autrement dit, la révélation des violences au médecin généraliste est-elle associée à des conséquences positives dans son expérience de violences (dépôt de plainte, diminution des violences, augmentation des chances de rupture...) ?

Il faut bien avouer, au regard des données publiées disponibles à ce jour, que l'intérêt de la révélation (et donc indirectement, du dépistage) n'est pas prouvé. On peut en effet essayer de quantifier les bénéfices éventuels du repérage des violences par le biais du dépistage systématique. Celui-ci est conseillé par plusieurs organismes dans le monde (comme nous le verrons plus loin) et c'est donc l'occasion pour les chercheurs de tenter de le justifier par ses effets sur les conditions de vie des femmes. Si un dépistage systématique (qui plus est en médecine générale) était associé à des marqueurs d'amélioration des conditions de vie, cela serait la preuve de l'intérêt, pour les femmes, de la révélation des faits de violences.

Or, étudié à répétition depuis une vingtaine d'années au moins, le dépistage systématique (le dépistage en général parfois) **a totalement échoué à démontrer un effet sur les différents paramètres étudiés**. Il n'augmente pas en lui-même les chances de rupture (39), ni ne réduit le nombre de passage aux urgences des victimes (40), ni n'améliore la mesure-phare : la qualité de vie des femmes victimes (41). Quelques publications sporadiques ont pourtant observé çà et là un effet mesuré sur ces paramètres (42,43), mais les méta-analyses et revues d'envergure (dont l'une des plus récentes date de 2015 (44)) confirment l'absence d'effet à grande échelle du dépistage. La conclusion des auteurs de ces travaux met en cause le dépistage systématique, plus que le dépistage en soi, et propose pour cela, devant l'absence d'effet d'un dépistage systématique, la mise en place d'un dépistage ciblé devant certains tableaux évocateurs (comme les facteurs de risque listés dans le **tableau 1** par exemple). Néanmoins, si les études n'ont pas réussi à montrer un intérêt à dépister toutes les femmes consultantes, on imagine mal comment

cet effet pourrait apparaître en restreignant les pratiques de dépistage à un nombre plus petit encore de victimes potentielles.

Alors, à ce jour, comment peut-on continuer à défendre la pratique du dépistage, du point de vue de la patiente ? On l'a vu, la femme victime se livre plus facilement au médecin qu'à tout autre professionnel, et pourtant la révélation des violences au médecin ne semble déboucher sur aucun bénéfice tangible. Or, quand on interroge a posteriori les femmes victimes (44,45), un nombre important (respectivement 60% et 34% dans les 2 études citées) déclare quand même avoir ressenti un impact positif dans leur vie du dépistage par le médecin généraliste. Comment expliquer cette différence entre le résultat général des études et le témoignage particulier des femmes ?

En 2009, l'équipe de la Dr Spangaro, spécialiste australienne de la question des violences conjugales, autrice de plusieurs études sur le sujet, souligne les limites des études quantitatives classiques dans le champ de la violence conjugale (46). Elle expose ainsi plusieurs limites méthodologiques dans leurs constructions, qui peuvent obscurcir les effets d'un dépistage par le médecin.

Par exemple, il y a une réelle difficulté à définir un groupe contrôle de l'intervention. Serait-il constitué des femmes non-victimes de violences conjugales ? Or, pour classer les femmes comme victimes ou non-victimes, il faut encore les interroger à ce sujet. Pourtant, la sensibilité de l'interrogatoire (comme on le verra plus loin) n'est pas parfaite, alors certaines femmes victimes vont être incluses dans le groupe contrôle. Mais dans l'hypothèse où le dépistage en lui-même permettrait l'amélioration de certains facteurs (par exemple, le taux de rupture), certaines femmes du groupe contrôle seraient elles aussi bénéficiaires du dépistage, donc le groupe contrôle n'en serait pas vraiment un. Faut-il constituer un groupe dépistage avec bonnes pratiques versus un groupe dépistage simple sans exploration complémentaire et sans orientation ? Difficile de soutenir un tel protocole devant un comité d'éthique, et impossible avec ce schéma de discerner les effets du simple dépistage.

Autre limite qui nous paraît majeure : la non-prise en compte des démarches ultérieures déclenchées par la révélation des violences au médecin. Prenons un cas loin d'être rare pour illustrer. Imaginons une femme victime de violences qui se confie à son médecin à l'occasion d'un dépistage. Celui-ci lui fournit quelques adresses, par exemple associatives. Si la femme, quelques mois plus tard, à l'occasion d'une crise de violences, décide de se saisir d'un de ces organismes conseillés par son médecin et en tire certains bénéfices, une étude aura du mal à

relier l'action du médecin à ce bénéfice. En effet, la révélation du médecin est souvent une cause indirecte d'amélioration de la situation globale des femmes.

Pour preuve, il est bien établi qu'à la différence de la consultation médicale, la consultation de services associatifs de défense des droits, d'apprentissage de gestes d'autoprotection, des services sociaux, d'un avocat ou une démarche d'hébergement en foyer résultent directement en une amélioration de certains paramètres, comme la qualité de vie des femmes victimes<sup>9</sup> (47–50). Et toutes les recommandations de dépistage existantes (comme nous le verrons plus loin) soulignent que le dépistage doit se coupler à l'orientation des femmes vers de tels dispositifs. On voit donc mal comment un dépistage correctement réalisé ne pourrait pas, indirectement, induire les mêmes bénéfices.

En 2015, d'autres spécialistes, états-uniens cette fois, ont rappelé les limites des essais classiques dans l'exploration de l'efficacité du dépistage des violences conjugales (51).

Ainsi, même si l'on ne peut pas ignorer décevantement les résultats des différentes revues qui ne montrent pas de bénéfice net d'un dépistage pour la femme, plusieurs études et témoignages de victimes peuvent nous faire penser que, **indirectement**, le dépistage a quand même un intérêt, au moins via l'orientation qui peut en déboucher.

Bien qu'évidemment au cœur de la justification d'une pratique de dépistage, la femme victime n'est pourtant pas la seule bénéficiaire potentielle de cette révélation. Étudions donc maintenant les intérêts que le médecin peut lui-même tirer d'un dépistage au sein de sa patientèle.

## 2- Pour le médecin

Ce rôle de dépositaire et de soutien psychologique est parfois mal accepté des médecins. On peut l'expliquer probablement par un manque de compétences (manque de formation) rendant la position inconfortable, mais aussi par l'impression que les médecins peuvent avoir que ces rôles ne sont pas de leur ressort (28). Alors quels bénéfices peuvent-ils tirer de la connaissance de faits de violences domestiques ?

La tâche première du médecin est, selon la Déclaration de Genève (disponible en annexe du code de Déontologie médicale), de « *considér[er] la santé et le bien-être de [s]on patient* »

---

<sup>9</sup>Un doute persiste quant au maintien de ces bénéfices à long terme comme souligné dans une des études citées, mais celui-ci est cependant établi au moins pour les 2 ans suivant la saisie de ces organismes.

(52). Or, pléthore de travaux internationaux ont mis en évidence **les conséquences multiples sur la santé** de la femme des sévices conjugaux. Le secrétariat d'État en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes estimait qu'une femme victime de tels faits perdait 1 à 4 années d'espérance de vie (15). Les femmes victimes de violences conjugales rapportent se sentir en moins bonne santé physique que les autres (6). Une étude prospective états-unienne a prouvé le lien entre doléances physiques et exposition à une maltraitance conjugale (53). Dans cette étude, il a été retrouvé que, indépendamment des comorbidités éventuelles, les femmes victimes de violences avaient un état de santé qui tendait à s'empirer avec l'évolution des violences. A l'inverse, leur état de santé s'améliorait si les violences cessaient. Toutefois, les femmes rapportant le moins de symptômes physiques entre toutes étaient celles n'ayant jamais été exposées à la violence.

Si certaines de ces conséquences (traumatiques en particulier) sont évidentes, on remarque que l'immense majorité des troubles engendrés par les violences sont aspécifiques et spontanément difficilement imputables à des violences. Le **tableau 2** présente ainsi une liste non exhaustive de situations médicales conséquences directes de faits de violence conjugale.

*Tableau 2 : Conséquences des violences conjugales sur la santé de la femme (non exhaustif)*

<b>Pathologies/situations médicales :</b>	
<b>Générales</b>	Trouble douloureux chronique (54)
	Décompensation de maladie chronique (4,27)
	Troubles du sommeil (1,55)
<b>Abdominales</b>	Douleurs abdominales (1,55)
	Infections urinaires récidivantes (55,56)
	Troubles du transit chroniques (1,9)
<b>Cardiovasculaires</b>	Hypertension artérielle (HTA), maladie cardiovasculaire, accident vasculaire cérébral (56)
	Douleurs thoraciques (9)



<b>Endocrino-métaboliques</b>	Diabète de type 2 (56)
<b>Gynécologiques</b>	Douleurs pelviennes chroniques (9,55,56)
	Métrorragies, pertes vaginales (55)
	Dysfonction sexuelle (55)
	Infections gynécologiques dont maladies sexuellement transmissibles (MST) (1,56)
	Grossesse non désirée/demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG) <sup>10</sup> (10,57,58)
<b>Obstétricales</b>	Fausse couche (9,56)
	Retard de croissance intra-utérin (RCIU) (1,54)
	Prématurité (1,54)
<b>Orthopédiques/Rhumatologiques</b>	Blessures diverses (contusion, ecchymoses, entorses, brûlures, fractures...) <sup>11</sup> (9,54,56)
	Handicap physique secondaire (56)
	Lombalgies (1)
<b>Neurologiques</b>	Céphalées de tension (1,9)
	Troubles neurocognitifs (55)
	Perte d'audition (55)
<b>Respiratoires</b>	Dyspnée (9)
	Syndrome de dysfonction des cordes vocales (59)

<sup>10</sup>Le risque de violences conjugales est triple pour une femme en demande d'IVG par rapport à une femme souhaitant poursuivre une grossesse (57).

<sup>11</sup>Les blessures centrales (poitrine, abdomen...) sont particulièrement évocatrices (12).

<b>Psychiatriques</b>	Trouble dépressif <sup>12</sup> (dont dépression du post-partum) (13,54,56,60,61)
	Troubles anxieux (54,56)
	État de stress post-traumatique (56,61)
	Troubles du comportement alimentaire (1,9,56)
	Idées suicidaires, gestes auto-agressifs et tentatives de suicide (9,54,61)
	Addictions (alcool, tabac, substances illicites) (9,13,55)
	Surexposition aux médicaments psychotropes (62)

N. B. : En comparant ce tableau au **tableau 1**, qui présentait les différents facteurs de risque connus des violences domestiques, on constate que certains éléments (dépression, ESPT, addictions...) sont à la fois causes et conséquences des sévices. Ce cercle vicieux entraîne progressivement l'enkystement des violences et du trouble induit. Cela peut expliquer par ailleurs les échecs des thérapeutiques médicamenteuses ou psychothérapeutiques spécifiques à ces troubles, en l'absence de prise en charge simultanée du problème des violences conjugales.

Avoir connaissance d'une situation de violence domestique permettra au médecin d'être plus attentif à ses conséquences potentielles (rechercher une addiction associée, évoquer l'étiologie des violences domestiques devant des troubles du transit inexplicables, etc.), et par-là même à avoir une approche plus efficace de la santé de ses patientes. En effet, il est commun que ces pathologies ou situations médicales soient à l'origine d'une errance diagnostique et/ou thérapeutique, avec ses conséquences diverses :

---

<sup>12</sup>Selon les travaux, le pourcentage de dépression parmi les femmes victimes de violences domestiques peut atteindre 50% (60).

Pour la patiente : multiplication des examens complémentaires et leurs conséquences potentielles (surexposition aux rayonnements ionisants...), prescription inutile de certains traitements, rejet par le milieu médical, étiquetage en tant que « troubles somatoformes », voire en tant que simulation...

Pour le médecin : remise en cause de ses compétences, altération de la relation médecin-malade, sentiment d'inefficacité, frustration...

Connaître la situation de maltraitance conjugale, et les conséquences potentielles d'une telle exposition, permet donc au médecin de prendre du recul sur des troubles variés rapportés par la patiente, et de lui proposer une prise en charge (efficace) basée sur ce facteur étiologique.

### 3- Pour la société

Les dépenses de santé sont majorées pour les femmes victimes d'abus conjugal. Cela est lié de façon directe à la prise en charge médicale des divers troubles induits (passages aux urgences, hospitalisations, médicaments...) mais aussi plus subtilement, comme exposé ci-dessus, à l'errance diagnostique et thérapeutique, à la multiplication des avis spécialisés devant des troubles sans autre étiologie que l'exposition à la violence.

A ces dépenses de santé s'ajoutent des coûts divers : accompagnement juridique des victimes et coût de fonctionnement du système judiciaire, accompagnement des auteurs de violences, coût d'intervention des forces de l'Ordre, coût de l'hébergement d'urgence, des refuges, perte de productivité (arrêts de travail, etc.), coûts liés à la protection des enfants du couple...

Une étude PSYTEL de 2012 (3) commandée par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) estimait les coûts totaux directs et indirects des violences conjugales pour cette même année à **3,6 milliards d'euros**. De ce montant, 8%, soit 290 millions d'euros, représentaient les dépenses de santé.

A l'heure des politiques d'économie des dépenses publiques, combler un tel poste de pertes serait bienvenu pour l'État.

## 4- Pour le conjoint ?

Si les chercheurs ont exploré les possibilités de prise en charge d'une femme victime de violences, quelques-unes, moins nombreuses, se sont aussi interrogées de façon parallèle sur les possibilités d'interventions auprès des auteurs desdites violences.

En effet, si la réponse induite en France à l'heure actuelle est essentiellement judiciaire, quelques propositions complémentaires ont émané sur le territoire. L'objectif principal est d'éviter les récidives ultérieures, dont le risque est estimé à 35% en l'absence de prise en charge (63). On constate ainsi l'apparition de groupements associatifs (64) et de propositions de traitements psycho/psychiatriques. Bien que ces associations soient saisies le plus souvent à une injonction de soins par le tribunal, il peut arriver que des hommes y recourent spontanément.

On pourrait donc imaginer que le médecin qui aurait connaissance de faits de violence conjugale puisse orienter l'auteur de ces actes vers des prises en charge thérapeutiques ou associatives, de la même manière qu'il puisse orienter la victime vers des dispositifs symétriques.

Un autre intérêt pour les hommes violents, plus anecdotique, est la diminution du risque d'homicide par la femme victime. En France, un homme est tué tous les 16 jours par sa compagne/ex-compagne. Dans 50% de ces situations, la femme a agi en réaction à des faits de violences subies (17). Ainsi, si l'on s'en réfère aux chiffres de l'année 2020, 11 hommes en moyenne sont tués annuellement par leur compagne suite à des violences perpétrées contre elle.

Cependant, les possibilités thérapeutiques exposées manquent de preuve d'efficacité pour, à l'heure actuelle, être diffusées au public médical.

Parmi ces propositions, une prise en charge en TCC pour les hommes violents est, de loin, la solution la plus étudiée. Or, une revue de la littérature menée par le réseau Cochrane en 2007 (65) n'avait pas, à l'époque, retrouvé d'effet statistiquement significatif d'un tel programme. Elle soulignait le manque d'études sur le sujet.

Une méta-analyse datant de 2002 (63) avait déjà montré l'absence de bénéfices d'une thérapie TCC, mais avait démontré un effet, cependant très marginal, d'une thérapie selon la méthode Duluth (d'inspiration féministe, avec déconstruction de l'image sociétale patriarcale). Finalement, les auteurs de cette revue avaient conclu à un effet, tout au plus marginal, des prises en charge thérapeutiques par rapport à une réponse judiciaire. De plus, les thérapies souffrent d'un fort taux d'abandon de la part du patient, et ce parfois malgré l'injonction de soins.

En France, les associations visant au soutien des hommes responsables de maltraitance envers leur conjointe ou ex-conjointe sont regroupées au sein de la Fédération Nationale des Associations et Centres de prise en charge des Auteurs de Violences conjugales et familiales (FNACAV) (66). Elles peuvent proposer des soutiens divers comme des groupes de parole, des stages de citoyenneté, mais aussi une prise en charge TCC ou psychanalytique. Il n'y a pas, à notre connaissance, d'évaluation disponible de tels dispositifs associatifs.

*La connaissance des faits de violence conjugale présente donc de multiples intérêts potentiels, partagés par les différents protagonistes :*

- Éthique : par le soutien psychologique à la femme victime, et la proposition d'aide sous différentes formes (protection juridique, orientation, proposition de suivi personnalisé...)*
- Médical : par l'abord de la violence comme un « facteur de risque » (au même titre que le tabagisme, ou la consommation alcoolique) de diverses pathologies, permettant par là un repérage et une prise en charge plus efficaces.*
- Économique : la connaissance des faits pourrait, au moins, diminuer les frais médicaux engendrés par les violences (moins d'errance diagnostique, meilleure prise en charge...).*

*Ainsi, il est communément admis dans l'univers médical que la connaissance de faits d'abus domestique est souhaitable pour une prise en charge optimale des patientes. Qu'en est-il alors réellement du dépistage de ces violences au cabinet de médecine générale ? Quelles recommandations ont pu émaner de ces constatations, et comment sont-elles appliquées sur le terrain ? Existe-t-il à l'inverse des raisons pour ne pas aborder le sujet des violences conjugales avec les patientes ?*

## C) Le dépistage des violences conjugales en 2020

### 1- La théorie des recommandations, la pratique du cabinet

#### *a) Recommandations de dépistage en France et dans le monde*

Lorsqu'on regarde de près les recommandations dictées par les différents organismes nationaux ou internationaux quant au dépistage par le médecin des violences conjugales, on

constate qu'il n'y a malheureusement aucun consensus à ce sujet, et presque autant de directives que d'organismes. Néanmoins, on peut diviser ces recommandations en 3 catégories grossières, selon les patientes ciblées par le dépistage préconisé, à savoir :

- Dépistage orienté : dépistage recommandé seulement devant certains tableaux cliniques ou certains facteurs de risque ;
- Dépistage systématique : dépistage recommandé chez toutes les patientes du cabinet, en particulier à l'occasion d'une première consultation ;
- Dépistage « de routine » : terme très utilisé mais dont la définition varie grandement entre les études et organismes de recommandations, avec une pratique qui tantôt se rapproche du dépistage orienté, tantôt du dépistage systématique (67). Aussi, nous abandonnerons dans la suite de ce chapitre la notion du dépistage de routine, et répartirons en fonction de leurs instructions les recommandations dans l'une ou l'autre des 2 catégories précédentes.

Le dépistage orienté consiste donc en une sélection de la part des médecins des situations dans lesquelles ils poseraient la question aux femmes, en fonction de leur degré de suspicion de violences, sur la base de la connaissance de facteurs de risque ou de signes indirects évocateurs de maltraitance exercée par le conjoint (**tableaux 1 et 2** par exemple).

Cette pratique possède plusieurs avantages, notamment une simplification du dépistage pour le médecin, en diminuant le nombre de femmes à dépister. Aussi, d'un point de vue de la relation médecin-malade, partir d'une situation précise permet sans doute au médecin de justifier une question qui, sans contexte, pourrait paraître déplacée. C'est d'ailleurs une technique d'interrogatoire recommandée par la HAS en 2019 (32) que d'utiliser des formules d'introduction à la question des violences du type : « *Il arrive que des patientes qui présentent les mêmes symptômes que vous soient victimes de violences à la maison. Est-ce votre cas ?* ».

L'une des principales faiblesses de cette pratique est le risque de « stigmatisation » des femmes victimes. Un dépistage uniquement basé sur le repérage des facteurs de risque ou complications potentielles pourrait laisser à penser qu'une femme victime serait « forcément » dépressive, ou anxieuse, ou manifesterait des symptômes somatoformes, etc. Finalement, l'entretien de cette pratique exclusive de dépistage ciblé pourrait conforter l'idée qu'en-dehors de ces cadres précis, la violence domestique n'existerait pas. En plus de la catégorisation excessive des femmes victimes d'abus domestiques, il y a un risque évident de sous-dépistage (car, comme

dit plus haut, aucune condition de vie ou situation de santé n'est ni complètement sensible ni complètement spécifique de violences domestiques).

Ce type de dépistage est cependant celui recommandé par des organismes d'influence, et en premier lieu par l'OMS (35) qui préconise une recherche devant des tableaux cliniques pouvant être « *causés ou aggravés par des violences conjugales* ». Dans ses recommandations, l'OMS fournit une liste non exhaustive de telles situations. L'une d'entre elles est la situation de grossesse. Ainsi, le dépistage devrait quand même être systématique au sein de la population particulière des femmes enceintes.

Aux échelles nationales, plusieurs pays ont aussi adopté l'idée d'un dépistage laissé à l'appréciation du médecin. Ainsi, les recommandations canadiennes (68) précisent que « *le médecin doit rester à l'affût de problèmes de violence familiale et être sensible aux signes et symptômes cliniques qui y sont associés* ». Il en va de même pour la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) belge (55) qui base la justification d'un dépistage sur la présence d'un « *red flag* » (= symptôme couramment lié aux violences conjugales) ou de plusieurs facteurs de risque.

En analysant les différents tableaux cliniques jugés évocateurs par ces structures, on soulève une autre limite de ce mode de dépistage : **l'extrême diversité des situations considérées comme évocatrices**. Chaque recommandation énonce en effet une liste « à la Prévert » de tableaux justifiant de poser la question, généralement non exhaustive d'ailleurs, qui rend son utilisation pratique très délicate (voir pour exemple le **tableau 3**, extrait des recommandations de l'OMS). Il serait intéressant de réaliser un travail qui viserait à mesurer le pourcentage des femmes consultant dans une période donnée en médecine générale qui seraient concernées par au moins une de ces situations.

Tableau 3 : Recommandations de dépistage selon l'OMS (traduit de (35))

<b>Exemples de situations cliniques associées aux violences conjugales</b>
Symptômes de dépression, d'ESPT, troubles du sommeil
Comportement suicidaire ou auto-agressif
Abus d'alcool ou autres substances

Symptômes digestifs chroniques inexpliqués
Symptômes gynécologiques inexpliqués dont douleur pelvienne chronique ou dysfonction sexuelle
Troubles obstétricaux dont grossesses non désirées répétées et/ou IVGs, suivi tardif de grossesse, complications néonatales
Symptômes génito-urinaires inexpliqués dont infections urinaires à répétition
Métrorragies répétées ou MST
Douleur chronique inexpliquée
Blessures, en particulier répétées ou avec anamnèse floue ou non compatible
Troubles du système nerveux central (SNC) dont céphalées, troubles cognitifs ou perte d'audition
Consultations répétées ou sans motif clair
Partenaire intrusif lors des consultations

Au final, un dépistage systématique peut, en comparaison, paraître plus simple à mettre en place. Retenir une liste de situations-cibles comme celle de l'OMS semble complexe, ce qui met son intérêt pratique en défaut.

La majorité des organismes sont plutôt promoteurs d'un dépistage systématique. L'avantage en comparaison du dépistage ciblé est l'affranchissement de la nécessité de se poser la question de la présence ou non de facteurs de risque. Un autre point positif est la création pour la patientèle d'une « ambiance » de dépistage au sein du cabinet, avec sans doute un moindre risque de surprendre une patiente avec un questionnement sur les violences si l'on explique que celui-ci est proposé à toutes les femmes indifféremment.

Le principal défaut du dépistage systématique est, comme on l'a vu dans le chapitre précédent, l'absence total d'effet bénéfique démontré sur les conditions de vie de la patiente. C'est d'ailleurs l'argument principal des associations et structures préconisant un dépistage ciblé.



Cependant, comme nous avons essayé de le démontrer, les témoignages de patientes soutiennent la pratique du dépistage systématique, son efficacité étant possiblement difficilement perceptible par des études randomisées d'ampleur.

La Haute Autorité de Santé (HAS) française, dans ses récentes recommandations de 2019 (32), conseille d'intégrer « *systématiquement [la question des violences conjugales] dans la démarche diagnostique médicale (...) a fortiori chez la femme enceinte* ».

C'est également le cas des principales associations professionnelles américaines, dont l'*American Medical Association* (AMA) ou l'*American Academy of Nurse Practitioners* (AANP) (28). L'*US Preventive Task Force* accordait même en 2018 un niveau de preuve de grade B en faveur du dépistage systématique des femmes en période d'activité génitale (69). De la même manière, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recommande un dépistage systématique des femmes enceintes consultantes (70).

Les médecins français sont soumis principalement aux recommandations internationales (c'est-à-dire celles de l'OMS) et aux recommandations officielles françaises (de l'HAS). **Or on constate que les deux sont contradictoires**, la dernière promeut la généralisation du dépistage, tandis que l'OMS propose de le restreindre à certaines situations évocatrices. Qu'en est-il de la pratique réelle des médecins généralistes dans ces conditions ?

### *b) Pratiques de dépistage au cabinet*

96% des médecins généralistes pensent qu'il leur serait utile de rechercher des cas de sévices au sein du couple (71), et, selon une étude américaine, 33% des médecins seraient favorables à un dépistage « de routine » (55). En revanche, le questionnement systématique est, quasiment unanimement, rapporté difficilement réalisable au cabinet de médecine générale. Le travail de thèse de la Dr Coy-Gachen en 2005 (27) cherchait à étudier les performances d'un dépistage systématique (à chaque consultation, pour tous motifs) des violences conjugales à l'aide d'un questionnaire ad hoc au sein de la patientèle de 11 médecins généralistes volontaires. Si le dépistage s'est révélé efficace, 1 seul des 11 médecins, au décours de l'expérience, a affirmé qu'il mettrait en place le dépistage systématique dans sa pratique courante. Les autres étaient plutôt en faveur d'un dépistage sur signes évocateurs. Le manque de temps est probablement en cause.

Les médecins seraient ainsi plutôt favorables à un dépistage ciblé, tel que recommandé par l'OMS. Cependant, les pratiques réelles ne sont pas à la hauteur de ces déclarations. Comme exposé plus haut, une revue américaine (28) a estimé à 9% le taux de dépistage de la part des médecins généralistes lors des consultations « de routine ». Le taux serait plus important pour les consultations de femmes enceintes.

Alors comment expliquer ce différentiel entre la pratique réelle des médecins et celle qu'ils estiment être la bonne ?

Plusieurs études et travaux de thèses qualitatifs ont cherché à répondre à cette question. Elles ont permis d'identifier les freins des médecins généralistes à la mise en place d'un dépistage « de routine » au cabinet (qu'il soit systématique ou ciblé). En recoupant ces différents travaux, on retrouve **des freins prépondérants**, au nombre de 4, rapportés de façon quasi-unanime, malgré différents protocoles et différentes méthodes d'investigation. Nous allons donc ci-après les développer un à un.

## 2- Freins au dépistage exprimés par les médecins

### *a) Manque de formation*

Comme évoqué plus haut, la prise en charge de l'abus conjugal sur les plans judiciaire et médical est une volonté publique relativement récente. Aussi, la formation initiale des médecins souffre d'un déficit à l'égard de cette problématique. Pour preuve, si le programme du second cycle des études médicales comprend bien, depuis la création de l'Examen Classant National (ECN), un chapitre intitulé « Accueil d'une victime de violences sexuelles » (72), le programme officiel ne comporte pas de rubriques concernant la prise en charge des violences (sexuelles ou autre) envers le partenaire.

En 2015, les 2/3 des étudiants en médecine rapportaient qu'aucun enseignement spécifique n'était prévu dans leur cursus sur la problématique des violences sexuelles ou physiques faites aux femmes. Environ 80% d'entre eux soulevaient un vide similaire quant à la formation sur les violences verbales et psychologiques (alors même qu'il s'agit des violences les

plus fréquentes). Pourtant, 95% des étudiants se disaient intéressés ou très intéressés par cette problématique<sup>13</sup> (10).

Les formations existantes sont subséquemment des formations rentrant dans le cadre de la formation médicale continue (FMC), c'est-à-dire accessibles via une démarche personnelle du médecin. Tous les médecins généralistes exerçant n'ont donc pas nécessairement reçu de formation spécifique au sujet des problématiques de violences dans le couple.

Or ce manque semble peser dans leur pratique quotidienne. Une revue de la littérature française réalisée en 2016 (73) visant à repérer les différents freins au dépistage exprimés par les médecins retrouvait une plainte d'insuffisance de formation dans 10 des 19 articles sélectionnés. Dans une autre étude française, 66% des médecins déclaraient ressentir ce manque de formation (71).

Toutefois, la formation française n'est pas la seule qui soit accusée de défaillances puisque ce frein est rapporté également dans d'autres travaux de recherche menés à l'étranger (38,67).

Fort heureusement, nombre d'expérimentations ont recherché les effets d'une formation sur les pratiques des médecins, nous étudierons leurs résultats en partie II.

### *b) Manque de temps*

Il s'agit d'une limite majeure parmi celles rapportées par les médecins (28,37,51,62). Elle est citée dans la quasi-totalité des articles sur le sujet. Après la dispensation d'une formation, il s'agissait dans un travail de thèse français de la principale barrière persistante à un dépistage des violences conjugales (74). Nous avons par ailleurs évoqué plus haut son rôle dans le rejet du dépistage dit « systématique » par les médecins généralistes.

L'exercice de la médecine générale est de plus en plus contraint par le facteur temps. L'association d'une démographie de médecins généralistes en baisse et d'un vieillissement de la population n'ont fait qu'accentuer le problème (75,76). Une étude de 2019 montrait qu'un médecin disposait de 18 minutes en moyenne par consultation (77). Un travail de thèse de 2016 mené auprès de 138 médecins généralistes retrouvait que ceux-ci accusaient un retard d'une heure environ en fin de journée (78).

---

<sup>13</sup>L'enquête portait sur la formation quant aux violences faites aux femmes en général, et non pas spécifiquement aux violences conjugales.

Difficile dans ces conditions de prendre le temps d'amener la question des violences. D'autant qu'une réponse positive ne fera que décupler le retard accumulé : prendre le temps d'écouter la patiente, de valider son expérience, de lui demander ce qu'elle souhaite faire, de rédiger le certificat médical, de l'orienter vers une structure...

Trouver des méthodes permettant d'optimiser le temps dédié au dépistage des sévices conjugaux est fondamental pour parvenir à l'amélioration des pratiques.

### *c) Méconnaissance du réseau*

Une révélation de violences par le partenaire peut mettre le médecin en difficulté s'il n'a pas de propositions concrètes à fournir à la patiente. Ces propositions incluent notamment des structures associatives de soutien, des assistants sociaux, des avocats spécialisés, les services de police ou de gendarmerie, des psychologues...

L'absence de réseau local ou, cas le plus fréquent, la méconnaissance de ce réseau constitue donc un frein au dépistage des violences conjugales, par anticipation de la difficulté à orienter (67). Dans le travail de thèse exposé au paragraphe précédent (74), la formation sur le réseau de proximité a été jugée un complément fondamental à la formation théorique sur la maltraitance dans les relations intimes. Une revue américaine a d'ailleurs souligné qu'un soutien du système institutionnel et un accès facilité aux réseaux spécialisés constituaient l'une des 4 conditions essentielles à l'efficacité du dépistage dans la pratique courante (65).

### *d) Appréhension de la réaction de la patiente*

A l'instar du questionnement sur la consommation alcoolique ou les pratiques sexuelles à risque, l'exploration des violences domestiques est de façon récurrente rapportée comme délicate par les médecins généralistes (28,38,67). Cela semble d'autant plus difficile quand la patiente est une patiente suivie depuis longtemps au cabinet ou quand le médecin suit les deux membres du couple.

Pour cette raison, beaucoup d'études se sont naturellement portées sur l'étude de la réaction des femmes, victimes ou non, à ce questionnement. Leurs résultats seront exposés en partie II.

### *e) Autres freins rapportés par les médecins*

Quatre freins principaux sont donc retrouvés dans la littérature, entravant la mise en place d'un dépistage en médecine générale : **manque de formation, manque de temps, méconnaissance du réseau d'orientation et appréhension de la réaction de la patiente questionnée.**

De façon plus discrète, d'autres raisons d'éviter le dépistage ont été rapportées par les médecins généralistes :

- Découragement à agir à cause de l'ambivalence des femmes victimes quant aux actions à entreprendre (rupture, dépôt de plainte...) (5) ;
- Renoncement devant la mauvaise sensibilité du dépistage (femmes refusant de révéler les violences) (37,51) ;
- Impression d'inefficacité des dispositifs de prise en charge existants (37) ;
- Peur d'induire, par le dépistage, une majoration des violences (« vengeance » du partenaire) (28) ;
- Sentiment que le dépistage des sévices domestiques n'est pas du rôle du médecin (28) ;
- Idée que la violence conjugale ne concerne pas la patientèle particulière du médecin interrogé (28).

Une thèse française a posé la question d'une éventuelle peur des représailles envers le médecin de la part du conjoint violent. D'après ce travail, cette peur ne semble pas constituer une réelle barrière au dépistage (64).

*Après la constatation des raisons poussant les médecins à ne pas entreprendre de dépistage malgré une conviction partagée de son intérêt, nous avons donc développé l'idée d'un travail de thèse évaluant une formation destinée aux médecins généralistes, ciblée sur la levée des différents freins exprimés. En effet, nous avons évoqué plus haut les nombreux bénéfices d'un dépistage des violences conjugales. Nous avons vu ci-dessus que les médecins étaient majoritairement volontaires à cette démarche mais que cette bonne volonté se heurtait à*

*certaines limites. Si nous pouvions lever celles-ci, nous pourrions mettre en place le dépistage désiré par les médecins, et par là-même avoir accès aux avantages qu'il procure.*

*Nous avons alors recherché dans la littérature, selon les cas, le bien-fondé ou non des réticences recensées, mais aussi les possibilités de leur résolution explorées dans des travaux antérieurs. Il nous a donc fallu chercher des réponses à différentes questions : quel contenu de formation était nécessaire ? Comment optimiser le temps accordé au dépistage ? Comment informer facilement les médecins du réseau de proximité ? Les femmes sont-elles réellement gênées par un questionnement sur leur vie de couple ? Il fallait aussi pouvoir fournir une réponse aux médecins se plaignant de l'ambivalence ou du refus de révéler les violences des patientes.*

*Avant d'explorer les résultats de cette recherche, nous allons rapidement évoquer deux éléments fondamentaux quant à l'abord de la femme victime de violences, pré-requis nécessaires à l'élaboration d'une formation.*

## II- Elaboration d'une formation au dépistage des violences conjugales, centrée sur les freins exprimés par les médecins généralistes

---

### A) Deux pré-requis : le changement de paradigme et le modèle de Prochaska et DiClemente.

#### 1- Changement de paradigme

##### Limites de l'objectif de détection de cas :

Selon le dictionnaire de l'Académie Française, le dépistage constitue « une recherche systématique en vue de déceler une affection latente » (79). En conséquence, l'objectif du dépistage est celui de la détection d'un problème de santé donné, non connu antérieurement du médecin, par l'application d'un test spécifique. Un test de dépistage du cancer colo-rectal n'a d'intérêt que s'il permet de détecter des signes d'une telle pathologie. On attend de celui-ci qu'il soit assez sensible pour détecter un maximum de tumeurs latentes, et non pas simplement qu'il soit un moyen détourné d'aborder la question du cancer colo-rectal avec le patient.

Il est donc tout naturel d'avoir appliqué le même principe pour le dépistage des violences conjugales. Pendant des années, on n'a considéré un dépistage de tels faits comme efficace que s'il entraînait des révélations immédiates de la part des patientes, que si l'on pouvait obtenir des résultats « chiffrés » de son efficacité. La sensibilité fut, par le passé, souvent le critère retenu pour valider tel outil de dépistage, ou telle formation dans le domaine des abus domestiques (46,80,81). Or, à l'inverse du dépistage du cancer colo-rectal, du diabète de type 2 ou d'autres pathologies biocliniques, le dépistage des violences conjugales (comme d'autres dépistages de « conduites à risque » : consommation tabagique, alcoolique...) se heurte parfois à un mur : le refus de la révélation par la patiente. Plusieurs obstacles peuvent, dans différentes occasions, pousser un patient à donner délibérément de fausses informations à son médecin. En particulier, la révélation de violences conjugales peut être freinée par un sentiment de honte, ou de peur des conséquences pour le conjoint ou pour la structure familiale (36,82). Cette négation de violences

est une situation loin d'être exceptionnelle. C'est d'ailleurs, comme on l'a vu plus haut l'un des obstacles au dépistage exprimés par les médecins. Alors comment peut-on justifier la pratique d'un dépistage, qu'on sait d'une sensibilité franchement imparfaite ?

D'abord, commençons par relativiser ce défaut de sensibilité : selon une revue systématique, au moins 80% des femmes concernées par les violences domestiques pensent a posteriori qu'elles les auraient révélées si on leur avait posé franchement la question (28). En France, 18% des patientes interrogées dans le cadre d'un dépistage systématique révèlent des faits de violence conjugale s'étant déroulés dans l'année (27), chiffre similaire à celui déduit d'une méta-analyse internationale déjà exposé plus haut (26). Ce pourcentage est loin d'être ridicule. Néanmoins, il est vrai que le dépistage n'offre pas une sensibilité parfaite.

Quand on interroge les femmes concernées sur leurs réticences à une révélation, elles font état de réserves en rapport avec l'attitude du médecin et des réserves plus personnelles.

Si l'on regarde les facteurs sur lesquels le médecin peut agir, on constate que l'effort n'est pas insurmontable. Une relation médecin-malade de confiance ainsi qu'une certaine disponibilité apparaissent, dans toutes les études, comme les conditions essentielles à la révélation (15,38,83). On retrouve là deux qualités qui, en théorie, sont l'apanage de la médecine générale. Les femmes accordent de plus un intérêt particulier à ce que la question leur soit posée directement par le médecin, et qu'elles n'aient pas à « faire le premier pas » (45,83). En revanche, le sexe du médecin, contre-intuitivement, n'est pas un facteur décisif. Pour une grosse majorité de patientes, cela n'importe pas. Pour une minorité également répartie, un médecin homme est tantôt un défaut, tantôt un atout (15).

Quant aux réserves personnelles, elles sont bien sûr plus difficilement accessibles au médecin. On retrouve en premier lieu la peur du jugement ou de ne pas être crue, rapportée comme première inquiétude dans une enquête qualitative française (36). Un sentiment de honte ou de culpabilité (engendré par l'emprise progressive du conjoint) est également noté (15,83). On retrouve aussi comme on l'a dit la volonté de préserver la cohésion familiale, la peur d'une rupture (82).

Les femmes ne sont donc pas toutes prêtes à révéler les violences au moment où la question est posée. Et pourtant les femmes qui se seraient, a posteriori, évaluées comme telles souhaitent quand même que le médecin entreprenne la démarche du dépistage. Pour quelle raison ? Que peut leur apporter un dépistage s'il ne débouche sur aucune prise en charge particulière immédiate ?



### Nouvel objectif du dépistage, la question plutôt que la réponse :

Ainsi, les études qualitatives ayant exploré les attentes des femmes montrent que, même celles qui ne sont pas prêtes à se confier sur leur situation jugent important que la question soit posée (37,38,45), et même à répétition, dans des contextes différents, si la révélation ne vient pas. Davantage, en cas de réponse négative, la femme victime souhaite quand même pouvoir recevoir des informations sur les interlocuteurs existants (21).

La situation habituelle du dépistage s'en trouve complètement renversée. Ici, on comprend que **le dépistage doit moins servir au médecin qu'à la patiente**. En effet, poser la question à la femme la forcera à s'interroger sur sa situation, à mettre en évidence des violences qu'elle avait jusque-là préféré ignorer, minimiser ou nier. Sous l'emprise de son compagnon, la victime a parfois tendance à normaliser les comportements violents, voire à s'en attribuer la responsabilité. Le dépistage permet alors de façon déguisée de rappeler qu'il s'agit là d'un comportement anormal, qui plus est nuisible à la santé (puisque c'est le *médecin* qui cherche à le déceler). Il fait aussi comprendre qu'il ne s'agit pas d'une situation isolée, et que des solutions existent.

Leur formation théorique apprend aux médecins à être efficaces, à traiter les maladies, à prendre l'ascendant sur le patient quand ils le jugent nécessaire pour diriger les stratégies d'exploration ou de traitement. Nous voyions le dépistage comme une opportunité de déceler une situation à risque, la traiter, et en conséquence améliorer la qualité de vie de la femme. Or là, c'est l'inverse, il s'agit de donner les clés à la patiente, puis de la laisser s'en saisir ou non, sans bousculade. En posant la question à la femme, le médecin finalement **ne cherche pas une réponse positive ou négative**, mais cherche à **provoquer l'effondrement d'un mur de glace, d'un « tabou »** entre la patiente et le monde extérieur. Il crée, à condition de s'y prendre avec tact, un espace de parole, une relation de « confiance » au sein du cabinet. Un espace dans lequel la femme comprendra que, 1 mois, 6 mois, 3 ans plus tard, quand elle sera prête à révéler les faits, le médecin sera à-même à ce moment de recevoir sa parole (36,38,45). Qu'elle réponde oui ou qu'elle réponde non à un « instant t », finalement peu importe. L'essentiel est de mettre à disposition une porte de sortie, le jour où la victime sera prête à s'en saisir.

Les témoignages de femmes victimes soutiennent cette philosophie (témoignages issus de (15,38,43), traduction par nos soins) :

*« Elles [les femmes victimes] ne vont peut-être pas l'admettre, mais elles vont s'en souvenir [que la question a été posée]. Ça leur fait comprendre que ce n'est pas normal »*

*« Quand tu es dans la relation, tu t'y habitues et tu te dis que c'est normal. Et se faire poser la question, ça te fait réaliser »*

*« C'est au médecin de s'adapter au patient... ça peut prendre du temps pour certaines personnes... »*

De plus en plus de publications et guides de pratique à l'internationale cultivent ce « changement de paradigme », où le rôle du médecin serait de donner les outils nécessaires à la femme pour agir, et non pas d'agir à sa place (84). Un dépistage des abus conjugaux efficace ne se juge plus en fonction du taux de réponses positives, de la réduction de la violence, mais plutôt en la création d'un lien de confiance, en la stimulation d'une prise de conscience par la femme de sa situation (28,85).

On voit là-encore une limite des essais classiques. Car les succès d'un dépistage selon ce nouveau point de vue sont beaucoup plus divers et mal adaptés à des mesures objectives. Déclencher une révélation retardée de plusieurs mois voire années, engendrer une prise de conscience et amener la femme à consulter une association même sans avoir fait de retours à son médecin, à se confier à un proche ou à un autre médecin, etc. sont autant de situations qui peuvent être considérées comme des succès. **Le médecin n'est plus au centre de la démarche, il y replace la femme victime et lui laisse alors toute son autonomie.**

Alors, le problème avec cette façon d'appréhender le dépistage est que cela rend son évaluation beaucoup plus complexe. Le taux de réponses positives est inutile, puisqu'il ne reflète que la partie émergée de l'iceberg, et sous-entend qu'une femme qui nierait les violences n'aurait pas bénéficié de l'intervention, ce qu'on a prouvé incorrect. Peut-on utiliser le taux de recours à des services d'aide parmi les femmes de la patientèle comme outil de mesure ? Difficile à imaginer : il faudrait contacter toutes les associations, toutes les gendarmeries, tous les psychologues, tous les proches de toutes les femmes de la patientèle pour dénombrer combien s'en sont saisies. L'amélioration de la qualité de vie des femmes du cabinet après l'instauration du dépistage ? Un peu flou, et trop sensible aux biais de confusion. De plus, une mesure de l'amélioration de qualité de vie ne prendra pas en compte les femmes qui, après un cheminement intérieur, vont entreprendre les démarches postérieurement à la période de mesure. Pour la même raison, on ne peut non plus se baser sur une éventuelle réduction des violences, qui sera le fruit

d'un cheminement plus long et plus complexe de la part de la femme, dont le dépistage ne constituera qu'une amorce (51,86).

Il n'y a pas de variable qui nous permette de mesurer précisément le bénéfice qu'apporte un dépistage des sévices au sein du couple. On peut se fier en revanche aux femmes qui, rétrospectivement, rapportent que de se voir poser la question les a aidées à « cheminer ».

Mais si l'on ne peut mesurer le bénéfice, on peut toutefois suivre des marqueurs indirects supposés de ce bénéfice : la quantité et la qualité de dépistage.

Il paraît évident en effet que, plus la question sera posée en consultation, plus nombreuses seront les femmes interrogées et ainsi, plus efficace sera le dépistage (87). En plus de cela, on peut aussi poser l'hypothèse qu'un comportement adapté du médecin lors du dépistage sera plus aidant qu'une question posée les yeux sur l'ordinateur, du bout des lèvres ou sur le pas de la porte.

Le dépistage vise donc à replacer la femme seule décisionnaire de sa prise en charge. Un tel objectif délie le médecin de ses objectifs de sensibilité de dépistage. Les seuls éléments dont nous disposons pour présumer de l'éventuel bénéfice d'un dépistage sont donc sa fréquence et sa qualité.

On voit ici que la motivation à la révélation et la perception du problème sont une barrière à l'utilisation de mesures simples (sensibilité, qualité de vie, espérance de vie...) pour qualifier la qualité du dépistage. Cette motivation à la révélation, et donc au changement, est variable d'une femme à l'autre et, pour une même femme, d'un moment à l'autre.

Nous étudierons dans la partie suivante l'applicabilité du célèbre modèle transthéorique de motivation au changement de Prochaska et DiClemente au domaine des violences conjugales.

## 2- Modèle de la motivation au changement de Prochaska et DiClemente

### Modèle de base :

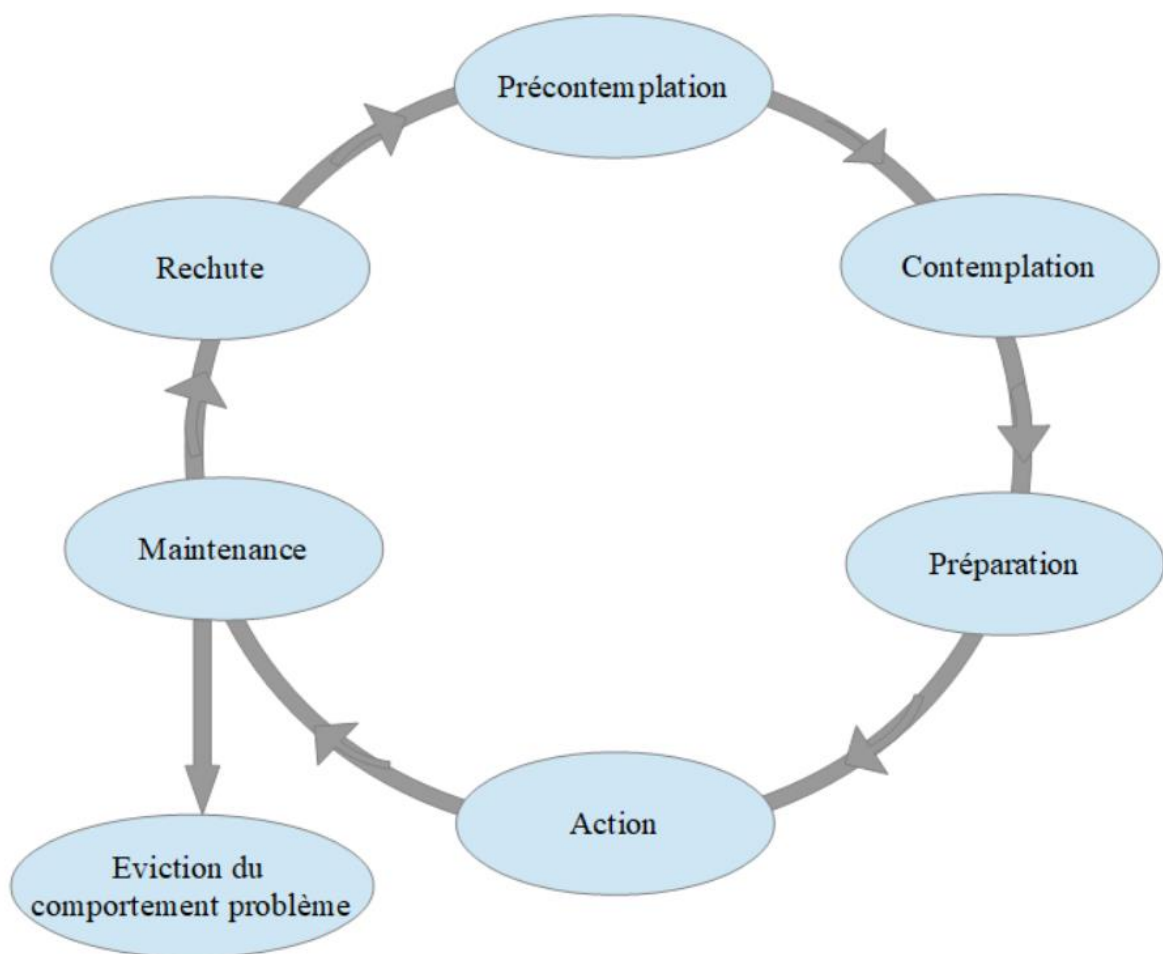
En 1982, les deux psychologues américains Carlo DiClemente et James O. Prochaska copublèrent un article dans lequel ils exposaient un modèle « transthéorique » de la motivation au changement (88).

Ce modèle avait pour objectif initial d'expliquer les variations inter et intra-individuelles de la motivation au sevrage tabagique de sujets fumeurs chroniques. Les deux chercheurs ont

ainsi décomposé le cheminement de l'adoption du nouveau comportement (le sevrage tabagique) en une succession d'étapes intermédiaires, communes à tous les fumeurs.

Bien que ce modèle ait initialement été utilisé dans ce contexte précis de sevrage tabagique (89), il a progressivement été généralisé à d'autres comportements comme la mise en application de stratégies de contrôle du poids ou de résolution de la détresse émotionnelle (90).

La théorie formulée se schématise sous l'image d'une roue désormais célèbre (**figure 2**), ainsi que par une liste moins connue de 10 « processus de changement » (**tableau 4**) :



*Figure 2 : Modèle du changement selon Prochaska et DiClemente*

Si l'on suit l'exemple du comportement de sevrage tabagique, les différentes étapes décrites peuvent se résumer comme suit :

Phase précontemplative : Le sujet n'envisage absolument pas le changement. Les bénéfices imaginés par le patient d'un sevrage sont bien inférieurs aux inconvénients encourus. Le patient

est alors parfaitement hermétique à de nombreuses techniques motivationnelles ainsi qu'aux messages de prévention.

Phase contemplative : L'idée du changement de comportement est cette fois envisagée par le patient. La balance entre bénéfices et inconvénients du sevrage tabagique s'équilibre. Il n'y a pourtant pas d'action initiée en ce sens, le patient est dans une phase de réflexion. C'est souvent la phase la plus longue du cycle, en particulier pour le sevrage tabagique (89).

Phase de préparation : Le sujet rentre alors dans une démarche active de changement de comportement. Il programme un plan de modification avec une échéance. Chez le fumeur, il peut s'agir de la résolution d'arrêter de fumer à la fin du paquet en cours par exemple. Par convention, cette phase est d'une durée inférieure à un mois.

Phase d'action : Le patient met en place les dispositions envisagées pendant la phase de préparation. Il s'agit à proprement parler du début effectif du sevrage tabagique.

Phase de maintenance : Le comportement est maintenu pendant une période plus ou moins prolongée. Par convention, cette phase commence après une période d'Action de 6 mois sans rechute.

Phase de rechute : Qui fait donc partie, selon ce modèle, du déroulé « normal » du processus de changement. Ce modèle permet de dédramatiser avec le patient cette phase, souvent considérée comme un échec. Au contraire, elle ne ferme pas la porte au changement, puisqu'elle peut déboucher à tout moment sur un nouveau cycle.

On constate selon ce modèle, largement considéré comme la référence depuis, que le changement de comportement n'est pas un mécanisme binaire, radical, mais bien l'évolution d'une réflexion du sujet en différentes étapes. Évolution qui peut être longue, qui peut potentiellement durer toute une vie.

Mais le passage d'une phase à une autre n'est ni automatique, ni magique. Elle résulte de la prise en considération de différents « arguments » par le patient en faveur d'un changement de comportement. Prochaska et DiClemente ont ainsi identifié, quelques années après avoir décrit leur modèle exposé ci-dessus, les « processus du changement » opérants dans le sevrage tabagique (91). Il s'agit des conclusions que le patient tire sur lui-même ou sur son environnement, en lien avec son comportement problème, et qui vont l'inciter à progresser dans le cycle du changement de comportement. Les deux psychologues en ont dénombré 10, qu'ils ont

découpé (il s'agit là plus d'un découpage théorique que d'un véritable schisme pratique) en 5 processus *cognitifs* et 5 processus *comportementaux*.

Tableau 4 : Processus du changement selon Prochaska et DiClemente (adapté de (91))

<b>Processus du changement</b>		
<b>Processus</b>		<b>Définition/exemple</b>
<u>Cognitifs</u>	Prise de conscience ( <i>consciousness raising</i> )	Intégrer des arguments importés de l'extérieur en faveur du changement de comportement  « <i>Je me souviens d'informations que m'ont donné des proches sur les bénéfices du sevrage</i> »
	Sensibilisation aux risques ( <i>dramatic relief</i> )	Manifestations émotionnelles en faveur du changement de comportement  « <i>Penser aux effets nocifs du tabac m'angoisse</i> »
	Sensibilisation au coût écologique ( <i>environmental reevaluation</i> )	Conception de l'impact écologique du comportement  « <i>J'ai l'idée que les gens qui arrêtent de fumer aident à améliorer l'état de notre environnement</i> »
	Soutien public ( <i>social liberation</i> )	Interpréter la position du monde extérieur comme favorable au changement du comportement  « <i>Je remarque que la société fait en sorte que la vie soit plus facile pour les non-fumeurs</i> »
	Auto-réévaluation ( <i>self reevaluation</i> )	Identifier l'écart entre le comportement présent et l'objectif de soi  « <i>J'ai conscience du fait qu'il faudrait que j'arrête de fumer pour devenir vraiment la personne que je souhaite être.</i> »
<u>Comportementaux</u>	Soutien social	Disposer d'un entourage non jugeant vis-à-vis du comportement

	<i>(Helping relationship)</i>	« J'ai une personne à qui je peux confier librement mes problèmes avec le tabac. »
	Contrôle des stimuli <i>(stimulus control)</i>	Contrer activement les stimuli potentiels au comportement problème  « J'élimine de chez moi des éléments qui pourraient me pousser à fumer »
	Diversion <i>(counterconditioning)</i>	Mettre en place des alternatives au comportement problème  « Quand l'envie de fumer me prend, je vais plutôt faire du sport »
	Renforcement social <i>(reinforcement management)</i>	Percevoir des renforcements positifs de la part de l'entourage vis-à-vis du changement de comportement  « Je suis félicité par les autres quand je ne fume pas »
	Soutien personnel <i>(self liberation)</i>	Ressentir un certain contrôle quant au changement de comportement  « Je me dis que j'ai le pouvoir d'arrêter de fumer si je le souhaite »

Ces processus sont donc diversement utilisés par le sujet dans le cadre de la mise en place du changement de comportement. Plusieurs d'entre eux seront nécessaires pour induire une progression du patient dans le cycle. Prochaska et DiClemente ont également remarqué que les différents processus avaient une utilité préférentielle fonction de la phase dans laquelle se place le patient. Ainsi, **avant la phase de préparation, le sujet sera plus sensible aux processus cognitifs alors qu'à partir de celle-ci, les processus comportementaux seront plus efficaces.**

De plus, selon le comportement étudié (sevrage tabagique, contrôle pondéral...), certains processus seront plus ou moins adaptés et résonneront plus ou moins dans l'esprit du sujet.

#### Application au cas particulier des violences conjugales

Si le modèle de Prochaska et DiClemente a été décrit initialement dans les années 1980, c'est dès les années 1990 et 2000 que les chercheurs ont essayé d'appliquer ses principes à la

problématique des violences conjugales, en prenant pour sujet la femme victime de ces violences.

En 1997, J. Brown propose en effet ce parallèle, notamment sur la notion de « rechute » bien qu'il ne dispose pas d'expérimentations pratiques sur lesquelles s'appuyer (92). Il suppose que la prise en charge d'une femme victime de violences doit varier selon la phase dans laquelle elle évolue à un moment donné. Il constate qu'une des obstructions à la recherche théorique dans le cadre de la maltraitance exercée par un des partenaires est la difficulté à définir la phase « Action », dont le contenu peut dépendre de chaque situation (porter plainte, rompre la relation, poser les bases d'une relation plus saine...).

En 2001, une étude s'appuyant sur le témoignage de femmes victimes de violence vient prouver l'applicabilité du modèle transthéorique à cette situation (93). Puis d'autres travaux viennent s'ajouter et confirmer cette nouvelle approche des violences domestiques (38,94–96). Toutefois, les chercheurs soulignent quelques variations ou précisions remarquables vis-à-vis du modèle originel. Par exemple, contrairement aux autres comportements « problèmes » décrits précédemment, la problématique des violences conjugales est particulière en cela qu'elle se place au sein d'une relation interpersonnelle. Le sujet n'est plus seul face à son comportement, mais doit tenir compte d'une autre personne dans son calcul.

D'autres subtilités moins théoriques sont notées.

Concernant la roue du changement :

Les auteurs précisent que, de façon plus nette qu'avec les autres troubles étudiés, des conséquences particulières des violences peuvent venir enliser la patiente dans une *phase précontemplative*. Par exemple, l'aboulie d'une dépression, ou les évitements d'un ESPT induits peuvent paralyser la progression de la motivation. La femme peut aussi se convaincre à ce stade que la vraie victime est en réalité le conjoint violent (la violence exprimerait un mal-être, un besoin d'aide...) et la culpabilité d'une séparation se posera comme obstacle à l'avancée dans le cycle. La femme est parfaitement hermétique aux informations délivrées. Le risque est alors que le professionnel de santé se braque et abandonne définitivement le soutien.

*La phase contemplative*, comme pour le sevrage tabagique, peut être particulièrement longue en durée. L'écueil à ce stade est que le professionnel perçoive la femme comme évitant et repoussant sans cesse les actions à effectuer, et qu'il exerce là-encore une forme de rejet de sa



patiente. Néanmoins, il peut s'aider de soutiens divers (informations orales, flyers, posters...) qui sont des outils très efficaces pendant cette phase.

*La phase d'action* quant à elle est souvent déclenchée à l'occasion d'une exacerbation des violences subies, comme des dégâts matériels, de sévères blessures ou l'apparition de menaces de mort.

Enfin, certains auteurs pensent identifier une phase intermédiaire entre « précontemplation » et « contemplation », une phase qu'ils nomment *phase « d'espoir »* (94). Il s'agit d'une étape pendant laquelle les femmes constatent bien qu'il existe un problème dans leur couple mais n'identifient pas les violences comme étant ce problème. Le passage de « constater UN problème » à « constater LE problème » serait la frontière entre phase d'espoir et phase contemplative.

Concernant les processus du changement :

Une adaptation des différents processus décrits est nécessaire. Par exemple, la « sensibilisation au coût écologique » s'abordera plutôt en envisageant les conséquences sur l'entourage des faits de maltraitance domestique.

Divers exemples de techniques pour actionner ces processus sont proposés (82), et nous pouvons nous-même en ajouter certains pour parfaire l'adaptation du modèle initial aux violences conjugales (**tableau 5**) :

*Tableau 5 : Proposition d'adaptation des « processus du changement » aux violences conjugales (inspiré de (94))*

<b>Processus du changement et violences conjugales</b>		
<b>Processus</b>		<b>Rappel de définition et <i>exemples de mise en œuvre</i></b>
<u>Cognitifs</u>	Prise de conscience ( <i>consciousness raising</i> )	Intégrer des arguments importés de l'extérieur en faveur du changement de comportement  <i>Par le biais de groupes de parole, de l'affichage publique, spots télévisés...</i>
	Sensibilisation aux risques	Manifestations émotionnelles en faveur du changement de comportement

	<i>(dramatic relief)</i>	<i>Demander à la femme de raconter son vécu, ses émotions face à la situation de violences...</i>
	Sensibilisation au coût écologique <i>(environmental reevaluation)</i>	Conception de l'impact écologique (=environnement immédiat de la patiente) du comportement  <i>Questionner la femme sur les conséquences visibles des violences sur son entourage, la modification possible si arrêt des violences...</i>
	Soutien public <i>(social liberation)</i>	Interpréter la position du monde extérieur comme favorable au changement du comportement  <i>Faire connaître à la femme l'existence de numéros d'assistance, campagnes publiques, du renforcement de la loi...</i>
	Auto-réévaluation <i>(self reevaluation)</i>	Identifier l'écart entre le comportement présent et l'objectif de soi  <i>« Comment vous voyez-vous dans 10 ans ? » « Votre « moi futur » idéal est-il compatible avec les violences que vous subissez ? »</i>
<u>Comportementaux</u>	Soutien social <i>(Helping relationship)</i>	Disposer d'un entourage non jugeant vis-à-vis du comportement  <i>Demander à la femme si elle dispose d'une personne à qui elle peut se confier sans jugement.  Maintenir une position neutre et empathique en consultation.</i>
	Contrôle des stimuli <i>(stimulus control)</i>	Contrer activement les stimuli potentiels au comportement problème  <i>Proposer de changer de numéro de téléphone, ne pas faire connaître son adresse à l'ex-conjoint...</i>
	Diversion <i>(counterconditioning)</i>	Mettre en place des alternatives au comportement problème  <i>Proposer à la femme de rencontrer de nouvelles personnes, s'investir dans une</i>

		<i>association, une passion, l'aider à trouver ses objectifs de vie...</i>
	Renforcement social <i>(reinforcement management)</i>	Percevoir des renforcements positifs de la part de l'entourage vis-à-vis du changement de comportement  <i>Renforcer un changement provoqué par la femme, même s'il paraît minime.</i>
	Soutien personnel <i>(self liberation)</i>	Ressentir un certain contrôle quant au changement de comportement  <i>Proposer si besoin une thérapie d'affirmation de soi, d'estime de soi, valoriser la prise de décision par la patiente...</i>

Pour le médecin, intégrer ce modèle de motivation au changement, et se convaincre de sa pertinence dans le domaine des violences conjugales présente plusieurs intérêts :

- Prévenir le rejet de femmes dépistées positives ou fortement suspectées de violences, mais qui ne souhaiteraient pas agir. On s'aperçoit qu'il s'agit là d'une phase bien identifiée de la roue du changement. Il n'y a rien là de définitif, d'inéluctable, et le médecin ne doit pas prendre pour soi le refus de la patiente. Le mieux qu'il puisse proposer à ce stade, sont **une information régulière et une garantie que « la porte sera ouverte »** si la femme change un jour d'avis.
- A l'inverse du rejet, l'autre écueil est de pousser la femme vers des démarches sociales ou judiciaires malgré elle. Il est clairement admis aujourd'hui dans toutes les recommandations que, hors cas particuliers, l'autonomie de la patiente doit absolument être préservée (37,55,97). D'une part, comme vu plus haut, une démarche initiée en phase précontemplative ou contemplative a toutes les chances d'être infructueuse et contre-productive (18). D'autre part, « forcer » la femme à agir pourra lui paraître une nouvelle forme de violence. Si le conjoint violent parvient à contraindre la volonté de la femme à force d'emprise, il paraît absurde de vouloir entraîner la femme hors de ce schéma par une nouvelle forme de domination (« Moi, je sais ce qu'il vous faut. »), même si cela part d'un sentiment de bienveillance. Au contraire, le médecin devrait avoir une **attitude plus passive** : beaucoup plus portée vers l'écoute, l'empathie et la recherche des souhaits de la femme.

- Attitude passive ne veut pas dire inactivité. En s'appropriant les différents « processus du changement », le médecin s'offre des techniques supplémentaires à ajouter à sa palette. En comprenant la résonance particulière des différents processus selon le stade d'évolution de la femme (plutôt processus cognitifs avant la phase de préparation, processus comportementaux à partir de celle-ci), il pourra essayer d'**utiliser ces différents arguments** pour l'échange avec la femme victime, afin de l'aider à avancer dans le cycle.
- Enfin, tuer l'idée fausse d'un échec inexorable face à une femme qui présente une ou plusieurs rechutes (typiquement, une femme qui se remet en couple avec son ex-conjoint violent). Comme pour le sevrage tabagique, le changement sous-entend la rechute. Mais ça n'est pas un retour à la case départ, la femme repart dans le cycle avec toute l'expérience acquise pendant le cycle précédent.

## B) Résolution des freins au dépistage

Une fois ces deux principes présentés, nous pouvons nous intéresser à la construction d'une formation qui chercherait à lever les différents freins exprimés par les médecins généralistes pour un dépistage de routine des violences conjugales.

Dans cette partie, nous étudierons les réponses apportées par les données de la science à ces réticences. Dans la partie suivante, nous enrichirons notre projet de formation de données plus pratiques, visant à être dispensées aux médecins, touchant à la conduite à tenir en cas de dépistage positif.

Explorons donc à nouveau successivement les différents freins exprimés par les médecins.

### 1- Manque de formation

Données de la science : Il s'agissait du premier frein exprimé par les médecins généralistes. Une formation améliorerait-elle vraiment les pratiques ? Quelle forme doit-elle prendre pour être efficace ?

Il est très difficile d'estimer l'effet propre d'une formation sur les pratiques de dépistage (par formation, on entend ici la diffusion de données générales comme des définitions, des notions

d'épidémiologie, des techniques d'entretien... qui n'incluent pas d'outils pratiques créés spécifiquement à l'adresse des médecins formés). En effet, dans l'immense majorité des études, la formation est *couplée* à des outils personnalisés (raccourci logiciel pour renseigner les violences, accès facilité à certains services d'orientation, protocoles de prise en charge en cas de dépistage positif...). Difficile d'évaluer l'effet propre de ces deux composantes distinctes quand elles sont entremêlées (98).

Une autre entrave est le peu de travaux publiés s'intéressant particulièrement au domaine de la médecine générale. Beaucoup évaluent des formations à destination du personnel hospitalier, et sont difficilement transposables à la médecine de ville. Toutefois, ils peuvent nous suggérer la taille de l'effet en cas d'application en médecine de ville.

Les données offertes par la science sont plutôt discordantes. Par exemple, une étude américaine a montré une augmentation des pratiques de dépistage d'internes en médecine interne, passant de 0,8% à 17% après une formation de 3,5 heures (99). A l'inverse, une formation courte d'1 heure s'est révélée inefficace chez des internes urgentistes (100).

En 2000, une première revue systématique avait suggéré qu'une formation seule n'améliorait pas franchement les pratiques de dépistage, mais qu'elle devait être accompagnée de protocoles ou de guides de bonnes pratiques (67).

En 2005, une méta-analyse cherchait à mettre en évidence une plus-value d'une formation, seule ou couplée, quant aux pratiques de dépistage (18). Celle-ci a recensé 9 articles. 7 d'entre eux montraient un résultat plutôt positif de la formation sur les capacités des médecins à dépister, à orienter... Toutefois, les auteurs ont jugé le niveau de preuve insuffisant devant la faiblesse méthodologique des études incluses. Parmi celles-ci, une seule s'intéressait à la médecine de ville.

Depuis, deux autres revues systématiques, l'une de 2011 (28) et l'autre de 2014 (98), ont confirmé l'impression globale donnée par ces premiers travaux. Ainsi, si une formation théorique sur les violences conjugales peut améliorer certains paramètres indirects (confiance en soi du médecin, connaissances théoriques...) et légèrement le taux de dépistage, ce dernier est véritablement augmenté **seulement quand la formation est couplée à des dispositifs pratiques mis à disposition du médecin** : posters, flyers, modification du logiciel bureau, mise à disposition d'un protocole d'orientation...

Une étude réalisée chez des médecins généralistes en 2010 montre des résultats concordants (101). Les taux de dépistage ont explosé après formation et création d'une section

spéciale du dossier informatique pour renseigner la recherche d'abus dans le couple, puis ont diminué une fois cette section supprimée (sans pour autant retourner aux taux antérieurs de dépistage). Nous reviendrons sur cette publication en seconde partie.

Conclusion pratique : Contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'effet d'une formation théorique sur la problématique de la maltraitance entre conjoints est loin d'être majeur quant au comportement ultérieur du médecin. Elle semble cependant très intéressante pour améliorer des paramètres indirects, comme le sentiment d'auto-efficacité du médecin, base probablement précieuse pour l'adoption de comportements pérennes.

Nous pourrions donc envisager une formation pour les médecins, comprenant seulement « le minimum nécessaire » sur le plan théorique, pour faire davantage la part belle aux apports pratiques. Cela a l'avantage non négligeable de ne pas noyer le professionnel sous des chiffres et des définitions qui, finalement, ne lui seront pas d'un grand secours au cabinet.

## 2- Manque de temps

Un problème qui s'oppose de façon récurrente à l'adoption de bonnes pratiques en médecine générale.

Si aucun travail n'est malheureusement parvenu à rendre les quinze minutes réglementaires plus longues, il faut plutôt prendre l'angle de l'optimisation du temps accordé au dépistage. Deux temps sont à explorer pour cela : le temps du dépistage proprement dit puis, en cas de révélation de violences, le temps d'échange avec la patiente. Faire gagner du temps au médecin à l'une et l'autre étape permettra sans doute d'améliorer son abord du dépistage.

Étudions ces deux temps séparément :

### – Le dépistage en lui-même :

La question qui se pose alors est de savoir s'il existe une question ou une série de questions (voire un questionnaire validé) qui serait à la fois rapide à poser, complète (pour aborder les différents modes de violence conjugale : physique, psychologique, etc.), d'utilisation simple (dans l'idéal mémorisable), sensible et spécifique (même si, comme vu plus haut, cela ne serait pas l'objectif premier).

La HAS, dans son guide de recommandations de 2019 (32), propose quelques questions-types assez intéressantes et rapides à poser en consultation.

« *Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ?* »

« *Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ?* »

« *Il arrive que des patientes qui présentent les mêmes symptômes que vous soient victimes de violence. Est-ce votre cas ?* ».

Malheureusement, certaines de ces questions sont assez vagues (la première par exemple) et peuvent alors souffrir d'un défaut de compréhension par les patientes. C'est courir le risque d'un dépistage inefficace, ou rallongé, s'il est besoin de préciser la question initiale par d'autres questions plus directes. De plus, il n'est pas spécifié dans le guide que ces questions soient soutenues par des études les ayant validées. Elles restent cependant intéressantes car faciles à utiliser et à mémoriser.

Si l'on cherche du côté des études justement, on tombe sur de nombreux outils qui ont été validés précisément pour le dépistage des violences conjugales. Les plus connus sont le *Woman Abuse Screening Tool* (WAST), le *Women's Experience with Battering Scale* (WEB) et le HITS (moyen mnémotechnique pour retenir les questions à poser : *Hit, Injury, Threaten* et *Scare*) (81). Ils sont tous relativement bien diffusés, en tout cas dans les pays anglophones. Néanmoins, ils présentent plusieurs faiblesses.

La première est leur faible base théorique : tous ont été validés sur la base d'échantillons de femmes relativement faibles (400 femmes maximum en général, sauf pour le WEB, qui a été soumis à 1150 femmes) et donc peu représentatifs de la population générale, et mondiale. Ensuite, aucun de ces questionnaires ne parvient à lui seul à explorer toutes les composantes de la violence entre conjoints (physique, psychologique, sexuelle, voire économique et administrative). Le WEB par exemple, explore surtout la composante psychologique, un peu la composante physique, pas du tout la composante sexuelle. Idem pour le HITS qui néglige aussi cette dernière forme de violence. Cette hétérogénéité fait constater en 2013 au *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) britannique que ces outils différaient trop dans leurs résultats, et **étaient donc d'une fiabilité incertaine** (102). Les recommandations belges par exemple s'appuient sur cette constatation pour recommander de ne pas utiliser l'un de ces outils de dépistage (55). La HAS elle-aussi, dans l'argumentaire de ses recommandations de 2019 (103), récuse ces outils pour cette raison.

D'autant que, dans les pays francophones, le problème de la validation de ces outils se pose. En effet, seuls deux d'entre eux ont été validés en langue française : le WAST et le WAST-short (variante à deux questions du WAST) (104). Après les avoir étudiés l'un et l'autre, nous n'avons pas retenu ces outils pour les proposer aux médecins dans ce travail de thèse. Le WAST est trop long (7 ou 8 questions selon la version), et son application en vue de gagner du temps paraît donc illusoire. De plus, un travail de thèse français l'a déjà évalué chez des médecins généralistes, et 40% d'entre eux ont déclaré ne pas souhaiter poursuivre avec (105). Le WAST-short aurait pu être intéressant sur le plan de sa facilité d'utilisation, car il se limite à deux questions. Cependant, une réponse positive à l'une de ces questions oblige le praticien à poser 5 questions supplémentaires. Là-encore, la praticité de l'instrument est mise à défaut.

Un autre questionnaire, le RICCP, a été créé spécifiquement pour un travail de thèse français (27). Il a été testé auprès de 11 médecins généralistes dans le cadre d'un dépistage systématique. Bien que les retours des patientes et des médecins soient plutôt bons, aucun de ces derniers n'a souhaité poursuivre l'intervention après la fin de l'analyse (mais difficile d'attribuer ces réticences au questionnaire ou à la pratique du dépistage systématique). L'un des défauts, à notre sens, de ce questionnaire est là encore le nombre trop élevé de questions (5 en tout).

Les questionnaires validés ont donc comme principal défaut leur longueur, et en conséquence la difficulté à les utiliser à grande échelle, plusieurs fois par jour, dans le cadre d'un dépistage de routine. A l'inverse, la sensibilité et la spécificité des questions uniques apparaît comme très faible, et leurs capacités d'exploration des différents champs de la violence illusoire (81,106).

Une étude de 2012 offre peut-être une solution (107). Celle-ci cherchait à évaluer la sensibilité et la spécificité de 3 questions seulement, à savoir :

- *Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ?*
- *Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?*
- *Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?<sup>14</sup>*

Les résultats du dépistage par ces 3 questions sont excellents, même peut-être meilleurs que ceux du WAST (par comparaison indirecte de faible niveau de preuves). A noter cependant que les questions étaient posées par le biais d'un formulaire papier.

---

<sup>14</sup>Il s'agit des 3 dernières questions du questionnaire WAST.



En plus de sa spécificité et sensibilité, ce questionnaire offre beaucoup d'avantages : exploration des 3 principales composantes de la violence conjugale, rapidité de soumission, facilité de mémorisation.

En revanche, il n'explore pas la violence économique ou la violence administrative. On peut cependant supposer que celles-ci sont associées dans la majorité des cas à une violence physique, psychologique ou sexuelle. De plus, comme énoncé plus haut, l'intérêt principal du dépistage n'est pas dans sa sensibilité mais dans sa capacité à ouvrir la discussion. Les 3 questions précédentes pourraient encourager une femme à dénoncer des abus qui ne correspondraient pourtant pas à ces 3 cadres particuliers.

#### - L'échange post-révélation

L'intérêt du dépistage est qu'il puisse se greffer à une consultation initialement demandée par la patiente pour un motif tout autre.

Or, en cas de réponse positive, il est du devoir du médecin d'explorer plus en profondeur la situation familiale. Il doit pour cela poser des questions supplémentaires et accomplir différentes tâches. Celles-ci sont nombreuses, certaines particulièrement chronophages, et là encore le temps risque bien d'être le facteur limitant d'une prise en charge complète de cette problématique, en plus du motif initial de consultation.

L'idéal serait de proposer à la femme un autre rendez-vous pour parler plus en profondeur de cette problématique, comme déjà suggéré dans un précédent travail de thèse (29). En effet, le médecin pourrait alors plus à loisir réserver un créneau de 15 voire 30 minutes, exclusivement réservé à la prise en charge post-révélation des abus conjugaux. Néanmoins, il serait déplacé de s'astreindre simplement au questionnement initial lors de la première consultation. La femme pourrait vivre comme un évitement, voire comme un rejet, le report de l'exploration « à la prochaine fois ». De plus, certaines femmes pourraient refuser ce second rendez-vous, pour de multiples raisons, ou simplement l'annuler ou ne pas s'y présenter, et une prise en charge « minimale » doit donc être opérationnelle de suite après un dépistage positif. Quels seraient les éléments essentiels à y inclure ?

Fort heureusement, quand on recoupe les différentes sources d'informations (recommandations d'organismes, témoignages de femmes victimes, avis d'experts (12,15,32,36,38,55,97)), nous constatons que tous sont plutôt unanimes quant aux bonnes pratiques à adopter face à une révélation de violences de la part du partenaire. Nous en tirerons

une liste de 10 tâches que doit réaliser le médecin à chaque révélation (détaillée en partie 3). Parmi celles-ci, nous avons opéré une sélection pour retenir **5 tâches « prioritaires », à réaliser systématiquement au décours immédiat de la révélation**. La consultation de révélation des violences devra au-moins avoir permis au médecin de réaliser ces actions prioritaires. Nous allons les exposer ici.

Celles-ci doivent toutes s'entreprendre dans une démarche empathique et en l'absence de tout jugement du comportement de la patiente, ni même de la situation :

- **Validation** : Valider l'expérience, c'est-à-dire confirmer à la femme qu'il s'agit bien là d'une situation de violences conjugales. Cela permet de faire comprendre à la femme qu'elle est crue. Valider également la difficulté qu'elle peut avoir à en parler est utile. Aussi, il faut savoir lui signifier qu'il s'agit d'un problème fréquent en France, et qu'elle n'est pas la seule à vivre cette situation.
- **Rappeler la confidentialité** : de la révélation. S'appuyer sur le secret professionnel pour garantir l'absence de risque d'ébrulement des révélations au conjoint ou aux proches.
- **S'enquérir des attentes de la femme et proposer une orientation** : Demander dans un premier temps à la patiente si elle souhaite que le reste de la consultation soit dédié uniquement aux violences. Si oui, proposer un autre rendez-vous pour le motif de consultation initial. Si non, poursuivre alors avec les actions prioritaires.

Il faut aussi rechercher ses attentes et ses besoins en fonction de sa motivation au changement. Dans tous les cas, même si la femme ne souhaite pas agir de suite, il faut lui fournir les coordonnées des organismes dédiés dans le cas d'un changement d'avis. Dans l'idéal, les contacts utiles seront transmis sous forme d'un prospectus avec regroupement des coordonnées des associations, des postes de gendarmerie, des numéros utiles...

- **Organiser un suivi** : en proposant un autre rendez-vous : rapidement (dans les 7 jours par exemple) et dans la mesure du possible, le poser directement avec la patiente, pour ne pas lui laisser croire qu'il s'agisse là d'une technique pour « se débarrasser d'elle ».
- **Notifier les violences** : dans le dossier médical. Possiblement au décours de la consultation.

Selon chaque situation, des tâches « urgentes » complémentaires pourront se rajouter (notamment la rédaction d'un certificat médical en cas de violences aiguës), mais nous pouvons

présager qu'il s'agira là souvent du motif principal de consultation, donc la problématique du temps se posera moins.

Finalement, ces tâches prioritaires sont assez semblables aux actions décrites dans un article de Gerbert et Al. de 2000 (108), lequel se proposait de simplifier le rôle du médecin à 4 objectifs regroupés sous l'acronyme AVDR : *Asking* (dépister), *Validating* (valider la révélation), *Documenting* (noter dans le dossier la révélation, les éléments de l'interrogatoire et les signes cliniques) et *Referring* (rediriger vers un spécialiste des abus conjugaux).

Conclusion pratique : Le temps est un ennemi constant en pratique de médecine générale. Afin de ne pas surcharger le médecin, plusieurs outils peuvent être proposés lors de la formation.

Pour ce qui est du dépistage en soi, faute de mieux, l'utilisation de 3 questions simples (Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement/psychologiquement/sexuellement ?) semble un bon compromis entre durée d'administration et champ d'exploration. A défaut, on pourra aussi présenter les questions-types proposées par la HAS dans son guide clinique de 2019 ou, pour les médecins les plus motivés, le WAST-short malgré ses limites décrites plus haut.

En cas de révélation positive, limiter le rôle immédiat du médecin aux 5 courtes tâches décrites ci-dessus permet là encore de soulager la consultation. Ensuite, une autre consultation dédiée spécifiquement à cette problématique permettra de remplir les objectifs moins urgents, que nous décrirons dans le chapitre suivant.

Notre projet de formation doit donc bien s'attarder à expliquer cette démarche aux médecins, souvent désemparés au moment de la révélation. Pour leur faire gagner encore plus de temps, il serait bon que nous leur propositions directement les prospectus regroupant les différents contacts, à donner à la femme en cas de révélation.

### 3- Méconnaissance du réseau

Pour pouvoir orienter correctement une femme victime de sévices conjugaux, encore faut-il avoir connaissance du réseau local de prise en charge.

Il est difficile pour un médecin généraliste de retenir les coordonnées de tous les interlocuteurs (médicaux, paramédicaux, administratifs, judiciaires, associatifs...) potentiellement profitables à ses patients.

On a déjà vu plus haut que, si l'effet d'une formation théorique seule sur les pratiques de dépistage est incertain, le couplage d'une telle formation avec un protocole, comprenant entre autres une liste de référents utiles, permettait bien souvent d'améliorer les pratiques, au moins à moyen terme (67). L'accès facilité au réseau local, ainsi que le soutien des pratiques par le système institutionnel font partie des critères indispensables pour qu'une formation soit porteuse de résultats selon plusieurs spécialistes (87). Ceux-ci recommandent même une orientation vers des professionnels « sur place », c'est-à-dire dans notre situation, des référents disponibles directement au cabinet, ce qui paraît bien difficile à mettre en pratique.

Conclusion pratique : A défaut de pouvoir proposer des aidants directement sur le lieu de consultation, la meilleure stratégie à adopter pourrait être de fournir simplement aux médecins la liste des contacts potentiellement utiles, adaptée à leur lieu de consultation.

Cette liste serait disponible sous forme d'une plaquette de petit format, que le médecin pourrait consulter facilement en consultation, seul ou avec la patiente. Nous pourrions en proposer plusieurs exemplaires afin que le médecin puisse transmettre le document aux femmes comme proposé plus haut.

#### 4- Appréhension de la réaction de la patiente

L'idée d'une réaction hostile au dépistage de la part de la patiente est diffusément retrouvée dans les différents travaux scientifiques. Or, si l'on en croit les patientes, concernées ou non par la problématique des violences entre partenaires, cette appréhension est parfaitement infondée.

S'il est vrai qu'un questionnement mal amené peut dérouter une patiente (21), une méta-analyse de 2002 (40) nous apprend qu'au moins 75% des femmes sont favorables à un questionnement de routine sur le sujet. Par ailleurs 83% des hommes sont également d'avis que de tels faits devraient être recherchés par le médecin. Une étude, irlandaise, confirme ces chiffres (78% dans leur travail), et nous montre que le pourcentage de réactions positives est similaire chez les femmes victimes et chez les femmes indemnes de violence conjugale (8). Parmi les 22% de femmes restantes, 13% n'ont pas d'avis particulier sur la question, et 9% seulement sont opposées à ce questionnement. Autrement dit, dans 9 cas sur 10, la question sera bien reçue, et

même souvent attendue par la patiente. Une revue systématique plus récente confirme ces données (28).

Cette position se retrouve également dans les témoignages de femmes anciennement victimes de violences conjugales, qui déplorent pour la majorité n'avoir jamais été questionnées par leur médecin sur ce sujet (15,21). D'ailleurs, dans une étude australienne de 2011, un tiers des femmes interrogées avouent qu'elles n'auraient pas révélé les faits de violence si la question ne leur avait pas été posée (45).

Conclusion pratique : Il n'existe pas de fondement scientifique à cette impression qu'a le corps médical qu'il serait mal reçu s'il posait une question aussi indiscreète. Au contraire, les femmes accueillent favorablement le dépistage. Il s'agit probablement chez les praticiens d'un biais cognitif, qui tend à favoriser la mémorisation d'expériences vécues comme des échecs (les refus) plutôt que des expériences qui se sont bien déroulées. Ce d'autant que les patientes vont rarement oser remercier explicitement leur médecin d'avoir osé poser la question, donnant une sur-représentation faussée des réactions négatives.

Quoi qu'il en soit, donner ces chiffres aux médecins lors de leur formation peut suffire à lever une première appréhension qui, on l'espère, sera rapidement dissipée avec les premiers essais de dépistage.

## 5- Autres freins rapportés par les médecins

Plus rapidement, nous allons rechercher une solution aux freins plus secondaires exprimés par les médecins.

- Découragement devant l'ambivalence de la patiente : comme vu plus haut, le modèle de processus du changement de Prochaska et DiClemente, ainsi que le cycle de la violence avec la phase de « lune de miel » expliquent cette ambivalence.

Conclusion pratique : Présenter ces modèles aux médecins et, surtout, les déculpabiliser face à l'apparente absence de résultats obtenus après un dépistage sera un point important de la formation.

- Fréquence des faux négatifs : le changement de paradigme, avec l'absence de pression quant aux chiffres de sensibilité du dépistage, nous affranchit de cet objectif.

Conclusion pratique : Présenter le changement de paradigme aux médecins, et axer davantage la mesure de la performance sur leurs taux de dépistage, plutôt que sur le taux de réponses positives.

- Sentiment d'inconfort à poser la question : probablement lié à l'absence de formation et à l'appréhension de la réaction de la patiente.

Conclusion pratique : Prendre en charge ces deux freins plus importants tel que décrit plus haut.

- Impression d'inefficacité des dispositifs de prise en charge en place : cette inefficacité peut être le fait de défauts techniques des organismes (manque de moyens financiers, lenteur du système judiciaire...) mais aussi d'un abandon par la femme des démarches entreprises dans le cadre du processus de changement.

Conclusion pratique : Difficile d'agir sur le système en lui-même. La sélection des organismes à inclure sur la plaquette d'orientation devra se baser en partie sur leurs capacités pratiques réelles.

- Peur d'induire, par le dépistage, une recrudescence des violences : là encore il s'agit d'un frein que l'on pourrait qualifier d'infondé. De nombreuses études ont recherché les effets indésirables du dépistage (45,54). Aucune n'a mis en évidence de tels effets. Des chercheurs ont même interrogé des femmes victimes 24 mois après un dépistage. Après ce délai, les femmes ont encore rapporté ressentir plus de bénéfices que de dommages suite à la démarche de dépistage entreprise par le médecin (109). Il faut cependant admettre que de telles études ont le biais d'interroger, par définition, des femmes volontaires pour répondre à ces questions après un dépistage. On peut supposer un biais de sélection.

Conclusion pratique : Déconstruire cette idée reçue si elle est soulevée par les médecins lors de leur formation, à l'aide des études publiées sur le sujet.

- Sentiment que le dépistage des violences conjugales n'est pas le rôle du médecin : peut-être est-ce plus là un mécanisme de défense qu'une réelle opposition. Difficile pour un médecin de ne pas voir les conséquences sanitaires des divers abus exercés au sein du couple, or c'est dans son intérêt de se préoccuper, à l'échelle du possible, de la santé de ses patients et patientes.

Conclusion pratique : il est peu probable qu'un médecin volontaire pour une formation sur le sujet rapporte ce frein. Néanmoins, si c'est le cas, on peut s'appuyer sur les bénéfices que le médecin pourrait tirer de la connaissance des faits d'abus chez sa patiente.

- Idée que la violence conjugale ne concerne pas la patientèle particulière du médecin : si cette idée est répandue, toutes les études montrent qu'aucun milieu socioculturel n'est épargné par la violence conjugale.

Conclusion pratique : présenter au besoin les résultats épidémiologiques démontrant que la violence conjugale concerne tous les milieux, tous les âges.

*Ces différentes « conclusions pratiques » nous permettent ainsi de dessiner les bases d'une formation, fondée sur les données scientifiques existantes, visant à lever les différents freins au dépistage exprimés par les médecins généralistes.*

*Toutefois, la formation nécessitera également, en supplément de ces apports théoriques, relevant de la cognition du médecin, des outils plus pratiques et concrets, lui permettant une amélioration de son comportement en consultation. Le savoir, que ce chapitre nous apporte, doit être couplé au savoir-faire pour que la formation soit efficace sur le terrain, et pas seulement sur des paramètres indirects (comme les connaissances théoriques ou la confiance des médecins en leurs capacités sur le sujet).*

*C'est pourquoi, dans le prochain chapitre nous nous intéresserons aux conseils pratiques proposés par les différents organismes référents en France et dans le monde. A l'issue de cette revue, nous aurons enfin toutes les clés en main pour élaborer la formation souhaitée.*

## C) Bonnes pratiques du dépistage, et conduite à tenir en cas de dépistage positif

A l'issue d'un travail de recoupage des différentes sources d'informations, nous obtenons une liste de bonnes pratiques bienvenues lors du dépistage des violences conjugales. Pour un abord plus compréhensible, nous allons donc dérouler ces éléments un par un sous forme de liste. Nous les diviserons selon les deux temps du dépistage : le dépistage en soi, puis la conduite à tenir en cas de dépistage positif.

### 1- Le dépistage

- En premier lieu, avant le dépistage, introduire la philosophie du dépistage des violences conjugales au cabinet, notamment par le biais de posters et/ou de prospectus disponibles en salle d'attente (21,32,41).
- N'entreprendre un dépistage que si l'on peut garantir la confidentialité de la révélation. L'entretien doit donc se faire en face-à-face, en l'absence d'accompagnant (hors enfant non en âge de parler ou, le cas échéant, traducteur indépendant du cercle familial) (32,86).
- Poser la question dans un contexte adapté : au bureau, avant ou après mais pas pendant l'examen physique (21).
- Donner une explication au dépistage (plusieurs explications possibles : « *Je pose la question à toutes les femmes dans cette situation* », « *Parce que c'est un problème fréquent* », « *Parce que beaucoup de femmes hésitent à en parler spontanément* », « *Parce que j'ai des solutions à proposer* », etc.) (32).
- En cas de réponse négative malgré une forte suspicion d'abus, ne pas forcer la révélation en insistant, respecter le choix de la non-révélation (32).
- Même en cas de réponse négative, proposer une aide (d'autant plus si forte suspicion malgré tout) (21,32), par exemple par des prospectus en libre-service dans le bureau ou dans la salle d'attente.
- Notifier le résultat du dépistage dans le dossier médical.

## 2- En cas de révélation positive

Comme annoncé plus haut, notre recherche a mis en évidence 10 points à aborder en cas de révélation positive. Selon le temps disponible au sein de la consultation, certains peuvent être différés à des consultations ultérieures, mais nous jugeons 5 d'entre eux prioritaires et devant être éclaircis dès le temps de la révélation, ainsi que nous l'avons abordé en partie 2-b). Nous nous contenterons ici de distinguer en gras ces points essentiels dans la liste suivante.

Le discours du médecin durant toutes ses étapes doit refléter un haut degré d'empathie, et l'absence de tout jugement, pour encourager la femme à se dévoiler (15).



- **Valider l'expérience** (55,97,108): c'est-à-dire confirmer à la femme que ce qu'elle vit constitue bien une forme de violences conjugales de la part du conjoint. La remercier d'avoir pu en parler, lui exprimer ses propres craintes, tout en l'informant que de tels faits peuvent être sanctionnés sur le plan pénal.
- **Rappeler la confidentialité de la révélation**, en invoquant le secret professionnel (32).
- **Expliquer brièvement la dynamique des violences conjugales** (55), notamment le cycle de la violence de Walker et tenter de démonter l'espoir de rédemption qu'offre la phase de « lune de miel ».
- **Évaluer la dangerosité des violences subies** (4,32,110) : qui nous donnera la probabilité de complications graves, notamment de décès. Il s'agit là d'une évaluation essentielle qui permettra de juger de l'urgence à orienter la femme vers des mesures de protection, et aussi potentiellement du rythme de suivi. Malheureusement, il n'y a pas de méthode à privilégier pour cette recherche. Il existe plusieurs outils, notamment des questionnaires spécifiques visant à déterminer cette dangerosité. Néanmoins, une méta-analyse de 2007 a montré qu'une auto-évaluation par la patiente de cette dangerosité, bien que de mauvaise sensibilité, était aussi précise que celle obtenue par le biais d'un outil validé (110). L'idéal serait donc de pouvoir combiner ces deux méthodes d'évaluation.

La HAS quant à elle recommande pour cette évaluation de se baser sur la fréquence, l'intensité, les circonstances et les conséquences éventuelles des violences. Elle propose ainsi quelques signes de gravité, que nous reproduisons ci-après à titre indicatif (**tableau 6**). Il s'agit en fait des signes de gravité déjà décrits dans le rapport Henrion en 2001(4).

Tableau 6 : Signes de gravité des violences conjugales (adapté de (32))

Indicateurs de gravité liés à l'agresseur
Augmentation des violences en fréquence et en intensité
Contexte d'addiction (alcool, stupéfiants)
Présence d'armes au domicile ou détournement d'objets de la vie quotidienne dans le but de servir d'armes

Antécédent de menaces de mort ou de tentatives de passage à l'acte (strangulation, etc.)
<b>Indicateurs de gravité liés à la victime</b>
Présence de facteurs de vulnérabilité (grossesse, handicap, isolement social, épisode dépressif...)
État de stress post-traumatique
<b>Indicateurs de gravité liés à la présence d'enfants</b>
Retentissement éventuel sur les enfants, témoins ou victimes des violences exercées

Par ailleurs, sur la base d'une étude américaine des années 2000 (111), la HAS propose dans l'argumentaire de ses recommandations de 2019 (103) (proposition non retenue dans le rapport final) une liste de 5 questions fortement prédictives de violences sévères ou mettant en jeu le pronostic vital. Une réponse positive à 3 des 5 questions définit un risque élevé :

« *Les actes de violence physique ont-ils augmenté ces 6 derniers mois ?* »

« *Votre conjoint a-t-il utilisé une arme ou vous a-t-il menacé avec une arme ?* »

« *Pensez-vous que votre conjoint soit capable de vous tuer ?* »

« *Avez-vous été battue pendant votre grossesse ?* »

« *Votre partenaire est-il violent et constamment jaloux de vous ?* »

En cas de faits jugés à risque élevé par le médecin, la HAS recommande d'envisager certains leviers spécifiques : hospitalisation pour mise à l'abri, appel du 17, prise de contact par la femme avec le Juge aux Affaires Familiales pour obtenir une Ordonnance de Protection (OPP)<sup>15</sup>.

L'évaluation de la dangerosité est donc mal codifiée en France. Heureusement, le témoignage spontané de la femme permet souvent à lui-seul de repérer les situations les plus graves. Cette information doit être complétée au besoin par la recherche spécifique des éléments évoqués par la HAS (fréquence, intensité, circonstances et conséquences éventuelles des violences), ou de la soumission du bref questionnaire de 5 items, ainsi que d'une auto-évaluation par la patiente.

<sup>15</sup>Une OPP peut s'obtenir même en l'absence de dépôt de plainte.

Toutefois, en cas de consultations dédiées à ce motif, ou de disponibilité du médecin, celui-ci peut s'aider s'il le souhaite d'un questionnaire validé plus complet (par exemple, le *Danger Assessment scale* de Campbell, révisé en 2003, auto-questionnaire qui s'appuie sur une liste de 20 questions).

- *Proposer des mesures de sécurité, si le risque est jugé élevé (32)*. Ces mesures visent à favoriser une fuite rapide du domicile en cas d'exacerbation aiguë des violences avec risque de blessures ou d'homicide. La plupart sont faciles à mettre en œuvre, et relativement bien acceptées par les patientes : cacher un sac avec de l'argent et une photocopie des papiers officiels nécessaires (carte d'identité, carte vitale...), se faire faire un double des clés du domicile, établir un code avec un proche (famille, ami, voisin...) qui pourra être facilement contacté au besoin pour prévenir les autorités, identifier un abri possible et non accessible du conjoint (chez un proche, un collègue...), etc.
- *Évaluer, le cas échéant, le risque encouru par les enfants présents au domicile (32)*. Un enfant témoin, et a fortiori, un enfant victime lui-même de violences est à considérer d'un point de vue légal comme un enfant maltraité. Si c'est le cas, un signalement auprès du Procureur de la République peut être nécessaire. A défaut, il faut discuter l'émission d'une Information Préoccupante aux autorités administratives. A savoir qu'une situation de risque imminent peut justifier, là-encore, d'une hospitalisation pour mise à l'abri en service de pédiatrie.
- *Rédiger, si la situation le justifie, un certificat médical de constatation de lésions (32,55)*. Un travail de thèse français a exploré les bonnes pratiques d'établissement d'un tel document médico-légal dans le cas particulier des violences conjugales (33). Malgré les divergences de recommandations entre les juridictions pénales et les juridictions ordinaires exposées plus haut, on peut tirer de ce travail quelques conseils pratiques.

Le médecin doit rédiger le certificat au présent de l'indicatif, indiquer les nom, prénom et date de naissance de la requérante, ses propres nom, prénom, adresse et numéro d'inscription à l'Ordre des médecins.

Il est conseillé de rapporter d'abord, entre guillemets, les propos de la victime sans mettre le nom de l'agresseur, mais possiblement son rapport avec la requérante (mari, ex-mari, etc.). Les symptômes rapportés seront également cités entre guillemets. Le

médecin peut ensuite rapporter les antécédents de la patiente s'ils sont pertinents dans le contexte (grossesse, handicap physique ou psychique...).

Puis, le médecin peut décrire son examen clinique en n'omettant pas les signes de l'examen psychiatrique (hypervigilance, pleurs, irritabilité...), ni d'éventuels signes négatifs (absence d'ecchymose en regard des métacarpiens ou des phalanges proximales, pouvant suggérer l'absence de coups de poing portés...) Si un examen complémentaire est prescrit, le préciser, par exemple avec la mention « un certificat complémentaire sera établi suite à cet examen ».

Enfin, le médecin peut prononcer une durée d'ITT, qui correspond à la durée pendant laquelle la patiente va présenter **une gêne notable dans ses activités quotidiennes**, ce qui peut se manifester par l'arrêt de la réalisation d'une tâche essentielle (sommeil, alimentation, hygiène, courses...), de défauts dans sa réalisation ou de la nécessité de l'aide d'une tierce personne pour l'exécuter. Elle n'a donc rien à voir avec un éventuel arrêt de travail, ce qui explique qu'elle puisse être posée de façon universelle (enfants, chômeurs, retraités...).

Par exemple, une patiente de 40 ans qui ne peut plus faire ses courses seule pendant 6 semaines suite à une fracture de l'humérus bénéficiera d'une ITT de 6 semaines. En revanche, de par l'absence de conséquences sur la vie quotidienne, certaines lésions spécifiques (fracture des os propres du nez par exemple) font poser une ITT d'une durée nulle ou d'un jour seulement (jour de la consultation). L'ITT ne peut être fixée que suite à un fait précis et récent. Des violences psychologiques chroniques ou des violences anciennes ne doivent pas conduire à l'établissement d'une ITT. A noter que celle-ci n'a **aucune définition légale ni barème officiel**. Ça n'est pas le seul élément utilisé par le Juge pour qualifier de la gravité de l'agression<sup>16</sup>.

Si le médecin ne se sent pas compétent pour établir l'ITT, il peut le signaler avec une mention comme « l'ITT sera fixée ultérieurement si besoin par un médecin spécialiste ». Sinon, le médecin doit écrire la durée d'ITT en chiffre et en toutes lettres (pour limiter le risque de falsification), « sous réserve de complications ultérieures ».

---

<sup>16</sup>Leur caractère intrafamilial est en lui-même déjà un facteur aggravant des violences et qualifie automatiquement l'acte en délit.

Le médecin peut conclure, s'il le souhaite et s'il se sent compétent, les données de l'examen en précisant si les lésions constatées sont compatibles ou non avec le mécanisme rapporté.

Enfin, ajouter la mention « Certificat établi à la demande de... pour faire valoir ce que de droit. », signer et dater à la date de rédaction<sup>17</sup>.

Une copie du certificat doit absolument être gardée dans le dossier médical.

- ***Orienter en respectant l'autonomie de la patiente.*** Il s'agit là de trouver le juste dosage entre déresponsabilisation du médecin et directivisme pour présenter un comportement adapté. Le médecin peut commencer par demander à la femme si elle ressent un besoin d'aide extérieure (55,97). Ensuite, même en cas de réponse négative, il peut lui transmettre (via un prospectus dédié à cet usage) les principaux contacts utiles en lui en présentant quelques-uns oralement (15,32,108,112).

Quoi qu'il en soit, il faut absolument éviter de pousser la femme à des démarches contre son gré, cela pourrait constituer une nouvelle forme de violence, risquerait d'être contre-productif et de fermer l'espace d'échange ouvert grâce au dépistage (55,97).

- ***Proposer un suivi*** (15,32,55). On retrouve parfois dans les témoignages de femmes victimes, même n'étant pas prêtes à faire des démarches supplémentaires, qu'elles ressentent le besoin d'un suivi rapproché avec leur médecin généraliste. Ce suivi permettra d'apporter un soutien psychologique, mais également d'explorer plus en profondeur la nature des abus subis (dangerosité, évolution, impact sur les enfants...). Le médecin pourra également profiter de ces consultations répétées pour travailler la motivation au changement de la patiente, notamment **en s'appuyant sur les différents processus du changement** décrits plus hauts (en particulier les processus cognitifs pour les femmes en phase de précontemplation ou de contemplation). Il peut être utile de fixer dès la consultation de révélation une date pour un prochain rendez-vous, plutôt que de laisser à la patiente l'initiative de le prendre à distance. Le rythme de suivi sera adapté à chaque situation, notamment en fonction de la volonté de la

---

<sup>17</sup>Il est possible que la patiente ne souhaite pas d'exemplaire du certificat dans l'immédiat. Donc, si cela est plus pratique pour lui, le médecin peut rédiger le certificat à une date différente de l'examen (le lendemain...). Dans ce cas, il précise, en plus de la date de rédaction, la date de l'examen clinique.

patiente, du stade motivationnel auquel elle se situe et de la dangerosité des violences subies.

- ***Notifier dans le dossier les violences subies*** (55,108). Au-delà de favoriser la continuité des soins, l'information écrite dans le dossier médical représente également une trace des violences qui pourra servir ultérieurement à la femme pour une démarche judiciaire. Il est conseillé au médecin de rapporter sous un style indirect les propos rapportés, puis sous un style direct les signes physiques constatés, à la manière de la rédaction du certificat médical. Ces écrits n'exposent pas le médecin à des poursuites tant que ces quelques règles sont respectées et qu'il ne déroge pas au secret médical (partage de l'information limité au cadre du soin : avec un médecin remplaçant, médecin collaborateur...).

Sur ces 10 points, nous en retenons 5 comme étant urgents et devant être abordés dès la consultation de révélation des violences. Il s'agit des tâches les moins coûteuses en temps, et le remplissage du dossier médical peut être réalisé une fois la consultation terminée (sur un temps de pause par exemple).

***Dans les deux chapitres précédents, nous avons donc esquissé les bases d'une formation qui pourrait permettre aux médecins généralistes d'améliorer leurs pratiques du dépistage des violences conjugales. Elle contient des informations théoriques, mais surtout des conseils pratiques. Une telle formation vise à la fois à lever les freins exprimés par les médecins à la mise en place d'un dépistage de routine, mais également à leur apporter un certain savoir-faire, visant à améliorer leur sentiment d'efficacité.***

***Le projet initial de notre thèse était d'étudier les résultats d'une formation de ce type sur les pratiques des médecins, en comparant un groupe avec et un groupe sans formation. Cependant, notre recherche documentaire nous a montré que des formations de contenu similaire avaient déjà été étudiées dans des études essentiellement américaines (pas d'étude française à notre connaissance). Elles ont montré un résultat assez inattendu qui nous a poussé à modifier quelque peu le projet : l'amélioration transitoire seulement des pratiques, avant un retour à la « base-line » après quelques semaines ou mois.***

*Dans la prochaine partie, nous commencerons par explorer ainsi cette limite des formations de ce type, puis nous ferons une hypothèse d'amélioration de notre formation en vue de corriger ce constat.*

## D) Comparaison aux formations étudiées antérieurement

### 1- Retour à la base-line dans l'année

Nous avons vu successivement dans les parties précédentes la prévalence importante de la violence domestique au sein de la patientèle des médecins généralistes, les intérêts d'un dépistage de routine de ces violences puis les freins entravant sa mise en place exprimés par les médecins. Nous avons ensuite esquissé une formation qui d'une part viserait à solutionner ces limites une par une, et qui d'autre part apporterait des outils pratiques de communication médecin-patient.

Or, ce type de formation « totale » (c'est-à-dire proposant aux médecins une formation théorique, pratique, ainsi qu'une mise à disposition d'outils concrets comme des posters ou une liste de référents par exemple) a déjà été éprouvé dans des expérimentations scientifiques, essentiellement outre-Atlantique.

En 1998, une étude états-unienne a recherché la modification des pratiques de professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, puéricultrices...) dans les 6 mois suivant une formation théorique de quelques heures, avec mise à disposition d'un protocole de dépistage, d'un questionnaire-type et d'une liste de référents (113). Une analyse intermédiaire a montré dans les suites immédiates de la formation une augmentation de la sensation de confort du médecin face à cette problématique. Toutefois, la répétition de cette même mesure à 3 mois retrouve une diminution de cette sensation de confort.

Par ailleurs, l'étude a montré de façon globale une augmentation des taux de dépistage pendant la période de 6 mois suivant la formation. Or, ces taux de dépistage n'ont pas été analysés en fonction du délai depuis la formation mais de façon globale *dans les 6 mois* suivant la formation. Il aurait été intéressant de connaître les taux de dépistage avant et après cette échéance des 3 mois à l'issue de laquelle la confiance des médecins en leurs capacités s'était dégradée. On peut en effet se demander si les taux de dépistage n'ont pas eux-aussi diminué après quelques mois, et si l'augmentation globale des pratiques ne cachait pas l'association d'un

meilleur dépistage les premiers mois puis un retour aux pratiques antérieures durant la deuxième période d'observation.

Cette hypothèse semble se valider si l'on considère des travaux postérieurs, qui montrent la chute des taux de dépistage quelques semaines ou quelques mois après une formation initiale. En 1999, une étude menée au sein d'un service d'urgences a en effet retrouvé un retour à la « base-line » des taux de dépistage 1 an après la formation, après une augmentation initiale (114).

Une revue de la littérature de 2000 (67) souligne que l'essentiel des études sur l'effet d'une formation ne sont menées qu'à moyen terme (sur des périodes de quelques semaines à une année au maximum). Une seule, retenue par les auteurs, a recherché les effets à très long terme (suivi à 8 ans) au sein d'un service d'urgences, et montre là-encore un retour aux chiffres de dépistage antérieurs à la formation.

Depuis, les publications se sont succédé et ne sont parvenues à démontrer qu'une amélioration des pratiques à moyen terme, sans effet prolongé (15,18)

Dans le cas particulier du dépistage des violences conjugales, nous posons ici l'hypothèse que la formation proposée n'a pas été suffisante pour ancrer le dépistage dans la routine de la pratique quotidienne du médecin. Nous supposons que la formation que nous avons élaborée en partie précédente pourrait obtenir des résultats similaires.

## 2- Ancrage du dépistage à la pratique, et construction de l'outil ABCDE

Il est possible qu'en favorisant l'appropriation du dépistage par le médecin généraliste, nous parvenions à surmonter cette dégradation des pratiques à moyen terme et à maintenir le comportement adopté. Il s'agirait de présenter le dépistage non pas comme un comportement « venu d'ailleurs », imposé au médecin *en plus* de ses pratiques habituelles, mais de le présenter comme un outil qui pourrait s'intégrer *au sein* de sa routine de consultation. Il n'aurait plus besoin de « penser » à poser la question, puisque celle-ci viendrait naturellement dans le déroulé de son examen.

Une étude peut servir de preuve à cette hypothèse. Elle avait recherché l'effet de l'ajout dans le logiciel-métier des médecins généralistes participants d'une rubrique spécifique pour le renseignement des violences conjugales (101). Cette modification permettait d'inclure le



dépistage des violences conjugales dans la routine de la consultation initiale, où le médecin doit, entre autres, recueillir les informations nécessaires à remplir le dossier informatique (antécédents médicaux, traitements en cours, consommation tabagique...). Et en effet, les pratiques de dépistage après formation et inclusion de la rubrique ont grimpé à une proportion impressionnante de 92%. Après retrait de la note, et donc nécessité pour le médecin de « se souvenir » de poser la question, les pratiques ont chuté admirablement à 2% (sans pour autant retomber aux valeurs de dépistage avant formation). Malheureusement, l'effet à long terme de cette rubrique n'a pas été étudié.

Une autre étude peut soutenir cette nécessité d'ancrer le dépistage à la routine de la pratique. En 2008, une équipe de chercheurs a comparé les taux de dépistage obtenus selon deux configurations différentes (115). Dans la première, on étudiait le cas d'un médecin ayant reçu une formation, ainsi que divers dispositifs pratiques (circuit d'orientation spécifique, etc.) mais pour lequel on ne favorisait pas davantage l'implantation du dépistage. Dans la seconde, on demandait à une infirmière sans formation particulière de poser la question d'éventuelles violences domestiques lors de la prise des constantes vitales, peut-être un « temps mort » dans la consultation infirmière. Les résultats sont particulièrement suggestifs puisque, sur une période d'évaluation de 10 jours, les taux de dépistage du médecin n'ont pas augmenté de manière significative (passés de 1,5 à 3%), alors qu'ils avaient bondi de 5,5 à 100% pour l'infirmière. **La recherche de la facilitation de la mise en place des pratiques paraît donc fondamentale.** Là-encore cependant, l'étude manque d'un suivi à long terme de ces pourcentages.

Nous recherchons donc ici à créer nous-même une technique similaire d'appropriation du dépistage, couplée à une formation classique telle que décrite précédemment. **L'objectif sera de rechercher son influence à moyen, mais surtout à long terme, sur les taux de dépistage des violences conjugales par rapport à la formation seule.**

Pour ce travail de thèse, nous avons fait le choix d'utiliser une autre technique d'ancrage que l'outil informatique, ou le ciblage d'un temps précis de l'examen exposés ci-dessus. En effet, il peut être intéressant pour tester notre hypothèse de montrer un effet bénéfique de l'ancrage en général, en variant les techniques plutôt qu'en répétant la même stratégie, déjà démontrée efficace dans un autre travail.

Plutôt qu'un outil électronique, nous utiliserons un moyen mnémotechnique simple à pratiquer pour jouer ce rôle d'ancrage. Il aura pour objectif de cibler certaines consultations-types, au sein desquelles la question des violences conjugales peut s'inclure facilement. Certains contextes sont en effet plus propices à ce questionnement que d'autres. Par exemple, les

consultations qui nécessitent un temps moindre pour l'examen clinique (motif de consultation psychiatrique, social...) nous paraissent plus adaptées que les consultations où celui-ci est prédominant (épaule douloureuse, fièvre aiguë...). De la même manière, les consultations pendant lesquelles le médecin doit élaborer une stratégie diagnostique nécessitent davantage de réflexion et de concentration que les consultations dites « de routine », et celles-ci doivent donc, à notre sens, être privilégiées pour l'implantation d'un dépistage. Enfin, les consultations d'urgence ont été rapportées par les médecins comme inadaptées à cette recherche (27), il faut donc aussi les exclure de notre liste de consultations-types. Cette sélection vise à adapter le dépistage à la pratique du médecin. Par ce biais, il sera sans doute jugé plus logique, et finalement plus naturel.

La sélection des situations cliniques doit aussi tenir compte de la prévalence augmentée des violences dans certaines situations, ainsi que de l'inflexion de la HAS en faveur d'un dépistage généralisé à l'ensemble des patientes.

En colligeant ces différents critères, nous obtenons finalement une liste de 4 profils de consultations pour lesquelles il sera demandé au médecin de rechercher systématiquement d'éventuels sévices conjugaux. Une telle restriction nous paraît nécessaire pour offrir un cadre rassurant aux médecins, sans le vertige de listes interminables de situations évocatrices (comme auraient pu l'être celles de l'OMS par exemple). De plus, si cette liste est facilement mémorisable, elle sera plus facilement appliquée, remémorée en cas d'arrêt prolongé de son utilisation, puis finalement pourra avoir une application quasiment « sous-corticale ».

De nombreux travaux ont montré l'intérêt des moyens mnémotechniques dans l'apprentissage, d'autant plus quand ils sont associés à la compréhension de leurs bases de construction (116). Cependant, peu d'études ont évalué l'efficacité des moyens mnémotechniques ad hoc, et s'intéressent plutôt aux moyens mnémotechniques généralisables à des apprentissages variés.

Parmi les différents outils possibles, il est prouvé que ceux basés sur une méthode alphabétique ont l'avantage de permettre une meilleure mémorisation et exposent à un moindre risque d'oubli de leur signification que d'autres méthodes (par exemple, la phrase « *Me voici Toute Mignonne...* » est plus efficace pour retenir l'ordre des planètes du système solaire via leur initiale qu'une méthode qui serait basée sur leurs formes respectives, leurs représentations graphiques, leurs couleurs...)(116,117). Malheureusement, les expériences étudiant l'efficacité des moyens mnémotechniques ne s'intéressent qu'à la mémorisation à très court terme (quelques

heures) des informations qu'ils recèlent, alors que dans notre travail le moyen mnémotechnique devra être effectif sur une période d'au moins 1 an.

Néanmoins, dans le domaine médical, l'utilisation à long terme de ces outils est la règle et plusieurs sont utilisés pour favoriser la mémorisation de l'ensemble des connaissances utiles à la pratique. Parmi eux, les moyens mnémotechniques basés sur une méthode alphabétique ont une place de choix (118–121).

A l'issue de la procédure de sélection précédemment décrite, nous avons donc retenu les 4 situations suivantes :

- 1ère consultation d'une nouvelle patiente (en accord avec les recommandations de la HAS(103)) ;
- Consultation du 3ème mois de grossesse *ou* demande d'IVG (en accord avec les recommandations HAS, et en tenant compte du risque majoré d'apparition ou d'exacerbation de la violence pendant la grossesse (10,15,16,103,122)) ;
- Symptômes chroniques inexplicables (souvent liés à des abus actifs ou passés, en particulier aux violences conjugales (1,9,51,55)) ;
- Première prescription d'un traitement antidépresseur/anxiolytique/hypnotique *ou* demande d'un tel traitement par la patiente (car là-encore sur-représentation des violences conjugales dans ces situations (8,9,13,14,25)).

Un écueil possible aurait été de sous-entendre aux médecins, à cause de l'isolement de ces 4 situations, qu'il était inutile de s'enquérir d'éventuelles violences en dehors de ces cadres précis, même en cas de suspicion personnelle. Il nous fallait donc rajouter une rubrique au moyen mnémotechnique qui précisait au médecin qu'un doute sur des violences actives même en dehors de ces situations devait faire quand même poser la question. Nous avons donc obtenu l'outil **ABCDE** tel que décrit ci-après :

**A** : Arrivée dans la patientèle (1ère consultation)

**B** : Bébé (consultation de début de grossesse *ou* demande d'IVG)

**C** : symptôme Chronique inexplicé (trouble somatoforme *ou* symptomatologie aspécifique sans étiologie évidente après avis spécialisé)

**D** : Dépression (initiation d'un traitement par antidépresseurs *ou* anxiolytiques *ou* hypnotiques *ou* demande de la patiente d'une prescription de tels traitements)

**E** : signes Évocateurs (laissés à l'appréciation du médecin)

En pratique, cet outil vise à être présenté aux médecins pendant la formation globale pour leur donner un champ précis de dépistage. L'idée sous-jacente est, comme on l'a dit, l'acquisition d'une routine de dépistage dans ces situations cliniques précises et donc, à long terme, le maintien d'un dépistage « minimal » au sein de la patientèle.

## E) Plan final de la formation

A l'issue de ce travail, nous sommes donc parvenus à élaborer une formation à destination des médecins généralistes sur la problématique des violences conjugales. Cette formation est donc le fruit de la mise en commun de trois composantes :

- 1) La prise en compte des freins au dépistage exprimés par les médecins généralistes et leur résolution grâce aux données issues de publications scientifiques ;
- 2) L'inclusion des bonnes pratiques de dépistage transparaissant des recommandations nationales, internationales et des témoignages de femmes victimes de violences conjugales ;
- 3) Le développement d'un outil (outil ABCDE) dont l'objectif est de favoriser le maintien dans le temps des pratiques de dépistage, en sélectionnant les motifs de consultation plus adaptés à cette recherche.

Notre formation, toujours dans un souci d'optimisation du temps du médecin généraliste, peut être dispensée en 1 heure. Elle s'appuie sur un document d'information écrit (disponible en **annexe 1**) que les praticiens gardaient pour eux à l'issue de la formation, et se déroule en plusieurs temps.

1<sup>er</sup> temps : Apport d'informations théoriques minimales (environ 15mn).

Comme nous l'avons vu, les données théoriques ne sont pas les informations les plus fondamentales. Elles ne doivent pas se soustraire aux informations pratiques. Nous avons donc fait le choix d'en présenter le minimum (volets 1 et 2 de la plaquette). Nous rappelons d'abord l'importance du dépistage au cabinet en insistant sur la prévalence importante des violences conjugales au sein de la patientèle (20% des femmes vues en consultation), les multiples conséquences sanitaires potentielles, ainsi que le fait que les femmes se saisissent en priorité des médecins quand il s'agit de révéler des faits de violence domestique à un professionnel.

Nous abordons ensuite brièvement le cycle d'installation et de pérennisation de la violence (cycle de Walker) ainsi que le modèle de la motivation au changement de Prochaska et DiClemente. A ce moment, nous insistons sur le fait que la rupture des violences au sein d'un couple n'est jamais un comportement binaire mais progressif, parfois long, et entravé par le comportement ambivalent du conjoint (notamment lors de la phase de « lune de miel » du cycle de la violence).

Nous achevons cette première partie en répondant aux questions éventuelles, puis en demandant au médecin les raisons qui l'empêchent dans sa pratique de dépister davantage les violences au sein de sa patientèle. Cette question sert de transition avant la deuxième partie, et permet d'axer plus ou moins celle-ci dans une direction particulière.

2<sup>ème</sup> temps : Levée des freins au dépistage (environ 10mn).

Nous poursuivons la formation en explorant les différents freins au dépistage exprimés par les médecins (volets 3 et 4). C'est d'abord l'occasion de faire comprendre au médecin que ses limites personnelles sont en fait partagées par ses confrères, et de le déculpabiliser vis-à-vis d'un éventuel sentiment d'être seul à souffrir de ces limitations dans sa pratique.

Nous déroulons donc les différents freins ainsi que les solutions que nous y avons trouvées, tel que décrit ci-dessus.

Une fois le médecin convaincu de l'intérêt du dépistage, ainsi que de sa capacité à agir, il s'agit de lui donner les clés pour un dépistage de qualité.

Nous terminons cette partie en répondant aux questions éventuelles puis en demandant au praticien de raconter la manière dont il avait mené le dernier dépistage de violences conjugales chez une patiente, ou sa façon habituelle d'aborder le sujet.

3<sup>ème</sup> temps : Bonnes pratiques de dépistage (environ 10mn).

Nous nous appuyons sur le volet 5 ainsi que sur la plaquette ABCDE (disponible en **annexe 2**) pour exposer une méthodologie de dépistage. Nous rappelons pour commencer les deux contre-indications qui s'opposent, selon nous, au dépistage : barrière de la langue et accompagnant à la consultation<sup>18</sup>. Puis, nous décrivons les conditions préalables au dépistage (au bureau, sans distraction, hors attente de résultats d'examens potentiellement sources d'anxiété...). Le dépistage, ensuite, se déroule en trois temps que nous avons décomposés comme suit :

- 1- Repérer une situation propice au dépistage (situation ABCDE). Nous proposons au médecin l'outil ABCDE, en lui précisant, s'il ne se sent pas encore trop à l'aise, de se limiter au départ à un ou deux motifs de consultation, puis d'élargir progressivement.
- 2- Justification au dépistage : la phase la plus importante d'après nous puisqu'elle garantit de ne pas engendrer de réaction de défense de la patiente. Plusieurs exemples de justification, inspirés par les différentes situations ABCDE, sont proposés.
- 3- Dépistage en tant que tel, grâce aux trois questions décrites plus haut (votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement/psychologiquement/sexuellement ?)

Nous clôturons cette partie en décrivant les deux situations possibles :

- Soit la femme répond « non », auquel cas, il faut en rester là.
- Soit la femme répond « oui ». Alors, il faut dérouler les différentes bonnes pratiques, qui sont décrites dans le dernier temps de la formation.

Les questions éventuelles sont posées à l'issue de ce déroulé.

---

<sup>18</sup> La contre-indication stricte concernait les personnes en âge de parler, et donc excluait les nourrissons. Nous n'abordons pas ici la question de la pertinence ou non de poser la question en présence d'un nourrisson.

4<sup>ème</sup> temps : Bonnes pratiques en cas de dépistage positif. (environ 20mn)

Les volets 6 et 7<sup>19</sup> nous permettent d'exposer une à une les 10 mesures à prendre en cas de dépistage positif. Le volet 6 résume les 5 tâches « urgentes » (Valider l'expérience, Rappeler la confidentialité, Orienter, Proposer un suivi et Renseigner dans le dossier). Nous les abordons les premières. A ce moment, nous donnons au médecin les brochures d'information du réseau local (disponibles en **annexe 3**). Elles sont parcourues brièvement, mais surtout nous proposons au médecin d'en disposer en salle d'attente et dans son bureau pour pouvoir en fournir, au besoin, aux patientes. Nous fournissons également un poster de sensibilisation, que nous proposons d'afficher en salle d'attente (disponible en **annexe 4**).

Pour terminer, nous abordons les 5 tâches moins urgentes, possiblement différées à une nouvelle consultation (Expliquer le cycle de la violence, Explorer la dangerosité des violences, Proposer des mesures de sécurité, Evaluer la situation des enfants, Rédiger un certificat médical quand nécessaire). A cette occasion, nous fournissons au praticien un exemplaire papier d'un certificat médical conforme (disponible en **annexe 5**) dont il peut s'inspirer pour ses propres certificats, dans le cadre ou non des violences conjugales.

Nous répondons enfin aux dernières questions

---

<sup>19</sup> Le volet 8 n'est pas explicité lors de la formation, mais laissé pour lecture personnelle.

## III- Evaluation de la formation auprès de médecins généralistes

---

L'objectif principal de cette partie était de décrire l'évolution de l'activité globale de dépistage par les médecins des violences conjugales avant et après (à 1 mois, à 6 mois et à 12 mois) la formation.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient de :

- Décrire l'évolution de l'activité récente de dépistage des violences conjugales après la formation (à 1 mois, 6 mois et 12 mois).
- Décrire l'évolution de l'autoévaluation des freins au dépistage des violences conjugales exprimés par les médecins avant formation, après formation, et à 12 mois de celle-ci.

Dans la suite de ce chapitre, et par souci de commodité, nous désignerons sous le terme de « dépistage » le dépistage des violences conjugales au sein de la patientèle du cabinet.

### A) Matériel et méthode

#### Population de l'étude :

L'étude a été menée auprès de médecins généralistes volontaires, exerçant dans la ville de Nîmes dans le Gard, ou dans une des villes situées en périphérie.

Les formations ont été menées entre le 26 mai 2021 et le 07 juillet 2021 et le recueil des données s'est achevé le 07 juillet 2022.

#### Procédure :

L'étude s'est déroulée en 3 phases (**figure 3**).



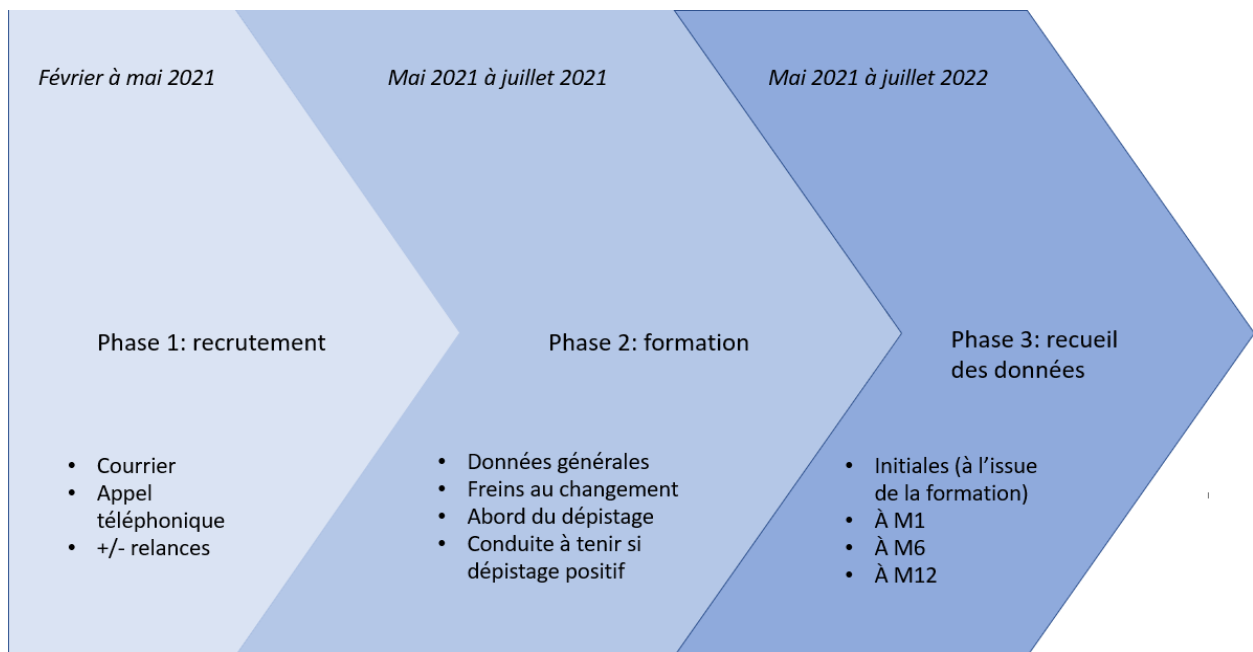


Figure 3 : Déroulé de l'étude

#### *Phase 1 : recrutement des médecins.*

L'étude ciblait des médecins généralistes exerçant dans la ville de Nîmes ou dans ses environs, volontaires pour participer à la formation au dépistage des violences conjugales et pour transmettre des données de suivi pendant 1 an à compter de la date de formation. Les médecins étaient approchés soit par contact direct, soit par courrier pour information sur le principe de l'étude puis appel téléphonique pour recueil du consentement ou non à participation. Les médecins étaient relancés si besoin par appel téléphonique.

#### *Phase 2 : Formation au dépistage des violences conjugales*

Après recueil du consentement oral, les praticiens bénéficiaient d'une formation au dépistage des violences conjugales, d'une durée d'une heure environ, et qui se déroulait directement au cabinet. Les séances de formation, selon les cas, pouvaient inclure un ou plusieurs médecins. La formation était axée sur la pratique du cabinet, et pensée pour lever les freins au dépistage exprimés par les médecins généralistes (tel qu'expliqué en partie II). La formation était animée par moi-même et se divisait en quatre temps, que nous rappellerons ici.

Dans un premier temps, quelques données générales, notamment sur la prévalence et les conséquences sanitaires des violences conjugales étaient données au médecin. Ensuite, étaient

abordés deux schémas théoriques, à savoir le cercle de Prochaska et DiClemente (voir plus haut, **figure 2**) et le cycle de la violence (voir plus haut **figure 1**). Puis, les médecins étaient questionnés sur leurs propres freins au dépistage des violences conjugales.

Dans un deuxième temps, les freins au dépistage étaient abordés un par un puis nous y apportions les solutions issues des données de la science et des témoignages des patientes. Selon les cas, nous pouvions insister plus ou moins sur tel ou tel frein si l'un d'eux était prédominant dans la pratique du médecin participant.

Dans un troisième temps, était abordé le dépistage en lui-même. Ce temps était centré sur les bonnes pratiques du dépistage, en insistant sur 3 points : le contexte du questionnement (en face-à-face, au bureau, au calme...), la justification du dépistage auprès de la patiente, et l'outil de dépistage proposé (les 3 dernières questions du questionnaire WAST traduites en langue française). Pendant cette partie était présenté et expliqué l'**outil ABCDE**, avec consigne donnée au médecin de cibler seulement ces 5 motifs pour envisager le dépistage.

Enfin, dans le dernier temps, nous explorions la conduite à tenir en cas de dépistage négatif (le transcrire dans le dossier) et surtout en cas de dépistage positif. Étaient alors expliquées les 10 mesures nécessaires, et leur découpage en 5 mesures immédiates et 5 mesures potentiellement différées.

Les participants étaient encouragés à poser leurs questions tout au long de la formation et à la fin de celle-ci.

Pendant la formation, des supports étaient transmis aux participants : un dépliant résumant le contenu de la formation (**annexe 1**), une plaquette reprenant les critères ABCDE de dépistage (**annexe 2**), des plaquettes dites d' « orientation », qui contenaient une liste d'associations locales, de contacts professionnels, de numéros de téléphone et d'outils Internet, à destination du participant et des patientes du cabinet (**annexe 3**), un poster de sensibilisation dont le choix était laissé au praticien de l'afficher ou non en salle d'attente (**annexe 4**) ainsi qu'un exemplaire-type de certificat médical de constatation de lésions et sa notice explicative (**annexe 5**).

### *Phase 3 : recueil des données initiales et de suivi*

A l'issue de la formation, le participant remplissait une fiche initiale sur laquelle il donnait quelques informations sur son mode exercice ainsi que sur d'éventuelles formations reçues antérieurement sur le thème des violences conjugales. Il lui était aussi transmis un tableau sur lequel le praticien devait noter si un dépistage des violences conjugales avait été mené sur

l'intervalle des douze derniers mois pour les 20 dernières patientes l'ayant consulté (à la date et heure de la formation). Il devait également préciser, en cas de dépistage, si celui-ci avait conduit ou non à la notification de son résultat (positif ou négatif) dans le dossier médical (**annexe 6**). Ces données constituaient les mesures initiales qui allaient être ensuite comparées aux mesures de suivi.

Les praticiens étaient ensuite recontactés par mail à 1 mois, à 6 mois et à 1 an de la formation pour remplir à nouveau le même tableau avec une donnée supplémentaire. En effet, si une des 20 dernières patientes (à la date et heure de l'envoi du mail de suivi) avait bénéficié d'un dépistage dans les 12 derniers mois, le praticien devait également préciser si celui-ci avait été mené dans le dernier mois ou dans les 11 mois précédents (**annexe 6**).

#### Critères de jugement :

Le **critère de jugement principal** était la proportion de femmes dépistées **dans les douze derniers mois**. Elle était calculée à M0, à M1, à M6 et à M12. Il s'agissait du nombre de femmes dépistées sur l'intervalle des douze derniers mois parmi les vingt dernières patientes vues en consultation. Elle était calculée en divisant le nombre de femmes de l'échantillon dépistées dans les douze derniers mois par 20. Le résultat pouvait varier entre 0 et 1.

La proportion de dépistage dans les douze derniers mois était utilisée comme témoin global du dépistage sur la période d'observation.

#### Les **critères de jugement secondaires** étaient :

- La proportion de femmes dépistées **dans le dernier mois** écoulé. Elle était calculée à M1, M6, M12. Il s'agissait du nombre de femmes dépistées dans le dernier mois parmi les femmes de l'échantillon non encore dépistées vis-à-vis de violences conjugales. Elle était calculée en divisant le nombre de femmes dépistées dans le dernier mois par le nombre de femmes **non encore dépistées**. Le résultat pouvait varier entre 0 et 1.

Par précaution vis-à-vis d'un biais de mémorisation, cette valeur n'était calculée qu'à partir du premier suivi à 1 mois.

La proportion de dépistage dans le dernier mois écoulé était utilisée pour rechercher l'activité de dépistage récente.

*Prenons l'exemple d'une fiche de suivi pour un médecin donné. Parmi les vingt dernières patientes vues en consultation, 4 ont été dépistées dans les douze derniers mois. Sur ces 4 dépistages, 1 s'est mené dans le dernier mois, les 3 autres dans les 11 mois précédents.*

*La proportion de femmes dépistées dans les douze derniers mois (critère de jugement principal) était alors de  $4/20 = 0,20$  (soit une proportion de 20%).*

*La proportion de femmes dépistées dans le dernier mois (critère de jugement secondaire) était alors de  $1/(20-3) = 0,059$  (soit une proportion de 5,9%).*

- Les freins exprimés au dépistage des violences conjugales étaient évalués grâce à une échelle numérique numérotée de 0 à 10 et proposée à l'issue de la période d'étude aux médecins, en auto-évaluation. L'échelle était déclinée pour chacun des 4 freins étudiés : manque de formation, manque de temps, appréhension de la réaction de la patiente et méconnaissance du réseau local. L'auto-évaluation portait sur trois temps différents : avant la formation, à l'issue de celle-ci et à l'issue de la période de suivi (à 12 mois de la formation). Le résultat pouvait varier entre 0 et 10 pour chacune des échelles. De plus, à la fin de l'étude, les médecins étaient encouragés à faire des remarques quant à la formation et à sa mise en confrontation avec la pratique au cabinet, par le biais de questions ouvertes insérées dans le dernier questionnaire de suivi, pour faire émerger d'éventuels autres freins au dépistage (**annexe 6**).

#### Calcul du nombre de sujets nécessaires :

Nous estimions initialement la proportion de dépistage de 10% avant formation au sein de notre groupe de médecins, et à 30% la proportion de femmes dépistées à 1 an. En admettant un risque  $\alpha$  à 5 % et une puissance  $\beta$  à 80%, le nombre de sujets nécessaire était de 46.

Les résultats ont été exprimés en moyenne pour les variables quantitatives et en effectif et en pourcentage pour les variables qualitatives.

Les analyses de données ont été réalisées grâce au logiciel Excel.

## B) Résultats

82 médecins de la région nîmoise ont été approchés pour participer à l'étude. Parmi ces médecins, seuls 14 ont répondu positivement.

Les formations se sont déroulées du 27 mai au 7 juillet 2022. Il y eut 5 sessions de formation au total, avec 2 à 5 médecins par session. Tous les participants ont ensuite reçu le questionnaire initial.

Parmi ces 14 médecins, 4 ont été exclus de l'analyse finale. Une médecin a été exclue car n'a pas rendu le questionnaire initial, puis 1 a été perdu de vue entre la formation et le suivi à M1, et 2 entre les suivis à M1 et M6.

10 médecins ont donc rempli tous les questionnaires (**figure 4**).

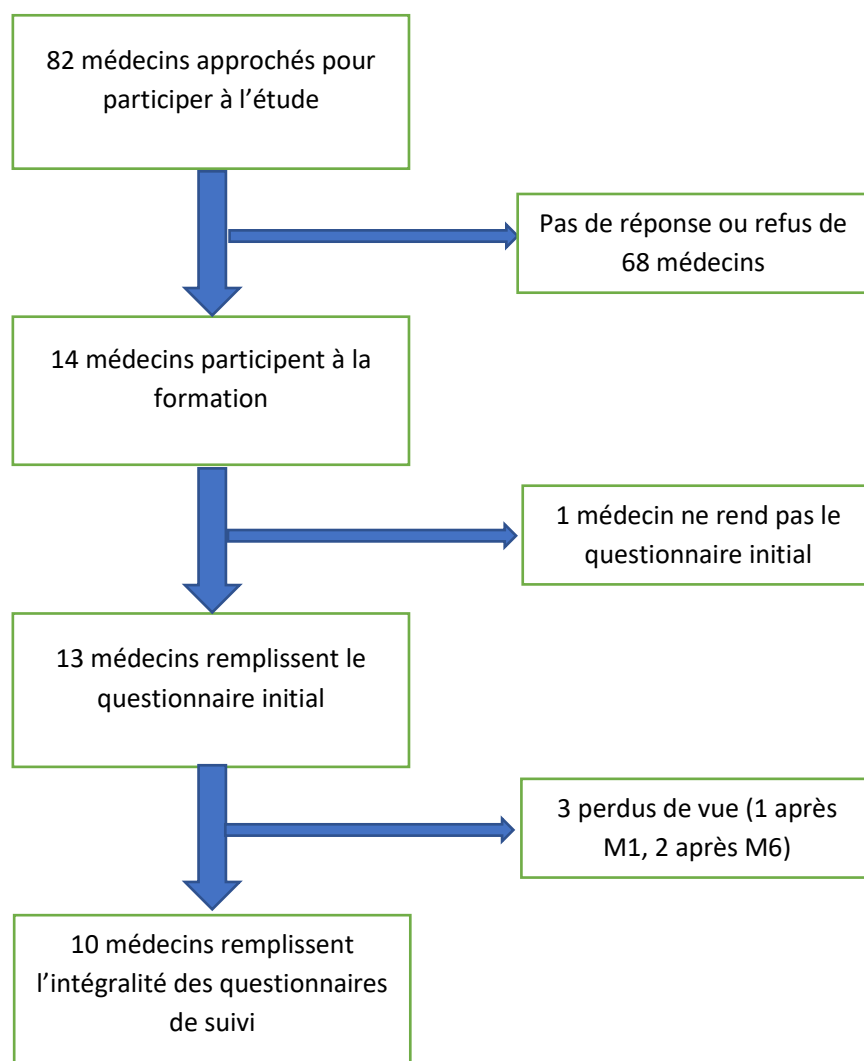


Figure 4 : Diagramme de flux

Parmi ces 10 médecins, 4 étaient des femmes (40%). 6 (60%) exerçaient en milieu semi-rural, les autres travaillaient à Nîmes. Tous travaillaient au sein de cabinets partagés ou de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP). Les médecins avaient une durée d'exercice moyen de 8,9ans et

un âge moyen de 39ans. 50% d'entre eux déclaraient avoir déjà reçu une formation sur le sujet des violences conjugales (**tableau 7**).

Tableau 7 : Caractéristiques initiales des médecins

<b>Caractéristiques initiales</b>	<b>Nombre de médecins (pourcentage)</b>
<b>Sexe du médecin</b>	
<i>Homme</i>	6 (60%)
<i>Femme</i>	4 (40%)
<b>Age</b>	
<i>≤ 40ans</i>	7 (70%)
<i>&gt; 40ans</i>	3 (30%)
<b>Durée d'installation</b>	
<i>≤ 10 ans</i>	5 (50%)
<i>&gt; 10 ans</i>	5 (50%)
<b>Lieu d'exercice</b>	
<i>Urbain (Nîmes)</i>	3 (30%)
<i>Semi-rural</i>	7 (70%)
<b>Mode d'exercice</b>	
<i>Cabinet partagé</i>	7 (70%)
<i>MSP</i>	3 (30%)
<b>Formation antérieure</b>	
<i>Oui</i>	5 (50%)
<i>Non</i>	5 (50%)

Au vu du faible effectif de médecins participants, nous avons abandonné l'idée d'une évaluation statistique des résultats. Les valeurs rapportées sont les moyennes des valeurs retrouvées chez les dix médecins participants.

A l'inclusion, la proportion de femmes dépistées dans les 12 mois au sein de la patientèle féminine des médecins participants était de 15%. Cette proportion variait de 0% à 40% pour les valeurs extrêmes. Les médecins femmes avaient une proportion moyenne de dépistage de 24% (de 15 à 40%), les médecins hommes de 9,1% (de 0 à 15%). Les médecins ayant déclaré avoir reçu une formation antérieure avaient une proportion de dépistage moyenne de 18% (variant de 0

à 40%), tandis que ceux ayant déclaré n'avoir reçu aucune formation antérieure avaient une proportion de dépistage moyenne de 12% (variant de 5 à 15%).

## 1- Evolution de la proportion de dépistage globale.

A l'inclusion, la proportion de femmes dépistées dans les 12 mois au sein de la patientèle des médecins participants était de 15% (de 0 à 40% selon les médecins). A 1 an de la formation, cette même proportion était passée à 41,5% (avec un minimum de 15% et un maximum de 100% de femmes dépistées dans l'échantillon). Cela signifie que plus de 4 femmes sur 10 reçues en consultation s'étaient vu poser la question d'éventuelles violences conjugales dans les douze derniers mois. Les mesures intermédiaires à 1 et 6 mois nous montrent que cette augmentation a été progressive (29% à 1 mois, 32% à 6 mois). Parmi les 10 médecins participants, 1 seul a vu ses pourcentages de dépistage diminuer entre la mesure initiale et la mesure à 12 mois (passés de 40% à 20%), et 1 seul médecin a vu ses pourcentages rester les mêmes (15% initialement et à 12 mois). Les 8 autres ont montré une augmentation des pratiques. (**figure 5**)

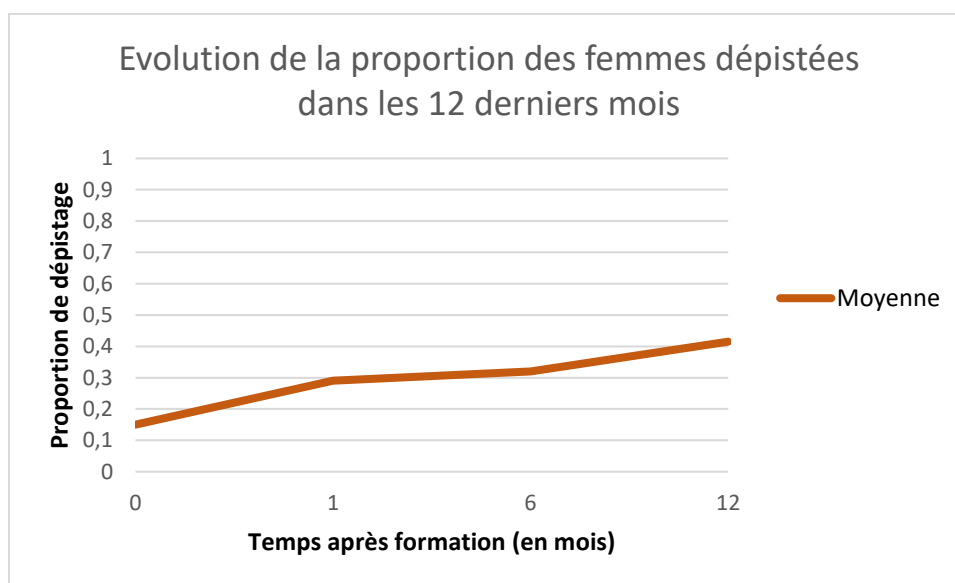


Figure 5 : Evolution de la proportion des femmes dépistées dans les douze mois après formation

## 2- Evolution de la proportion de dépistage récent.

Dans l'intervalle entre le premier suivi à 1 mois et le dernier suivi à 1 an de la formation, la proportion des nouveaux dépistages semble être restée stable. La proportion calculée est passée de 18,9% à M1, à 16,6% à M6, et enfin à 25,5% à M12. A M12, la valeur minimale était

de 5,6% et la valeur maximale de 100%. Ainsi, en moyenne chez l'ensemble des médecins, une femme se présentant en consultation et n'ayant pas été dépistée vis-à-vis de violences conjugales dans les douze derniers mois avait plus de 25% de chances de se voir poser la question, à 1 an de la formation. Parmi les 10 médecins participants, 3 ont vu une augmentation d'au moins 5% de ce chiffre entre la mesure à 1 mois et la mesure à 12 mois, 2 ont connu une diminution d'au moins 5% sur la même période, et 5 ont présenté des proportions similaires, à 5% près. (figure 6)

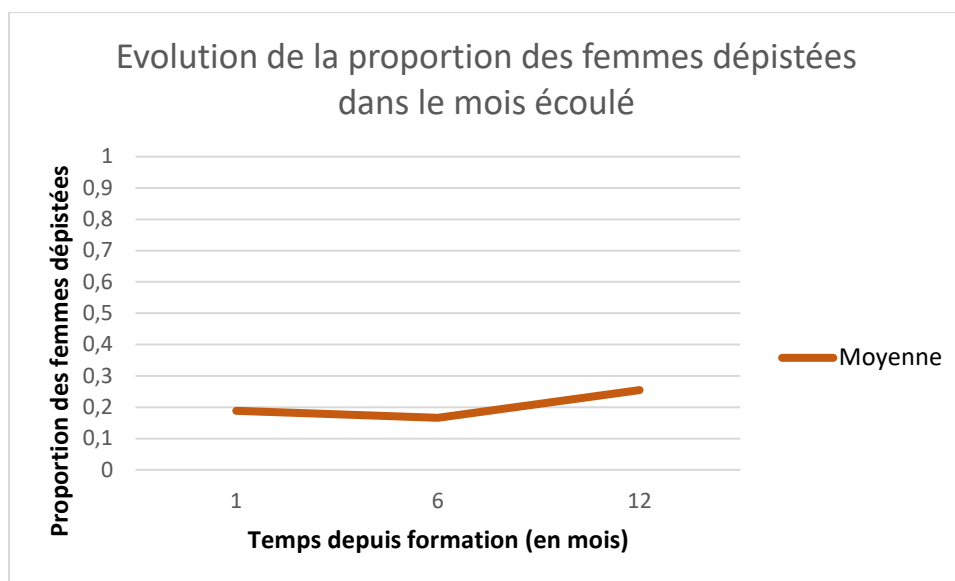


Figure 6 : Evolution de la proportion de femmes dépistées dans le mois écoulé après formation

### 3- Evolution de l'auto-évaluation des freins au dépistage.

L'auto-évaluation des freins au dépistage semble avoir diminué pour les 4 freins étudiés : manque de formation, manque de temps, appréhension de la réaction de la patiente et méconnaissance du réseau.

Concernant le manque de formation, la valeur moyenne de l'importance de ce frein pour les médecins est passée de 6,8 à 4,5. Pour 1 médecin, cette valeur a augmenté entre l'estimation avant formation et l'estimation à 12 mois (respectivement 2 et 9). Pour 1 autre médecin, cette estimation est restée stable. Pour les 8 autres, elle a diminué d'au moins 2 points.

Concernant le manque de temps, la valeur moyenne de l'importance de ce frein pour les médecins est passée de 7,1 à 4,7. Pour trois médecins, cette estimation est restée stable entre l'estimation avant formation et l'estimation à 12 mois. Pour les 7 autres médecins, elle a diminué d'au moins 1 point.



Concernant l’appréhension de la réaction de la patiente, la valeur moyenne de l’importance de ce frein pour les médecins est passée de 7 à 3. Pour 2 médecins, cette estimation est restée stable entre l’estimation avant formation et l’estimation à 12 mois. Pour les 8 autres médecins, elle a diminué d’au moins 2 points.

Concernant la méconnaissance du réseau, la valeur moyenne de l’importance de ce frein pour les médecins est passée de 7,9 à 5. Cette valeur a diminué d’au moins 2 points pour 9 médecins (**figure 7**).

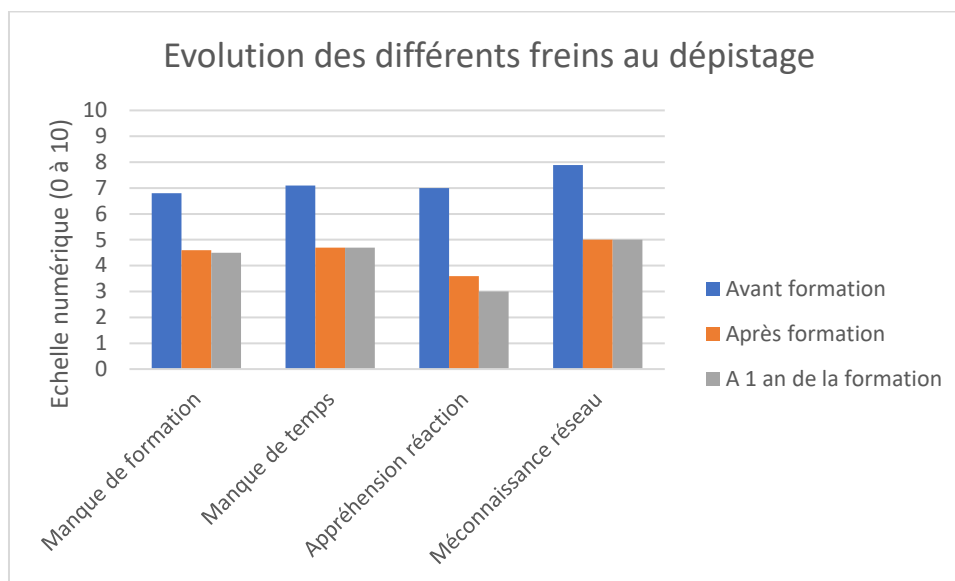


Figure 7 : Evolution de l’auto-évaluation vis-à-vis des freins au dépistage

Les questions ouvertes en fin de suivi ont donné les réponses suivantes :

- Besoin d’une consolidation des pratiques, avec proposition d’un complément de formation à 1 an. (1 médecin)
- Persistance de difficultés pour motiver la femme à agir contre les violences. (1 médecin)
- Augmentation des pratiques de dépistage après la réception des fiches de suivi puis rechute à distance. (1 médecin)
- Difficultés persistantes à dépister des patientes déjà suivies, et dépistage prédominant pour les nouvelles patientes du cabinet (2 médecins).

Les médecins n'ont pas soulevé d'autres freins au dépistage que les 4 freins que nous avons retenus et que cette dernière difficulté à dépister des patientes déjà suivies depuis longtemps au cabinet.

## IV- Discussion

---

### A) Discussion sur l'élaboration de la formation

#### 1- Points forts de la formation

De nombreuses études ont été publiées à ce jour, visant à l'évaluation de différentes formations de sensibilisation de médecins vis-à-vis du dépistage de violences conjugales (18,67,98,123). Nous avons rappelé plus haut leurs limites, en particulier l'absence de démonstration du maintien du changement des pratiques dans le temps. Nous avons posé l'hypothèse que l'absence de maintien à long terme des pratiques de dépistage était liée à une non-prise en compte des freins exprimés par les médecins à cette pratique, ainsi qu'à un défaut d'intégration du dépistage dans la routine de consultation. En effet, les formations qui comportaient un outil facilitant l'intégration du dépistage dans la pratique obtenaient de meilleurs résultats à long terme (98,101). Notre formation s'est donc articulée autour de 3 axes : la prise en compte des freins exprimés, la conservation de bonnes pratiques de dépistage, ainsi que la mise en place d'un moyen mnémotechnique pour faciliter l'intégration du dépistage dans la routine de consultation. Ce parti-pris semble avoir été bien accueilli par les médecins, qui nous ont fait des retours positifs dès la dispensation de la formation.

Un autre atout de notre formation est d'être relativement simple à mettre en place. Elle repose sur des supports papier, adaptables selon le réseau local du médecin concerné. Aussi, elle se déroule sur une heure, ce qui est davantage conciliable avec l'emploi du temps d'un médecin généraliste que des formations plus longues, sur une soirée ou une journée par exemple. Enfin, elle peut se dérouler directement au cabinet du médecin, ne requérant pas de support vidéo ni outils spécifiques. Elle est également de faible coût matériel.

Elle a enfin l'avantage de s'appuyer sur de nombreux supports écrits, remis à l'issue de la formation aux médecins. Ces supports peuvent servir de « pense-bête » et peuvent être consultés rapidement, même lors d'une consultation, pour se remémorer les bonnes pratiques de dépistage où les acteurs locaux du réseau associatif, par exemple.

## 2- Points faibles de la formation

Malgré tout, les différentes sessions de formation ont pu en faire émerger quelques défauts. Par exemple, j'ai pu être mis en difficulté par un manque d'expertise du fait de réaliser seul la formation. Si celle-ci venait à être ré-étudiée, il pourrait être intéressant qu'elle soit dispensée par une personne plus experte des violences conjugales, comme un responsable d'association locale par exemple.

De plus, certains médecins ont rapporté un émoussement de leurs connaissances à distance de la formation. Un médecin a exprimé l'idée qu'un complément de formation à 1 an de la première pourrait être utile. Celui-ci n'était pas prévu au protocole, et contraind l'idée initiale d'une formation unique efficace à long terme.

Enfin, la durée d'une heure de formation n'a pas permis d'explorer avec les médecins la totalité des informations disponibles sur la plaquette. N'ont ainsi pas été abordés pendant la formation l'ensemble des processus motivationnels qui pouvaient être utiles au médecin pour faire avancer une femme victime dans sa démarche de changement. De la même manière, les informations disponibles sur le certificat médical donné pour exemple n'ont été que survolées, sans détail de chacune.

## B) Discussion sur l'évaluation de la formation

### 1- Discussion des résultats

La moyenne des chiffres globaux de dépistage semble montrer, comme attendu, une augmentation des pratiques, avec un pourcentage de dépistage qui a plus que doublé, passant de 15% avant formation à 41,5% à 1 an de celle-ci. C'est un résultat très satisfaisant, qui tend à suggérer qu'une formation, même courte, centrée sur les freins et visant à rendre le dépistage plus aisé, permet au médecin d'améliorer ses pratiques.

Nous avons étudié en parallèle l'activité de dépistage récente. La stabilité de ce chiffre entre les différents temps post-formation montre la persistance d'un dépistage actif et toujours aussi soutenu au fil des mois. Il en ressort donc que notre formation semble avoir augmenté au sein de l'échantillon les pratiques de dépistage pendant la période d'étude, sans diminution des pratiques au fil du temps.

Enfin, nous nous sommes intéressés au blocage que les participants pouvaient ressentir dans leur pratique de dépistage en lien avec les principaux freins, entre l'évaluation avant formation, après formation et lors de l'évaluation à 12 mois. Ces mesures sont concordantes et montrent toutes une diminution moyenne de 2,9 points sur une échelle numérique de 0 à 10. Les mesures « après formation » et à 12 mois de celles-ci sont globalement comparables, ce qui tend à montrer que les outils proposés lors de la formation pour aborder chacun d'eux se sont révélés pertinents en pratique réelle. La diminution du blocage a été la plus importante pour l'appréhension de la réaction de la patiente (qui a chuté de 4 points). Ce résultat est concordant avec notre analyse de la littérature, qui montrait que la particularité de ce frein était d'être un « faux problème ». Contrairement aux autres, il ne reposait pas sur des données objectivées, les patientes se montrant majoritairement favorables au dépistage.

## 2- Points forts de l'évaluation

L'intérêt premier de notre étude est de s'être déroulée sur une période de suivi de 12 mois. Cela permettait d'étudier à moyen terme les résultats de notre formation, quand les études montraient un éroussement général des pratiques quelques mois après formation au dépistage des violences conjugales. La mesure de l'activité de dépistage récente, par le biais du pourcentage des femmes dépistées dans le mois écoulé, nous permettait d'étudier réellement la pratique de dépistage aux différents temps de suivi, et de confirmer que le dépistage restait actif à distance de la formation.

Les formations se sont déroulées sur une période de 5 semaines au total. Il y a eu cinq sessions pour un total de 14 médecins. Cette période raccourcie, ainsi que le fait que les formations aient toutes été menées par la même personne garantissent la reproductibilité du contenu de la formation entre les cabinets. Néanmoins, nous constatons que les trois médecins perdus de vue au cours du suivi avaient participé à la même session. Peut-être, si l'expérience venait à être renouvelée, serait-il préférable que la formation soit menée par un bénévole d'une association locale, cela afin de garantir la légitimité de l'animateur et de renforcer le lien entre le médecin et le réseau local. Cela permettrait sans doute d'obtenir de meilleurs résultats sur le frein « méconnaissance du réseau ».

Sur le plan pédagogique, l'évaluation de notre formation s'est portée sur 2 modalités du modèle de Kirkpatrick (124). Les questions ouvertes recueillant les remarques générales des médecins à propos de la formation reçue nous permettaient d'étudier le niveau 1, la réaction des

participants à la formation. L'étude à long terme de leurs pratiques de dépistage a servi à l'étude du niveau 3, la modification des comportements. Les niveaux 2 et 4 n'ont en revanche pas été explorés. Le niveau 2 (les connaissances des médecins après formation) n'a pas été analysé. En effet, dans le champ particulier des violences conjugales, comme l'a montré une méta-analyse, les connaissances théoriques du médecin ne semblent pas liées de manière significative à sa pratique réelle de dépistage (98). Enfin, nous n'avons pas mis en place de mesures spécifiques concernant le niveau 4 d'évaluation, les résultats de la formation. En effet, comme rapporté plus haut, le dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale manque encore de preuves quant à d'éventuels résultats observables en population générale, en terme de qualité de vie des femmes victimes notamment (41).

### 3- Points faibles de l'évaluation

Les résultats de notre étude se heurtent à de nombreuses limites qui les fragilisent.

En premier lieu, le très faible nombre de médecins participants n'a pas permis de mener les analyses statistiques initialement prévues au protocole. Nous n'avons donc pas de conclusion à fournir sur les intervalles de confiance des différents résultats chiffrés, et nous ne pouvons pas, en conséquence, conclure sur leur significativité. Le faible effectif de médecins ayant répondu favorablement à la proposition d'étude a été notre principal problème. Le contexte de pandémie n'a sans doute pas permis aux médecins de prendre du temps pour une autre problématique. Peut-être aussi les avons-nous insuffisamment relancés. Enfin, le nombre important de perdus de vue (28% de notre effectif initial) a aussi fragilisé nos résultats. Une étude de plus grande ampleur est donc nécessaire pour confirmer, ou non, la réelle amélioration des pratiques de dépistage des médecins, et son maintien dans le temps.

Notre étude est soumise à différents biais qu'il faut prendre en compte. Un biais de recrutement est incontournable. Si les caractéristiques de sexe et de mode d'exercice sont superposables à ceux de la population générale des médecins généralistes, les médecins de notre échantillon étaient en moyenne plus jeunes que la moyenne nationale. Mais surtout, les médecins participants à la formation étaient par définition volontaires. C'est donc qu'ils accordaient un intérêt minimum à la problématique des violences conjugales, ce qui n'est pas forcément le cas de tous les médecins généralistes. Ce biais surestime probablement nos mesures, qu'il s'agisse des mesures avant ou après formation. A ce problème se rajoute celui de la gestion des perdus de vue. Nous avons fait le choix de n'inclure aucun de leurs résultats dans l'analyse finale. Néanmoins, il est possible que les sujets perdus de vue n'aient pas répondu aux relances du fait

d'un abandon des pratiques. Cette éviction de leurs résultats a peut-être majoré la différence calculée entre les résultats avant et après formation. Enfin, nous ne pouvons exclure un biais de désirabilité. Les données étant recueillies par auto-questionnaire, il n'est pas exclu que les résultats aient pu être majorés pour satisfaire l'attente de l'instigateur.

Notre étude souffre enfin, de façon plus marginale, de n'avoir été dispensée qu'auprès de médecins de la même région géographique. En particulier elle était destinée aux médecins exerçant dans ou à proximité de la ville de Nîmes, où le maillage associatif est plus dense qu'auprès de villes de taille plus modestes. Il serait intéressant, si l'expérience venait à être renouvelée, d'étendre l'étude à des milieux d'exercice plus variés, comme dans des zones rurales par exemple.

## Conclusion

---

Les violences conjugales sont sur-représentées en consultation de médecine générale. Du fait de leur impact sur la santé des femmes qui en sont victimes, mais aussi de l'impact économique, et de l'impact sur la vie des auteurs des violences, il est important que ces violences soient repérées et prises en charge. Les femmes victimes de violences tendent à accorder davantage leur confiance aux professionnels de santé, et en particulier à leur médecin traitant, lorsqu'il s'agit de révéler des faits de violences. Or les médecins n'ont, en France, aucune formation théorique ou pratique obligatoire sur ce sujet dans leur cursus universitaire. Ils se retrouvent donc souvent démunis, et en particulier ils rapportent souffrir de quatre freins qui amputent leur capacité à répondre à la demande des femmes victimes : manque de formation, manque de temps à leur accorder, peur de la réaction de la patiente en cas de dépistage actif et méconnaissance des réseaux d'orientation.

Notre projet était donc de fournir aux médecins une formation qui puisse répondre à leurs attentes vis-à-vis de cette problématique. De nombreuses formations ont été antérieurement étudiées, mais ont échoué à montrer une amélioration des pratiques à moyen et long terme. Nous avons posé l'hypothèse que ces échecs étaient liés au fait que les freins des médecins n'étaient pas au cœur de ces formations. Ainsi, même s'ils apprenaient comment faire, il persistait un décalage entre les objectifs proposés et les capacités pratiques.

Ce projet de thèse s'est articulé autour de deux objectifs distincts accomplis successivement.

En premier lieu, il s'agissait de développer une formation solide sur le sujet des violences conjugales, centrée sur la levée de ces freins, dans l'objectif de pouvoir inclure dans la pratique ultérieure des médecins le dépistage comme une routine. Nous avons donc cherché dans les données de la littérature les moyens de surmonter ces freins. Par l'analyse des études publiées, nous avons dessiné les contours des techniques et des solutions à proposer aux médecins pour atténuer leurs réticences vis-à-vis du dépistage. Il semble que ce premier objectif ait été atteint. En effet, les remarques des médecins quant à la formation ont toutes été positives. Surtout, les freins au dépistage ont été en partie levés, comme le montrent les données de suivi d'auto-évaluation par échelle numérique de l'importance des différents freins dans la pratique de dépistage du médecin. Il ne s'agissait pas pour autant d'affaiblir la qualité



du dépistage en le rendant plus facile à entreprendre. Notre formation comprenait également un volet destiné à proposer au médecin les bonnes pratiques à adopter en consultation, que ce soit pour le temps du dépistage en tant que tel ou pour l'échange en cas de révélation de faits de violence. L'étude de témoignage de patientes, victimes ou non de violences, ainsi que l'entretien avec divers acteurs du milieu associatif nous ont permis de dresser un plan du dépistage. En particulier, nous avons délaissé l'idée d'une « révélation à tout prix » des faits de violences au profit d'une stratégie de la « porte ouverte », c'est-à-dire entreprendre un dépistage non pour obtenir des révélations immédiates, mais pour suggérer qu'un espace de parole était ouvert dans l'enceinte du cabinet médical. Enfin, nous avons l'objectif de pérenniser ces bonnes pratiques, et nous avons introduit l'outil ABCDE à cette fin. Il est destiné à offrir un repère de 5 situations cliniques courantes pour lesquelles il est judicieux et plus facile d'entreprendre un dépistage.

Ensuite, il s'agissait d'évaluer notre formation pour nous assurer de sa pertinence. Nous l'avons donc soumise à une population de médecins volontaires. Nous avons ensuite suivi ces médecins sur une période totale de 1 an. Les données que nous avons obtenues sont prometteuses. Nous avons en effet constaté une augmentation de la proportion de femmes dépistées au sein de la patientèle, et surtout nous avons obtenu une courbe des dépistages récents quasiment plate, qui montrerait un maintien des pratiques dans le temps. Cependant, le faible nombre de sujets participants empêche toute conclusion statistique vis-à-vis de ces résultats. Ils ne peuvent que suggérer un impact positif de la formation sur les pratiques. Cet impact doit impérativement être confirmé par des études sur des populations de médecins plus conséquentes, pour être validé.

## Bibliographie :

---

1. OMS. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2017 [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Vidaillet MJ. Lutte contre les violences faites aux femmes ; grande cause nationale 2010. Conseil national des femmes françaises; 2010. (Les dossiers du CNFF). Report No.: 6.
3. Albagly M, Cavalin C, Mugnier C, Nectoux M. Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.; 2014 p. 102. Report No.: DGCSSDFE2013-3.
4. Henrion R. Rapport Henrion. Ministère de la Santé; 2001 févr.
5. Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Evaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire [Médecine]. Nantes; 2006.
6. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Institut national d'études démographiques; 2001 janv. (Population et sociétés). Report No.: 364.
7. Garcia-Moreno C, Guedes A, Knerr W. La violence exercée par un partenaire intime. OMS; 2012. (Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes).
8. Bradley F. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*. 2 févr 2002;324(7332):271-271.
9. McCauley J. The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Ann Intern Med*. 15 nov 1995;123(10):737.
10. Auslender V. Les violences faites aux femmes: enquête nationale auprès des étudiants en médecine [Médecine]. [Paris 6]: Pierre et Marie Curie; 2015.
11. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Ann M, et al. Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study. *Am J Public Health*. 2003;93(7):9.
12. Council on Scientific Affairs. Violence Against Women Relevance for Medical Practitioners. *Journal of American Medical Association*. 1992;
13. Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*. juill 2018;8(7):e019995.
14. Iverson KM, Gradus JL, Resick PA, Suvak MK, Smith KF, Monson CM. Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(2):193-202.
15. Landzberg L. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOSFemmes13 à Marseille. q-bio. 2015;

16. McFarlane J. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA J Am Med Assoc.* 17 juin 1992;267(23):3176-8.
17. Délégation aux victimes. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple : année 2020. Ministère de l'Intérieur; 2021.
18. Ramsay J, Rivas C, Feder G. Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner abuse: a systematic review. *Health Do.* juin 2005;
19. Walker L. *The battered woman.* Springer Publishing Company; 2000.
20. Chang JC, Dado D, Schussler S, Hawker L, Holland CL, Burke JG, et al. In person versus computer screening for intimate partner violence among pregnant patients. *Patient Educ Couns.* sept 2012;88(3):443-8.
21. Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Educ Couns.* nov 2005;59(2):141-7.
22. MIPROF. Violences au sein du couple et violences sexuelles les principales données. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.; 2014 nov. (La lettre de l'Observatoire national de la violence faite aux femmes). Report No.: 4.
23. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. *Médecine humaine et pathologie.* 2013;102.
24. Chambonnet JY, Douillard V, Urion J, Mallet R. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale.* sept 2000;(107):1481-5.
25. Morvant C, Lebas J, Cabane J, Chauvin P. Violences conjugales : du dépistage à la prise en charge des victimes. *Rev Prat MG.* 2005;945-54.
26. Sprague S, Goslings JC, Hogentoren C, de Milliano S, Simunovic N, Madden K, et al. Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: a systematic review. *Violence Women.* janv 2014;20(1):118-36.
27. Coy-Cachen C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCP [Médecine]. [Paris VI]: Pierre et Marie Curie; 2005.
28. Todahl J, Walters E. Universal Screening for Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *J Marital Fam Ther.* juill 2011;37(3):355-69.
29. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. [Médecine]. [Paris 6]: Pierre et Marie Curie; 2012.
30. Haut conseil à l'égalité. Repères chronologiques [Internet]. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. 2020 [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <http://haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/reperes-chronologiques-81/>
31. Haut conseil à l'égalité. Repères juridiques [Internet]. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. 2020 [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <http://haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/reperes-juridiques-82/>
32. Gourbail L. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Haute autorité de santé; 2019.

33. Le Brusq E. Analyse des freins des médecins généralistes lors de la rédaction du certificat de coups et blessures en cas de violences conjugales [Médecine]. Nantes; 2017.
34. Tran Phong E. Violences: une question de santé publique. Bulletin national de l'Ordre des Médecins. avr 2022;16-22.
35. World Health Organization, éditeur. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013. 55 p.
36. Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou MF. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. Éthique Santé. déc 2015;12(4):244-9.
37. Dupré O. Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste : quelles sont leurs attentes ? Revue de la littérature [Médecine]. [Lyon]: Claude Bernard Lyon 1; 2016.
38. Hathaway JE, Willis G, Zimmer B. Listening to Survivors' Voices: Addressing Partner Abuse in the Health Care Setting. Violence Women. juin 2002;8(6):687-716.
39. McCloskey LA, Lichter E, Williams C, Gerber M, Wittenberg E, Ganz M. Assessing Intimate Partner Violence in Health Care Settings Leads to Women's Receipt of Interventions and Improved Health. Public Health Rep. juill 2006;121(4):435-44.
40. Ramsay J. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ. 10 août 2002;325(7359):314-314.
41. Sprague S, Slobogean GP, Spurr H, McKay P, Scott T, Arseneau E, et al. A Scoping Review of Intimate Partner Violence Screening Programs for Health Care Professionals. Kumar S, éditeur. PLOS ONE. 15 déc 2016;11(12):e0168502.
42. 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. The Lancet. nov 2011;378(9805):1788-95.
43. Spangaro JM, Zwi AB, Poulos RG, Man WYN. Six Months After Routine Screening for Intimate Partner Violence: Attitude Change, Useful and Adverse Effects. Women Health. 28 avr 2010;50(2):125-43.
44. Pindyck T, Prochazka AV. Review: Screening identifies women having intimate partner violence but effects are unclear. Ann Intern Med. 17 nov 2015;163(10):JC3.
45. Spangaro JM, Zwi AB, Poulos RG. « Persist. persist. »: A qualitative study of women's decisions to disclose and their perceptions of the impact of routine screening for intimate partner violence. Psychol Violence. 2011;1(2):150-62.
46. Spangaro J, Zwi AB, Poulos R. The Elusive Search for Definitive Evidence on Routine Screening for Intimate Partner Violence. Trauma Violence Abuse. janv 2009;10(1):55-68.
47. Bybee D, Sullivan CM. Predicting Re-Victimization of Battered Women 3 Years After Exiting a Shelter Program. Am J Community Psychol. sept 2005;36(1-2):85-96.
48. Sullivan C. The community advocacy project: a model for effectively advocating for women with abusive partners. In Londres: Vincent, John P, Ernest N, eds; 2000. p. 126-43.
49. Pudukollu M. Domestic violence: Screening made practical. Domestic Violence. :7.

50. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Silva C, Reel S. Safety Behaviors of Abused Women After an Intervention During Pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* janv 1998;27(1):64-9.
51. Hamberger LK, Rhodes K, Brown J. Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System-Level Programs. *J Womens Health.* janv 2015;24(1):86-91.
52. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des médecins. 2019 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
53. Gerber MR, Wittenberg E, Ganz ML, Williams CM, McCloskey LA. Intimate Partner Violence Exposure and Change in Women's Physical Symptoms Over Time. *J Gen Intern Med.* janv 2008;23(1):64-9.
54. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings (review). *The Cochrane Library.* John Wiley and sons. 2015;
55. Offermans AM, Vanhalewyn M, Van der Schueren T, Roland M, Fauquert B, Kacenenbogen N. Guide de Pratique Clinique ; détection des violences conjugales. Société Scientifique de Médecine Générale; 2018 mars p. 44.
56. MIPROF. Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.; 2015 mai. (La lettre de l'Observatoire national de la violence faite aux femmes). Report No.: 6.
57. Bourassa D, Bérubé J. The Prevalence of Intimate Partner Violence Among Women and Teenagers Seeking Abortion Compared With Those Continuing Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* mai 2007;29(5):415-23.
58. Gazmararian J, Adams M, Saltzman L, Johnson C, Carolbruce F, Marks J, et al. The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. *Obstet Gynecol.* juin 1995;85(6):1031-8.
59. Kenn K, Balkissoon R. Vocal cord dysfunction: what do we know? *Eur Respir J.* 1 janv 2011;37(1):194-200.
60. Lugrin C. Les violences faites aux femmes dans le cadre familial : intérêts et difficultés d'un repérage systématique en médecine générale. [Médecine]. [Amiens]; 2012.
61. Golding JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *J Fam Violence.* 1999;14(2):99-132.
62. Drieskens S, Demarest S. Etude sur la violence intrafamiliale et la violence conjugale basée sur l'enquête de santé. Institut scientifique de Santé Publique; 2013.
63. Babcock JC, Green CE, Robie C. Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clin Psychol Rev.* janv 2004;23(8):1023-53.
64. Bosser C. La peur de l'homme violent est-elle un frein à la prise en charge des violences conjugales par le médecin généraliste ? Faculté de Médecine de Nates; 2018.
65. Smedslund G, Dalsbø TK, Steiro A, Winsvold A, Clench-Aas J. Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group,* éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 18 juill 2007 [cité 1 mars 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006048.pub2>

66. FNACAV. FNACAV, lutte contre les violences conjugales et familiales [Internet]. Disponible sur: <http://www.fnacav.fr/>
67. Waalen J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. Screening for intimate partner violence by health care providers: Barriers and interventions. *Am J Prev Med.* nov 2000;19(4):230-7.
68. MacMillan HL, Wathen CN. Violence envers les femmes : De l'observation à la pratique clinique. :2.
69. Rhodes KV, Dichter ME, Smith KL. Challenges and Opportunities for Studying Routine Screening for Abuse. *JAMA.* 23 oct 2018;320(16):1645.
70. Collectif. Clinical aspects of domestic violence for obstetricians/gynecologists. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1994.
71. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant. Etude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes, 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité. [Mémoire de DU stress, traumatisme et pathologies]. [Paris 6]: Pitié-Salpêtrière; 2007.
72. Conseil scientifique des concours d'Internat. ETUDES MEDICALES - Objectifs pédagogiques terminaux pour les items de la 2ème partie du 2ème cycle des études médicales [Internet]. CNCI. 2001 [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.cnci.univ-paris5.fr/medecine/DCEM2004.html>
73. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires? Quelles réponses peut-on apporter ? [Médecine]. Nancy; 2016.
74. Moreau M. Formation sur le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences, organisée par l'association SOS femmes Solidarité et le syndicat AGJIR: Impact sur les pratiques des professionnels de santé de premier recours. [Médecine]. Bordeaux; 2018.
75. Conseil national de l'ordre des médecins. Effectifs des médecins généralistes, tous modes d'exercice, en activité régulière [Internet]. Cartographie interactive de la démographie médicale. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: [https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo\\_gen\\_tot.mg\\_act\\_regul&s=2021&view=map8](https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo_gen_tot.mg_act_regul&s=2021&view=map8)
76. Anguis M, Bergeat M, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? DRESS; 2021 mars. Report No.: 76.
77. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [Internet]. DRESS; 2019 mai. Report No.: 1113. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>
78. Hoffman-Glemane A, Delabre P. La gestion du temps de consultation par le médecin généraliste picard au sein de son cabinet médical : état des lieux des pratiques. [Amiens]: Picardie Jules Verne; 2016.
79. Académie Française. Dépistage. In: Dictionnaire de l'Académie Française. 9ème édition.
80. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate Partner Violence Screening Tools. *Am J Prev Med.* mai 2009;36(5):439-445.e4.
81. Fogarty CT, Burge S, McCord EC. Communicating With Patients About Intimate Partner Violence: Screening and Interviewing Approaches. *Fam Med.* :7.
82. Evans MA, Feder GS. Help-seeking amongst women survivors of domestic violence: a qualitative study of pathways towards formal and informal support. *Health Expect.* févr 2016;19(1):62-73.

83. Spangaro J, Koziol-McLain J, Zwi A, Rutherford A, Frail MA, Ruane J. Deciding to tell: Qualitative configurational analysis of decisions to disclose experience of intimate partner violence in antenatal care. *Soc Sci Med.* avr 2016;154:45-53.
84. Rittmayer J, Roux G. Relinquishing the Need to "Fix It": Medical Intervention with Domestic Abuse. *Qual Health Res.* mars 1999;9(2):166-81.
85. Stöckl H, Hertlein L, Himsl I, Ditsch N, Blume C, Hasbargen U, et al. Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study. *BMC Pregnancy Childbirth.* déc 2013;13(1):77.
86. Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, et al. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet.* juill 2013;382(9888):249-58.
87. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med.* mars 2011;72(6):855-66.
88. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract.* 1982;19(3):276-88.
89. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach : crossing traditionnal boundaries of change. Homewood, Ill. Dow Jones-Irwin; 1984. (Dorsey professional books).
90. Prochaska JO, DiClemente CC. Common processes of change in smoking, weight control, and psychological distress. 1985;
91. Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava J. Measuring Processes of Change: Applications to the Cessation of Smoking. :9.
92. Brown J. Working Toward Freedom from Violence: The Process of Change in Battered Women. *Violence Women.* févr 1997;3(1):5-26.
93. Burke JG, Gielen AC, McDONNELL KA, O'Campo P, Maman S. The Process of Ending Abuse in Intimate Relationships: A Qualitative Exploration of the Transtheoretical Model. *Violence Women.* oct 2001;7(10):1144-63.
94. Anderson C. Evolving Out of Violence: An Application of the Transtheoretical Model of Behavioral Change. 2003;225-40.
95. Lafata L. The domestic violence empowerment model: Putting theory into practice. In Atlanta, GA; 2002.
96. Haggerty LA, Goodman LA. Stages of Change-Based Nursing Interventions for Victims of Interpersonal Violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* janv 2003;32(1):68-75.
97. Paterno MT, Draughon JE. Screening for Intimate Partner Violence. *J Midwifery Womens Health.* mai 2016;61(3):370-5.
98. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effets de la formation sur la violence conjugale. *Can Fam Physician.* 2014;(60):e340-7.
99. Knight RA, Remington PL. Training Internal Medicine Residents to Screen for Domestic Violence. *J Womens Health Gend Based Med.* mars 2000;9(2):167-74.

100. Hammock A, Palermo T, Keogler R, Francois P, Schiavone F, Taira B. Evaluation of a short intervention on screening for intimate partner violence in an ED. *Am J Emerg Med.* janv 2017;35(1):171-3.
101. Hamberger LK, Guse CE, Patel D, Griffin E. Increasing Physician Inquiry for Intimate Partner Violence in a Family Medicine Setting: Placing a Screening Prompt on the Patient Record. *J Aggress Maltreatment Trauma.* 18 nov 2010;19(8):839-52.
102. Kelly M, Morgan A, Carmona C, Canning U, Haynes C, Hoy A, et al. Review of Interventions to Identify, Prevent, Reduce and Respond to Domestic Violence. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2013 avr p. 860.
103. Revel-Delhom C. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, argumentaire scientifique [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2019. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/plug-ins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p\\_3107788](https://www.has-sante.fr/plug-ins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3107788)
104. Flores J, Lampron C, Maurice P, Arseneau L, Paradis F, Laforest J, et al. Répertoire d'outils soutenant d'identification précoce de la violence conjugale. Montréal (Québec): Institut national de santé publique du Québec; 2010.
105. Linassier A. Application du questionnaire WAST en France dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire [Médecine]. Poitiers; 2017.
106. Hussain N, Sprague S, Madden K, Hussain FN, Pindiprolu B, Bhandari M. A Comparison of the Types of Screening Tool Administration Methods Used for the Detection of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* janv 2015;16(1):60-9.
107. Sprague S, Madden K, Dosanjh S, Petrisor B, Schemitsch EH, Bhandari M. Screening for Intimate Partner Violence in Orthopedic Patients: A Comparison of Three Screening Tools. *J Interpers Violence.* mars 2012;27(5):881-98.
108. Gerbert B. Simplifying physicians' response to domestic violence. *West J Med.* 1 mai 2000;172(5):329-31.
109. Valpied J, Cini A, O'Doherty L, Taket A, Hegarty K. "Sometimes cathartic. Sometimes quite raw": Benefit and harm in an intimate partner violence trial. *Aggress Violent Behav.* nov 2014;19(6):673-85.
110. Hanson RK, Helmus L, Bourgon G. The validity of Risk Assessment for Intimate Partner Violence: Public Safety Canada; 2007 juill p. 29.
111. Snider C, Webster D, O'Sullivan CS, Campbell J. Intimate Partner Violence: Development of a Brief Risk Assessment for the Emergency Department. *Acad Emerg Med.* nov 2009;16(11):1208-16.
112. Ghandour RM, Campbell JC, Lloyd J. Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Vision for the Future. *J Womens Health.* janv 2015;24(1):57-61.
113. Harwell TS, Casten RJ, Armstrong KA, Dempsey S, Coons HL, Davis M. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. *Am J Prev Med.* oct 1998;15(3):235-42.
114. Fanslow JL, Norton RN, Robinson EM. One year follow-up of an emergency department protocol for abused women. *Aust N Z J Public Health.* août 1999;23(4):418-20.
115. Soglin LF, Bauchat J, Soglin DF, Martin GJ. Detection of Intimate Partner Violence in a General Medicine Practice. *J Interpers Violence.* févr 2009;24(2):338-48.
116. Bellezza FS. Mnemonic Devices: Classification, Characteristics, and Criteria. *Rev Educ Res.* juin 1981;51(2):247-75.



117. Tulving E. The effect of alphabetical subjective organization on memorizing unrelated words. *Can J Psychol Can Psychol*. 1962;16(3):185-91.
118. Ho ML, Courtier J, Glastonbury CM. The ABCs (Airway, Blood Vessels, and Compartments) of Pediatric Neck Infections and Masses. *Am J Roentgenol*. mai 2016;206(5):963-72.
119. Kosequat J, Rush SC, Simonsen I, Gallo I, Scott A, Swats K, et al. Efficacy of the Mnemonic Device « MARCH PAWS » as a Checklist for Paramedics During Tactical Field Care and Tactical Evacuation. *J Spec Oper Med Peer Rev J SOF Med Prof*. Winter 2017;17(4):80-4.
120. Stoecker WV, Vetter RS, Dyer JA. NOT RECLUSE—A Mnemonic Device to Avoid False Diagnoses of Brown Recluse Spider Bites. *JAMA Dermatol*. 1 mai 2017;153(5):377.
121. Tazkarji B, Lam R, Lee S, Meiyappan S. Approach to preventive care in the elderly. *Cam Fam Physician*. 2016;(62):717-21.
122. Sarafis C. L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des Conseillères Conjugales et Familiales [Internet] [Mémoire de DU Victimologie]. René Descartes, Paris V; 2009 [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/22896527/MEMOIRE-octobre-2009>
123. Hamberger LK, Guse C, Boerger J, Minsky D, Pape D, Folsom C. Evaluation of a Health Care Provider Training Program to Identify and Help Partner Violence Victims. *J Fam Violence*. févr 2004;19(1):1-11.
124. Mind tools content team. Kirkpatrick's Four-Level Training Evaluation Model [Internet]. Mindtools. 2020 [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.mindtools.com/pages/article/kirkpatrick.htm>

## ANNEXE 1 : Document de support de la formation.

### Et si elle répond oui... 10 mesures simples :

#### 5 tâches à ne pas oublier :

**6) Expliquer :** brièvement le cycle des violences, leur persistance malgré les promesses de la phase de "lune de miel"

**7) Explorer :** la dangerosité potentielle des violences. Par un questionnaire spécifique (ex: *Danger assessment scale*) ou par une auto-évaluation de la femme en 5 questions :

- Les actes de violence ont-ils augmenté ces 6 derniers mois ?
- Vous a-t-il déjà menacé avec une arme ?
- Pensez-vous qu'il soit capable de vous tuer ?
- Avez-vous été battue pendant une grossesse ?
- Est-il violent et constamment jaloux de vous ?

3 réponses positives sur 5 signent un risque élevé des violences (discuter l'hospitalisation pour mise à l'abri, un appel au 17...)

**8) Mesures de sécurité :** à proposer en cas de risque jugé élevé. Cacher un sac avec copie des papiers officiels, convenir d'un code d'urgence avec l'entourage, réfléchir à un abri d'urgence possible...

**9) Si enfants au domicile :** évaluer leur situation. Si danger, signaler la situation au Procureur de la République.

**10) Si épisode aigu → certificat médical :** garder un double dans le dossier médical.

### Dépister simplement les violences conjugales:

**CI: - Barrière de la langue  
- Patiente accompagnée à la consultation**

#### Avant tout:

Poser la question à un moment adapté (en dehors de l'examen physique, au bureau, sans distraction, patiente à l'aise).

Donner une explication au dépistage ("Je pose la question à toutes les femmes", "cela peut expliquer vos symptômes", "les femmes n'osent souvent pas en parler d'elles-mêmes" ...).

Puis, poser ces 3 questions :

**- Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraité physiquement ?**

**- Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?**

**- Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?**

En cas de réponse négative, malgré une forte suspicion, ne pas insister, ne pas chercher à forcer la révélation.

Dans tous les cas, veiller à mettre à disposition (en salle d'attente...) de la documentation en libre-service.

### Le médecin généraliste face aux violences conjugales:

**1 femme sur 5** consultant au cabinet est victime de violences de la part du partenaire intime

Or

Les conséquences sur leur santé sont **multiples et sévères :**

- Blessures diverses
- Asthénie chronique
- Troubles du transit anxieux
- Diabète de type 2
- Troubles neurocognitifs
- MST
- Insomnies
- Dépression
- Troubles
- Addictions
- Idées suicidaires
- Etc.

Et pourtant

Les femmes voient leur médecin traitant comme le **1<sup>er</sup> professionnel** pouvant leur apporter de l'aide.

En cas de questions ou de remarques, n'hésitez pas à me contacter par mail: [antoine.guernion@hotmail.fr](mailto:antoine.guernion@hotmail.fr)

### Et si elle répond oui... 10 mesures simples :

#### 5 tâches urgentes :

**1) Valider :** l'expérience. Confirmer qu'il s'agit bien de violences conjugales, lesquelles sont punies par la loi. Remercier la femme pour la confiance accordée. Préciser que les violences touchent de nombreuses femmes, et que la situation n'est pas définitive. Deculpaibiliser ++

**2) Confidentialité :** Rappeler la confidentialité de la révélation en invoquant le secret médical.

**3) Orientation :** s'enquérir des besoins de la femme, de sa motivation à agir. Délivrer un exemplaire de la plaquette d'orientation en l'explorant ensemble rapidement.

**4) Suivi :** Proposer un suivi rapproché. Fixer ensemble dans la mesure du possible un prochain rendez-vous.

**5) Renseigner :** la révélation dans le dossier médical.

### Volet 7

### Volet 3

### Volet 5

### Volet 4

### Volet 1

### Volet 2

### Volet 6

### Volet 8

### Pourquoi ne pas se lancer ?

→ **Manque de temps ?**  
- Le dépistage prend 15 secondes en cas de réponse négative, 7 minutes en cas de réponse positive avec les 5 tâches à réaliser immédiatement.

→ **Manque d'expérience ?**  
- Si l'on écoute les témoignages de femmes victimes, celles-ci n'ont pas d'attentes très complexes et spécialisées au moment de la révélation. **L'essentiel est dans l'écoute et l'empathie.** Pour le reste, les 10 mesures exposées au verso forment l'essentiel du travail du médecin, et seulement 5 sont à effectuer dans la foulée de la révélation !

→ **Peur de vexer ?**  
- Au moins 75% des femmes sont au contraire demandeuses d'un questionnement de routine sur le sujet des violences conjugales, qu'elles soient victimes ou non. C'est finalement en ne questionnant pas les patientes qu'elles peuvent se sentir mal prises en charge.

### Pourquoi ne pas se lancer ?

→ **Découragement devant l'absence de suites ?**  
- C'est le cheminement long du changement de comportement, que l'on retrouve aussi dans les addictions ou l'adoption de mesures hygiéno-diététiques... Tout ce qu'on peut faire à notre niveau pour l'aider à avancer c'est de lui exposer les processus du changement (cf ci-contre). **Ne pas se fixer d'objectifs à la place de la patiente.**

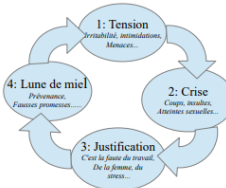
→ **Découragement devant la négation des violences ?**  
- L'objectif du dépistage n'est pas de forcer la révélation, mais de faire comprendre à la femme que le cabinet est un lieu de sécurité en cas de besoin ultérieur. **Ne pas se fixer d'objectifs de taux de révélation.**

→ **Peur des représailles ?**  
- Toutes les études prouvent que le dépistage n'accroît pas les violences. Au contraire, les femmes rapportent une amélioration de leur qualité de vie après le dépistage.

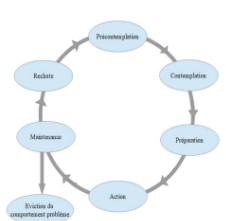
→ **"Pas dans ma patientèle" ?**  
- Le niveau socioculturel n'est qu'un facteur de risque mineur et débattu des violences. Il est clairement démontré qu'aucun milieu social n'est épargné !

### Quelques outils pratiques

#### - Cycle de la violence :



#### - Motivation au changement :



### Quelques outils pratiques

#### - Processus du changement :

Avant le stade de **préparation** :

- \* Identifier l'écart entre la situation de violence et la vision de soi idéale: "Comment vous voyez-vous dans 10 ans ?"
- \* Apporter des arguments objectifs en faveur du changement : brochures, posters...
- \* Faire ressortir les émotions provoquées par les violences: "Comment vivez-vous la situation ?"

Mais aussi: *Attirer le regard sur les conséquences des violences sur le réseau amical et familial, sur les campagnes gouvernementales, le renforcement de la Loi...*

Après le stade de **préparation** :

- \* Diminuer le risque de recontact: proposer de changer de numéro de téléphone, d'éviter les contacts avec l'ancien compagnon...
- \* Comblent le vide engendré par une rupture: motiver la patiente à s'investir dans des activités plaisantes: *hobbies, activités associatives, à rencontrer de nouvelles personnes...*
- \* Favoriser le renforcement positif en valorisant toutes les actions entreprises dans le sens d'une diminution des violences...

Mais aussi: *proposer au besoin une thérapie d'affirmation de soi, identifier un proche à l'écoute, neutre et bienveillant...*

*Indications de dépistage des  
violences conjugales :*  
*Système ABCDE*

A: « Arrivée » dans la patientèle

B: « Bébé » ; consultation du 3ème mois de grossesse ou demande d'IVG

C: « Chronique » ; symptomatologie chronique inexpliquée après avis spécialisé

D: « Dépression » ; initiation d'un traitement par antidépresseur/anxiolytique/hypnotique ou demande de traitement par une telle molécule

E: signe « Évocateur » à l'appréciation du médecin

## ANNEXE 3 : Document d'orientation

<p style="text-align: center;"><b>CIDFF 30</b> <i>Centre d'information sur les droits de la femme et des familles</i></p> <p>Association de bénévoles qui propose de nombreux services à l'attention des femmes et des familles.</p> <p>- <b>Lien d'écoute en entretiens individuels</b> avec une équipe pluridisciplinaire (conseillers familiaux, psychologues, assistants sociaux, juristes...) pour les femmes victimes de violences conjugales. Offrent une oreille attentive, des ressources et des conseils personnalisés en fonction des besoins.</p> <p>- <b>Groupes de paroles, ateliers collectifs</b></p> <p>- <b>Conseil et information juridique</b></p> <p>- <b>Démarches d'accès à l'emploi</b></p> <p><b>Contact :</b> CIDFF 30 : 20, rue de Verdun 30 900 Nîmes Par téléphone: 04 66 38 10 70 Plus d'informations sur <a href="https://cidff30.fr">https://cidff30.fr</a> ou par mail à <a href="mailto:accueil@cidff30.fr">accueil@cidff30.fr</a></p>	<p style="text-align: center;"><b>Association Via Femina</b></p> <p>Association de bénévoles qui propose un soutien physique et psychologique aux femmes victimes de violences conjugales, notamment dans l'accompagnement <b>pendant la période de violence</b> mais aussi <b>pendant la période de reconstruction</b>.</p> <p>En lien également avec une permanence <b>d'avocats spécialement formés</b> pour accompagner les femmes vers des démarches judiciaires.</p> <p>En lien avec d'autres structures pour <b>hébergement d'urgence</b>.</p> <p><b>Contact:</b> Via femina Allée Norbert Wiener, 30 900 Nîmes Pour un rdv: <a href="https://www.viafeminafama.com/contact/">https://www.viafeminafama.com/contact/</a> Par tél 24h/24, 7j/7: 09.51.10.87.28 ou 06.68.44.40.61 Par mail: <a href="mailto:viafeminafama@gmail.com">viafeminafama@gmail.com</a></p>	<p style="text-align: center;"><b>AGAVIP médiations</b></p> <p>Association professionnelle locale du réseau France Victimes, qui vise à accompagner les victimes (notamment de violences conjugales) qui se dirigent vers une <b>démarche judiciaire</b>. Apportent des conseils, des informations sur le dépôt de plainte, le fonctionnement du tribunal, les différentes démarches à effectuer, l'aide juridictionnelle... Recours gratuit</p> <p><b>Contact :</b> 1, rue Raymond Marc 30 000 Nîmes (près des Arènes). Par téléphone : 04 67 60 61 78 Du lundi au vendredi de 8h00 à 12h00 et de 13h00 à 16h00.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Association La Clède</b> <i>Région d'Alès</i></p> <p>- <b>Accueil de jour</b> : avec ou sans RDV.</p> <p>- <b>Système d'hébergement d'urgence</b> si nécessité d'un refuge.</p> <p><b>Contact:</b> Association La Clède 8 - 10 rue Marcel Cachin 30 100 ALES Par téléphone: 04 66 52 22 68 / 06 45 26 99 14 Site Internet: <a href="https://laclede.fr/index.php">https://laclede.fr/index.php</a> ou par mail à <a href="mailto:laclede@laclede.fr">laclede@laclede.fr</a></p>	<p style="text-align: center;"><b>Police et Gendarmerie</b></p> <p>- Pour déposer plainte, demander des informations, être mise en relation avec une assistante sociale rattachée.</p> <p><b>Contact Police:</b> 245 av Pierre-Gamel, 30 000 Nîmes. Par téléphone: 04 67 27 30 00</p> <p><b>Contact Gendarmerie:</b> 56 rue Sainte-Geneviève, 30 000 Nîmes. Par téléphone: 04 66 38 50 41 Dans les autres communes selon le réseau local.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Briser le silence</b></p> <p>" En France, 1 femme sur 10 est victime de violences conjugales. C'est donc un problème très fréquent, et grave. Les violences conjugales sont donc condamnées par la loi. "</p> <p>" Les violences conjugales, ça n'est pas que les coups. Ce sont aussi les insultes, les menaces, les humiliations, les rapports non consentis, l'interdiction d'accéder à un travail... Ce sont toutes les formes de domination d'un membre du couple sur l'autre. Ainsi, la plupart des violences ne se voient pas sur le corps de la victime, mais cela ne veut pas dire qu'elles n'existent pas ! "</p> <p>" Il peut être difficile de se confier à quelqu'un à ce sujet. On peut avoir peur des conséquences pour son conjoint, pour sa famille. On peut penser que cela ne sert à rien. Il paraît parfois plus simple de supporter les violences sans rien dire, d'attendre "que ça passe"... Malheureusement, dans la quasi-totalité des cas, les violences ne disparaissent pas seules, et vont même en s'aggravant en fréquence et en intensité. "</p> <p>" Les femmes qui ont franchi le pas de se confier à quelqu'un (un proche, une association...) en témoignent positivement. Elles ont rapporté se sentir soulagées d'un poids immense, et cela a souvent permis de les libérer des violences qu'elles subissaient depuis des mois, des années... "</p> <p>" Alors, même si vous ne voulez pas donner votre nom, même si vous ne voulez pas porter plainte, même si vous ne vous sentez pas prête à rompre, il existe des personnes prêtes à recevoir votre parole, à vous conseiller, à vous informer. "</p>	<p style="text-align: center;"><b>Numéros utiles :</b></p> <p><b>Numéros d'urgence :</b> <i>gratuits, disponibles 7j/7, 24h/24</i></p> <p>- 15 : SAMU</p> <p>- 17 : Police</p> <p>- 112 : Numéro d'urgence européen</p> <p>- 114 : Numéro d'urgence par SMS</p> <p><b>Lignes d'écoute, chat, application :</b></p> <p>- 3919 : Violence femme Info Pour être écoutée, orientée vers des professionnels et des associations proches de chez soi. Appel gratuit et anonyme, 7j/7 de 09h00 à 19h00.</p> <p>- 116 006 : Numéro d'aide aux victimes Pour obtenir des informations sur ses droits. Appel gratuit et anonyme, 7j/7 de 09h00 à 19h00. Aussi joignables par mail: <a href="mailto:victimess@france-victimes.fr">victimess@france-victimes.fr</a></p> <p>- Chat Internet avec services de Police Pour obtenir des informations sur ses droits, sur le dépôt de plainte, être orienté vers des professionnels et des associations proches de chez soi. Disponible sur <a href="http://www.service-public.fr">www.service-public.fr</a>, rubrique « violence conjugale » Anonyme et gratuit, 7j/7, 24h/24.</p> <p>- Application App'elles Application mobile qui propose une plateforme regroupant les numéros d'urgence, des dispositifs d'urgence, des contacts locaux ou des chats Internet. Disponible sur les plateformes de téléchargement.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Violences conjugales ?</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Des personnes sont à votre écoute</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Région de Nîmes</i></p>
---	---	--

VIOLENCES  
CONJUGALES  
VIOL HARCELEMENT  
VIOLENCES FEMMES INFO  
APPELEZ LE  
3919  
Appel anonyme et gratuit.  
AGRESSION SEXUELLE  
VIOL  
MARIAGE FORCÉ  
EXCISION  
AGRESSION  
VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE SEXUELLE

MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES  
DES PROFESSIONNEL-LES VOUS ÉCOUTENT  
ET VOUS ACCOMPAGNENT.  
[stop-violences-femmes.gouv.fr](http://stop-violences-femmes.gouv.fr)

**SEXISME**  
PAS NOTRE GENRE!

# ANNEXE 5 : Certificat médical

## Exemple de certificat médical conforme

Je soussigné(e) Dr... exerçant au cabinet médical de ... (ville +/- adresse postale si nécessaire), enregistré au RPPS sous le numéro ... , certifie avoir examiné ce jour<sup>1</sup> : Une personne qui me dit s'appeler Mr/Mme... et être né(e) le ...

### Anamnèse :

La personne déclare<sup>2</sup> « avoir été victime le ... (jour) à...(heure) de ..... par..... ».

### Doléances :

La personne rapporte les symptômes suivants<sup>3</sup> :  
« -  
-  
- »

### État antérieur<sup>4</sup> :

La personne me dit par ailleurs présenter les antécédents médicaux suivants : « ..... »  
Et mon examen constate les particularités suivantes : « ... »

### Examen clinique :

Je retrouve à l'examen clinique les éléments suivants :  
Examen physique<sup>5</sup> :

-  
-

Examen psychiatrique<sup>6</sup> :

-  
-

En revanche je constate l'absence des éléments suivants<sup>7</sup> :

-  
-

A la lumière de ces constatations, je prescris les examens complémentaires suivants :

-  
-

Un certificat complémentaire sera établi à la réception des résultats de ces examens.

Suite à l'examen clinique, j'établis :

\*Un arrêt de travail d'une durée de... jours.. Une prolongation pourra être décidée après nouvel examen à l'issue de ce délai.

\*Une durée d'incapacité totale de travail de... jours, en l'absence de complications ultérieures<sup>8</sup>.

Je constate que les données de l'examen clinique sont compatibles/sont incompatibles avec le mécanisme lésionnel rapporté<sup>9</sup>.

« Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit. »<sup>10</sup>

Le .... (date)

Signature et tampon du médecin

### Annotations :

<sup>1</sup> Le certificat peut si besoin être rédigé un jour différent de celui de la réalisation de l'examen clinique. Dans ce cas, il faut supprimer le complément « ce jour », et préciser, par exemple à la fin du certificat, en plus de la date de rédaction, la date de l'examen clinique.

<sup>2</sup> Les propos du patient doivent être rapportés entre guillemets (c'est le cas ici) ou au conditionnel. Il faut alors citer au maximum les propos réels du patient. Attention toutefois à ne pas identifier l'agresseur rapporté par son nom, mais le cas échéant par son rapport à la victime (époux, voisin, client...)

<sup>3</sup> Rapporter ici toujours entre guillemets ou au conditionnel les symptômes rapportés par le patient (douleur, limitation de mouvement, insomnie, humeur triste...)

<sup>4</sup> Seront énumérés dans cette rubrique les éléments éventuels pouvant interférer avec l'examen clinique (handicap pré-existant, cicatrices anciennes...) ou les éléments évocateurs d'une vulnérabilité, et donc d'un caractère grave des violences (grossesse, handicap...). Là-encore, les éléments non constatés par le médecin à l'examen (grossesse débutante, insomnies chroniques...) seront rapportés entre guillemets.

<sup>5</sup> Les lésions seront détaillées, en particulier sur leur forme et leur taille. Dans l'idéal, des photos avec outil de mesure seront annexées au certificat. Pour faire simple, les lésions traumatiques cutanées se divisent en 3 catégories :

- Lésions à traumatisme fermé :  
\* Ecchymose : extravasation sanguine au sein des tissus conjonctifs (= « bleu » commun, mais peut être rouge, jaune, vert...)  
\* Hématome : collection sanguine dans une cavité déformée (= « bosse »)

- Lésions à traumatisme ouvert :  
\* Dermabrasion : érosion superficielle de l'épiderme (= « griffure », « éraflure »)  
\* Plaie franche : plaie linéaire sans perte de substance (« nette », comme avec une arme blanche par exemple)  
\* Plaie contuse : plaie avec perte de substance (« lacération », comme avec une arme à feu par exemple)  
\* Brûlure

- Lésions d'écrasement/boisement : qui peuvent être ouvertes ou fermées.

<sup>6</sup> La plupart des diagnostics psychiatriques nécessitent une durée d'évolution de plusieurs jours pour être posés. Dans le cadre d'une agression aiguë, on ne pourra donc pas faire le diagnostic de « trouble anxieux généralisé », d'« état de stress post-traumatique », d'« épisode dépressif caractérisé ». Finalement, l'ensemble des signes psychiatriques observables à l'examen seront secondaires à un « état de stress aigu » : pleurs, hypervigilance, hyperactivation neurovégétative, syndrome de répétition, insomnies, cauchemars...

<sup>7</sup> Rubrique rarement utile mais dans laquelle le médecin pourra cependant noter au besoin les signes négatifs de son examen. Par exemple, une absence d'ecchymoses en regard des phalanges est un signe en défaveur de coups de poings portés par la victime.

<sup>8</sup> L'incapacité totale de travail n'a ni définition juridique, ni barème officiel. Elle correspond à la durée pendant laquelle la personne sera gênée (et on nécessitera une aide) dans la réalisation des tâches essentielles de la vie quotidienne telles que manger, dormir, se laver, faire ses courses, se déplacer, jouer (pour les enfants). Elle est donc au moins égale, le cas échéant, à la durée d'hospitalisation ou à la durée d'immobilisation plâtrée. Elle n'a aucun lien avec la durée d'arrêt de travail. Elle n'a de valeur qu'en cas d'agression aiguë ; des violences psychologiques au long cours sans « exacerbation aiguë » ne doivent pas conduire à l'estimation d'une durée d'ITT. Ce n'est pas un élément absolument indispensable du certificat (notamment dans le cadre de violences conjugales). Le médecin peut donc se retenir de le fixer en écrivant une mention telle que : « l'incapacité totale de travail sera fixée ultérieurement en cas de besoin par un médecin spécialement formé ». Il n'est pas obligatoire de noter sur le certificat la durée d'arrêt de travail mais cela permet de faire comprendre au juge que l'on fait la différence entre durée d'ITT et durée d'arrêt de travail.

<sup>9</sup> Élément de synthèse non indispensable mais apprécié par le tribunal. Il est conseillé de s'abstenir en l'absence de discordance/concordance évidente.

<sup>10</sup> Le certificat doit être établi en deux exemplaires : 1 pour la victime et 1 à archiver dans le dossier médical. En cas de refus du patient d'en recevoir une copie (notamment dans le cadre de violences conjugales, par peur d'être découvert par le conjoint), il est indispensable cependant de conserver la copie destinée au dossier médical.

## ANNEXE 6 : Fiches de recueil des données

Fiche d'inclusion :

Nom du médecin : ..... H/F

Ville : .....

Type d'exercice : Urbain/semi-rural/rural  
Cabinet personnel/cabinet partagé/Maison de santé pluridisciplinaire

Durée d'exercice : .....

Avez-vous déjà participé à une formation (congrès, séminaire, FMC...) sur le thème des violences conjugales : oui/non si oui, précisez : .....

**Données initiales :** A propos des 20 dernières patientes vues en consultation, renseignez dans le tableau suivant si un dépistage des violences conjugales a été mené **dans les 12 derniers mois**, et si son résultat a été renseigné dans le dossier médical.

	Recherché, non renseigné dans le dossier		Recherché et renseigné dans le dossier		Non recherché
	Dans le dernier mois	Dans les 11 mois précédents	Dans le dernier mois	Dans les 11 mois précédents	
Patiente 1					
Patiente 2					
Patiente 3					
Patiente 4					
Patiente 5					
Patiente 6					
Patiente 7					
Patiente 8					
Patiente 9					
Patiente 10					
Patiente 11					
Patiente 12					
Patiente 13					
Patiente 14					
Patiente 15					
Patiente 16					
Patiente 17					
Patiente 18					
Patiente 19					
Patiente 20					

Fiche d'inclusion (recueil des données M0)

Fiche de suivi :

Nom du médecin : .....

**Données de suivi :** A propos des 20 dernières patientes vues en consultation, renseignez dans le tableau suivant si un dépistage des violences conjugales a été mené **dans les 12 derniers mois**, et si son résultat a été renseigné dans le dossier médical. Précisez également si ce dépistage s'est déroulé ou non pendant le **dernier mois écoulé**.

	Recherché, non renseigné dans le dossier		Recherché et renseigné dans le dossier		Non recherché
	Dans le dernier mois	Dans les 11 mois précédents	Dans le dernier mois	Dans les 11 mois précédents	
Patiente 1					
Patiente 2					
Patiente 3					
Patiente 4					
Patiente 5					
Patiente 6					
Patiente 7					
Patiente 8					
Patiente 9					
Patiente 10					
Patiente 11					
Patiente 12					
Patiente 13					
Patiente 14					
Patiente 15					
Patiente 16					
Patiente 17					
Patiente 18					
Patiente 19					
Patiente 20					

Fiche de suivi (recueil des données M1, M6)

Fiche de suivi à 12 mois :

Nom du médecin : .....

**Données de suivi :** A propos des 20 dernières patientes vues en consultation, renseignez dans le tableau suivant si un dépistage des violences conjugales a été mené **dans les 12 derniers mois**, et si son résultat a été renseigné dans le dossier médical. Précisez également si ce dépistage s'est déroulé ou non pendant le **dernier mois écoulé**.

	Recherché, non renseigné dans le dossier		Recherché et renseigné dans le dossier		Non recherché
	Dans le dernier mois	Dans les 11 mois précédents	Dans le dernier mois	Dans les 11 mois précédents	
Patiente 1					
Patiente 2					
Patiente 3					
Patiente 4					
Patiente 5					
Patiente 6					
Patiente 7					
Patiente 8					
Patiente 9					
Patiente 10					
Patiente 11					
Patiente 12					
Patiente 13					
Patiente 14					
Patiente 15					
Patiente 16					
Patiente 17					
Patiente 18					
Patiente 19					
Patiente 20					

Sur une échelle de 0 à 10, comment évalueriez-vous l'impact du manque de formation sur votre pratique de dépistage (0 : aucune gêne. 10 : gêne majeure ; entourer le chiffre correspondant) ?  
*Avant la formation :* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Après la formation :* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*A 12 mois de la formation :* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur une échelle de 0 à 10, comment évalueriez-vous l'impact du manque de temps sur votre pratique de dépistage (0 : aucune gêne. 10 : gêne majeure ; entourer le chiffre correspondant) ?  
*Avant la formation :* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Après la formation :* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*A 12 mois de la formation :* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur une échelle de 0 à 10, comment évalueriez-vous l'impact de l'appréhension de la réaction de la patiente sur votre pratique de dépistage (0 : aucune gêne. 10 : gêne majeure ; entourer le chiffre correspondant) ?  
*Avant la formation :* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Après la formation :* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*A 12 mois de la formation :* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur une échelle de 0 à 10, comment évalueriez-vous l'impact du manque d'interlocuteurs sur votre pratique de dépistage (0 : aucune gêne. 10 : gêne majeure ; entourer le chiffre correspondant) ?  
*Avant la formation :* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Après la formation :* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*A 12 mois de la formation :* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D'autres difficultés ont-elles été révélées, ou au contraire atténuées suite à la formation ? .....

Autres remarques éventuelles : .....

Merci de votre participation ! Je ne manquerai pas de vous faire parvenir les résultats à réception de tous les questionnaires.  
 Comme d'habitude, vous pouvez me renvoyer le questionnaire complété par mail : [antoine.gesrion@hotmail.fr](mailto:antoine.gesrion@hotmail.fr) ou par SMS : 06-33-52-84-71

Fiche de suivi (M12)

## Serment d'Hippocrate

---

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

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.



## Résumé

Introduction : En consultation de médecine générale, une patiente sur cinq est victime de violences conjugales. Ces violences sont à l'origine de multiples conséquences sanitaires. Ces femmes victimes voient le médecin comme l'interlocuteur professionnel privilégié pour révéler des faits de violences. Or, le dépistage actif de la part des médecins reste très insuffisant. Les médecins rapportent plusieurs freins au dépistage, notamment manque de formation, manque de temps, méconnaissance du réseau local d'adressage et peur de la réaction de la patiente.

Elaboration de la formation : En partant des données de la littérature scientifique, nous avons créé une formation courte d'une heure à destination des médecins généralistes. Cette formation était centrée sur la déconstruction de leurs freins au dépistage. Elle proposait également des outils pratiques visant à faciliter le dépistage en consultation.

Evaluation de la formation : 10 médecins ont participé à la formation puis à la phase de suivi d'un an. Chez ces médecins, le pourcentage de femmes dépistées est passé d'une moyenne de 15% avant formation à 41,5% à 1 an de la formation. Dans le même temps, la proportion de nouveaux dépistages au cours du temps est restée stable, témoin du maintien des pratiques au fil du temps.

Conclusion : La formation élaborée semble avoir été efficace pour augmenter les pratiques de dépistage des médecins à moyen terme, et pour maintenir ce changement dans le temps. Toutefois, le faible nombre de médecins participants ne permet pas d'extrapoler ces résultats à la population générale des médecins généralistes. Des études de plus grande ampleur sont indispensables pour confirmer ou non ce résultat à petite échelle.

**Mots-clés** : *violence conjugale, dépistage, formation continue, soins primaires, médecins généralistes.*