

FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES :
Prise en charge par les
professionnels médicaux de ville
(libéraux et PMI)

Mémoire rédigé et soutenu par Faustine QUILICI
Sous la direction d'Anne-Sophie BAUDCHON, sage-femme à la PMI de Dunkerque

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont, tout d'abord, à ma directrice de mémoire, Madame Anne-Sophie BAUDCHON. Un grand merci pour votre bienveillance, votre soutien et vos précieux conseils. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous.

Je tiens, ensuite, à remercier Madame Alexandra BROGNARD, sage-femme référente, pour sa disponibilité et ses encouragements, ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative que j'ai pu croiser au cours de ma formation.

Je tiens à remercier également Monsieur Raphael BENTEGEAC, interne en Santé Publique, pour ses conseils.

Je tiens à remercier grandement le réseau OREHANE qui a permis la diffusion du questionnaire mais aussi l'ensemble des professionnels de santé ayant pris le temps de répondre et de m'aider, de près comme de loin, à réaliser ce travail.

Enfin, je tiens à remercier mes parents, ma sœur, mon frère, Pierre et ma mamie France pour leur amour, leur présence et leur soutien tout au long de mes études mais aussi mes amies Adèle, Laura et Alexia ainsi que mes copines sages-femmes Élia, Léa H, Mélanie, Flora, Léa D, Sullyvan et Camille. Merci pour ces « chouettes années ».

A toutes les femmes victimes, je souhaite que ce travail m'aide à les accompagner au mieux.

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| ABRÉVIATIONS | 4 |
| INTRODUCTION | 5 |
| 1. Définition des violences | 5 |
| 2. Contexte actuel en France | 6 |
| 3. Violences faites aux femmes et grossesse..... | 6 |
| 4. Impact de la violence intrafamiliale sur les enfants | 6 |
| 5. Rôle des professionnels de santé..... | 7 |
| 6. Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes | 7 |
| MATÉRIEL ET MÉTHODES | 9 |
| 1. Descriptif de l'étude | 9 |
| 2. Recrutement | 9 |
| 3. Variables étudiées | 9 |
| 4. Tests statistiques et logiciels utilisés | 10 |
| RÉSULTATS | 11 |
| 1. Caractéristiques de la population étudiée..... | 11 |
| 2. Formations et connaissances | 14 |
| A. Formations et informations des professionnels de santé | 14 |
| B. Connaissances de la thématique des violences au sein du couple | 15 |
| a) Éléments épidémiologiques..... | 16 |
| b) Le cycle de la violence..... | 16 |
| c) Les facteurs précipitants..... | 17 |
| d) Les conséquences sur la santé | 17 |
| e) La législation | 18 |
| 3. Prise en charge..... | 19 |
| A. Questionnement systématique | 19 |
| a) Dépistage des violences et spécialité médicale | 20 |
| b) Dépistages des violences et type d'activité..... | 20 |
| c) Dépistage des violences et durée d'exercice en ville | 20 |
| d) Dépistage des violences et durée d'exercice depuis le diplôme | 20 |
| e) Dépistage des violences et formation initiale | 21 |
| f) Dépistage des violences et formation continue..... | 21 |
| B. Dépistage des violences conjugales..... | 21 |
| C. Aisance professionnelle..... | 22 |
| D. Prise en charge de la victime et propositions d'aides..... | 22 |
| E. Réseaux professionnels et associatifs..... | 24 |
| F. Accompagnement face aux situations de violences faites aux femmes..... | 24 |

| | |
|--|-----------|
| DISCUSSION | 26 |
| 1. De bonnes connaissances générales..... | 26 |
| 2. Un questionnement pas si systématique | 26 |
| A. Quelques chiffres..... | 26 |
| B. Facteurs influençant le dépistage systématique..... | 27 |
| 3. Des professionnels à l’aise ?..... | 27 |
| 4. Une prise en charge médicale, sociale et psychologique ? | 27 |
| 5. Des professionnels en difficulté..... | 28 |
| 6. Analyse de l’étude | 29 |
| A. Points faibles et biais | 29 |
| B. Points forts et ouverture | 30 |
| CONCLUSION | 31 |
| BIBLIOGRAPHIE | 32 |
| ANNEXES | 35 |
| Annexe 1 : Demande d’autorisation pour diffusion d’une enquête via le réseau OREHANE..... | 35 |
| Annexe 2 : Déclaration de conformité à la réglementation de la protection des données personnelles | 36 |
| Annexe 3 : Version Word du questionnaire en ligne (Lime Survey)..... | 37 |
| Annexe 4 : Illustrations des projets mis en place par la MIPROF..... | 40 |
| RÉSUMÉ | 43 |

ABRÉVIATIONS

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CM : Certificat Médical

CMP : Centre Médico-Psychologique

CRIP : Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes

EPP : Entretien Prénatal Précoce

G : Gynécologue

HAS : Haute Autorité de Santé

ITT : Incapacité Temporaire/Totale de Travail

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PEC : Prise En Charge

SF : Sage-femme

SSD : Service Social Départemental

TGD : Téléphone Grave Danger

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

INTRODUCTION

La violence à l'encontre des femmes, en particulier les violences au sein du couple, est un problème de santé publique majeur et une violation grave des droits humains comme l'explique Mathilde Delespine, sage-femme clinicienne chargée du programme de prévention des violences faites aux femmes pour le réseau périnatal « Naître dans l'Est Francilien ». (1)

1. Définition des violences

En 1993, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), en accord avec l'ONU (Organisation des Nations Unies), définit les violences faites aux femmes comme étant : « *Tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.* » (2)

Depuis des millénaires, la violence conjugale est présente dans le monde entier et touche des hommes et des femmes ordinaires. Elle n'est pas l'apanage d'un groupe social, économique ou culturel. (3)

A ce jour, les violences intrafamiliales sont un « *processus généralement évolutif au cours duquel une personne exerce, dans le cadre d'une relation privée et privilégiée une domination qui s'exprime par des comportements agressifs, violents et destructeurs* » à l'encontre de son ou sa partenaire. Elles sont récurrentes et souvent cumulatives. Les violences au sein du couple existent quelle que soit la configuration conjugale pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de la relation. (4)

Il est important de différencier les violences des conflits conjugaux. (5) Le conflit conjugal se définit par une opposition de deux points de vue, parfois violente mais se déroulant dans une relation égalitaire. L'argumentation est existante et permet de reconnaître l'autre. En cas de violence conjugale, le dialogue est absent. Un rapport de domination et de prise de pouvoir de l'un des partenaires sur l'autre se met en place. La relation est alors déséquilibrée. Ces violences peuvent prendre plusieurs formes et sont toutes condamnables par la loi (6) (7) :

- Les **violences verbales** (cris, insultes, silences, ton brusque) : elles permettent à l'agresseur de contrôler, déstabiliser et humilier son partenaire en créant un climat de peur et d'insécurité.
- Les **violences psychologiques** (dévalorisation, harcèlement, domination, contrôle, mépris) : elles sont insidieuses et permanentes et ont pour but de détruire l'estime et la confiance du partenaire.
- Les **violences physiques** (coups, bousculades, gifles, séquestration, ...) : elles sont les plus repérables en laissant des traces visibles et peuvent, à l'extrême, aller jusqu'au meurtre.
- Les **violences sexuelles** (relations sexuelles contraintes, sévices sexuels, prostitution)
- Les **violences économiques et patrimoniales** (privation de ressources financières et/ou matérielles, interdiction de travailler) : elles entraînent une réduction de l'autonomie et une dépendance financière.
- Les **violences administratives** (confiscation de documents comme la carte nationale d'identité, permis de conduire, livret de famille, carte vitale)

Le but de l'agresseur est donc d'isoler la victime, la dévaloriser, inverser la culpabilité mais aussi instaurer un climat de peur, d'insécurité et de terreur, assurer son impunité et l'impliquer dans les faits.

La violence au sein du couple n'est pas quelque chose de linéaire, elle évolue dans le temps de façon cyclique. Ce cycle, décrit pour la première fois par Lenore Edna Walker (8), est composé de 4 phases : (9) (10)

- 1) **Phase de tension** : un climat de tension s'installe par des paroles ou des attitudes exerçant une pression psychologique. La victime doute d'elle-même.
- 2) **Phase de crise ou d'agression** : elle se manifeste par un épisode de violences.

- 3) **Phase de justification** : l'agresseur minimise son comportement en se trouvant des excuses et en faisant porter la responsabilité sur son partenaire. Un sentiment de culpabilité se développe chez la victime.
- 4) **Phase de lune de miel** : l'agresseur exprime alors des regrets et fait tout pour se faire pardonner. La victime retrouve de l'espoir et désire lui donner une nouvelle chance.

Les cycles sont successifs et augmentent en intensité et en fréquence dans le temps. La connaissance de ces cycles permet de comprendre le comportement des victimes, notamment leur réversibilité dans leurs demandes d'aides et ainsi adapter la prise en charge (PEC).

Les violences sont source à court et long terme de conséquences graves sur la santé physique, mentale, sexuelle et procréative des femmes et peuvent entraîner des coûts sociaux et économiques élevés. (11) (12) L'étude réalisée en 2013 par l'OMS révèle qu'une femme victime de violences physiques est 1,5 fois plus exposées au risque d'infections sexuellement transmissibles et 2 fois plus au risque de subir un avortement. Ces femmes sont également plus à risque de présenter des dépressions, des états de stress post-traumatiques ainsi que d'autres troubles anxieux (troubles du sommeil, de l'alimentation, cognitifs et tentatives de suicide) mais également des maladies chroniques comme l'hypertension artérielle, un cancer ou un diabète. (13) De façon générale, ces femmes sont plus à risque de présenter une altération de leur état de santé.

2. Contexte actuel en France

Le sujet des violences au sein du couple reste, malheureusement, d'actualité. En effet, en 2019, en France, on recense encore, selon l'étude de la Délégation aux victimes sur les morts violentes au sein du couple, 173 victimes dont 146 femmes tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, c'est-à-dire une femme tous les 2,5 jours et 213 000 femmes majeures victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint. (14)

3. Violences faites aux femmes et grossesse

La grossesse est un catalyser des violences. Selon Muriel Salmona, 10 % des femmes subissent des violences au cours de la grossesse. (15) Celle-ci se révèle comme étant un facteur de risque majeur d'apparition ou d'aggravation des violences pouvant avoir de graves conséquences en termes de morbidité materno-fœtales.

Une étude américaine datant de 2006 démontre que les violences augmentent significativement le risque de pathologies obstétricales : augmentation du risque de menace d'accouchement prématuré, naissances prématurées et rupture prématurée des membranes de 60 %, augmentation du risque de diabète et d'hypertension artérielle de 40 %, de métrorragies de 90 % et d'infections urinaires, vomissements gravidiques incoercibles et de fausses couches spontanées de 60 %. (16)

La grossesse reste donc un moment privilégié pour dépister les violences passées et actuelles. La fréquence des consultations permet l'instauration d'une relation de confiance entre patiente et professionnel de santé. Ainsi, le professionnel peut plus aisément repérer des signes d'alerte et cette dernière peut se sentir plus apte à s'exprimer sur ses traumatismes.

4. Impact de la violence intrafamiliale sur les enfants

La violence dans le couple impacte l'enfant de façon néfaste. Certains auteurs comme Karen Sadlier parle de l'enfant comme « co-victime » (17) tandis que d'autres, comme Gabrielle Douieb et Roland Coutanceau, parlent d'« enfants exposés aux violences ». (18)

Quelle que soit l'appellation, les violences intrafamiliales ont de graves conséquences sur le développement physique et psychologique de l'enfant. Ceux-ci présentent alors des troubles du sommeil tels que des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes, des cauchemars répétitifs, un fléchissement de l'investissement scolaire, des signes fonctionnels variables (tremblements, boule dans la gorge, ...), des troubles du comportements (actes d'agression inadaptés, irritabilité, manifestations colériques ou encore une symptomatologie anxio-dépressive).

L'impact des violences intervient donc à différents niveaux de leur développement et nécessite une prise en charge thérapeutique afin de prévenir la survenue des troubles et d'amoindrir leurs impacts.

5. Rôle des professionnels de santé

Les professionnels de santé sont, le plus souvent, les premiers interlocuteurs. Ils jouent un rôle privilégié dans la chaîne de prise en charge des femmes. Selon Roger Henrion, trois catégories de professionnels sont en première ligne : les médecins généralistes, les urgentistes et les gynécologues-obstétriciens. Il évoque les nombreuses consultations chez la sage-femme au cours de la grossesse. (13) Mathilde Delespine explique également que la sage-femme est au cœur du processus et joue un rôle déterminant auprès des femmes victimes de violences. (1)

Il est recommandé aux professionnels de santé d'effectuer un dépistage systématique des violences et de rechercher les facteurs précipitants de la violence, les signes d'alertes (troubles physiques ou psychologiques) ou un comportement inhabituel ou inadapté chez la patiente, son conjoint et ses enfants. Les questions sont de préférence ouvertes et adaptées aux patientes. (19)

Concernant la prise en charge des femmes, l'HAS (Haute Autorité de Santé) a établi des recommandations récentes pour la pratique clinique, en milieu hospitalier ou en libéral. (20) Elle évoque plusieurs points de prise en charge essentiels. Tout d'abord, la révélation est un moment clé qui nécessite une écoute active et une absence de jugement mais il faut faire comprendre à la patiente qu'elle est victime de violences au sein de son couple et lui rappeler qu'elle est libre d'agir comme bon lui semble. Un dossier médical exploitable doit être constitué et un certificat médical ou une attestation professionnelle peut être établi pour faire valoir les droits de la victime. De plus, le professionnel doit informer et orienter sa patiente en fonction de la situation. Si celle-ci est jugée grave ou à risque élevé, des dispositifs peuvent être proposés comme le Téléphone Grave Danger (TGD) ou le Plan de sécurité. Si besoin, le professionnel de santé peut être amené à réaliser un signalement avec l'accord de la victime sauf si celle-ci est mineure ou dite « vulnérable ». L'HAS rappelle également l'importance de s'entourer d'un réseau sanitaire multidisciplinaire dans ce genre de situation.

6. Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes

Depuis 2012, le Gouvernement souhaite agir contre les violences faites aux femmes en protégeant de façon efficace les victimes et en ne laissant aucune violence sans réponse pénale, sanitaire et sociale. (21) La MIPROF (mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) a été mise en place.

La MIPROF a permis la mise en place de plusieurs projets ces dernières années : création d'hébergements d'urgence, intervenants sociaux dans les commissariats pour accompagner les victimes dans les démarches, mise en ligne d'un numéro de téléphone unique, le « 3919 », gratuit et ouvert 7 jours sur 7, élaboration d'un kit d'urgence en cas de viol ou encore la création d'un poste de référent « violences faites aux femmes » identifié dans chaque établissement possédant un service d'urgence qui a pour but d'organiser des temps de sensibilisation et d'information, de mettre à disposition des supports de communication et de sensibilisation et d'identifier les partenaires utiles au sein de l'établissement et à l'extérieur. (22)

La MIPROF a pour mission de former les professionnels de santé et l'ensemble du personnel susceptible d'être impliqué dans la lutte contre les violences : du dépistage à la prise en charge en passant par l'orientation des femmes victimes. (23) Pour se faire, elle a élaboré des outils pédagogiques (courts métrages et livrets d'accompagnement) mis à la disposition de l'ensemble des professionnels. (Annexe 4)

« Qu'en est-il pour les professionnels de santé, en ville ? Comment s'organisent-ils ? Quelle prise en charge est proposée par les professionnels de santé, en ville, pour orienter les femmes victimes de violences ? »

Les objectifs principaux de notre étude sont donc de comprendre la prise en charge des professionnels de santé en ville, de savoir s'ils se sentent suffisamment informés et de connaître leurs sources d'informations à ce sujet. L'objectif secondaire est d'illustrer que la prise en charge est à la fois médicale, psychologique et sociale.

Nous émettons l'hypothèse qu'il existe de réelles difficultés dans la prise en charge par les professionnels de santé en ville qui pourraient être amoindries si ceux-ci étaient formés et entourés par un réseau.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Descriptif de l'étude

Notre étude est une étude rétrospective et descriptive de 247 questionnaires de professionnels de santé. Celle-ci est quantitative et multicentrique et a été réalisée via la plateforme d'Enquêtes de l'Université de Lille, hébergée par Lime Survey sur la période d'octobre 2020 à février 2021.

La population cible de notre étude est composée de professionnels de santé exerçant en ville (libéraux et PMI) et recevant en consultation des femmes.

Les critères d'inclusion étaient que les professionnels de santé soient sages-femmes, gynécologues (gynécologue-obstétricien ou gynécologue médical), médecins généralistes exerçant en ville (libéraux ou en Protection Maternelle et Infantile) ou ayant une activité mixte (hôpital/libéral, libéral/PMI, ...). Le seul critère d'exclusion était l'exercice unique en milieu hospitalier.

Afin d'illustrer au mieux le parcours parfois complexe de ces patientes, des entretiens semi-directifs devaient être réalisés auprès de femmes victimes. Au vu du contexte actuel de la COVID-19 et de la réversibilité des patientes, aucun entretien n'a pu être réalisé.

2. Recrutement

Dans un premier temps, après autorisation (Annexe 1), le recrutement a été effectué via le réseau ORÉHANE, le Réseau de Santé de Périnatalité régional qui regroupe les cinq RSP de la région Hauts-de-France (le Réseau PAULINE, le Réseau de Picardie, le Réseau Bien Naître en Artois, le Réseau Périnatal du Hainaut-Cambrésis et le Réseau OMBREL).

Dans ce même temps, une diffusion, via les réseaux sociaux (Facebook et Twitter), a été réalisée après autorisation de la CNIL (Annexe 2).

Après plusieurs relances et face à une grande disparité des réponses, nous avons contacté de nombreuses fédérations et associations de gynécologues. Néanmoins, elles ont été un réel frein à l'étude puisqu'elles estimaient qu'il n'était pas possible d'étudier les pratiques de professionnels issus de formations différentes.

Le recrutement a eu lieu pendant un peu plus de 4 mois, du 19 octobre 2020 au 24 février 2021 inclus. La participation au questionnaire en ligne était volontaire.

Au total, notre questionnaire a obtenu 325 réponses. Cependant, seulement 247 questionnaires avaient obtenu une réponse complète et donc exploitable pour la suite de notre étude.

3. Variables étudiées

Les données recueillies grâce au questionnaire (Annexe 3) ont été rentrées dans une grille de recueil grâce au logiciel Microsoft Excel® via Lime Survey directement puis ont été protégées par le logiciel ZED.

Le questionnaire présente différentes parties s'apparentant à trois grands thèmes :

- Thème n°1 : Généralités
- Thème n°2 : Connaissances et formations
- Thème n°3 : Prise en charge

Pour chacun des thèmes, les variables ont été cotées de la façon suivante : 0 pour « NON », 1 pour « OUI » et NA pour « Non Approprié ».

Certaines questions présentes dans le questionnaire étaient des questions dites « ouvertes ». L'analyse a donc été faite à l'aide de mots clés.

4. Tests statistiques et logiciels utilisés

Dans un premier temps, les réponses à chaque question ont été décrites en termes de pourcentages grâce au logiciel de Lime Survey® et de Microsoft Excel®.

Nous avons ensuite créé les groupes « Sages-Femmes » (SF), « Gynécologues » (G) et « Médecins Généralistes » (MG) afin de les comparer. Ils ont d'abord été décrits sous forme de pourcentage puis comparés à l'aide :

- Du Test de Chi-2
- Du Test exact de Fisher lorsque les conditions du test de Chi-2 n'étaient pas remplies (effectif attendu inférieur à 5)

Ces tests ont été réalisés grâce au site BiostatTGV (créé par l'Institut Pierre Louis UMR et sponsorisé par l'INSERM et Médecine Sorbonne Université).

Le seuil de significativité, pour notre étude, a été fixé à $p < 0,05$.

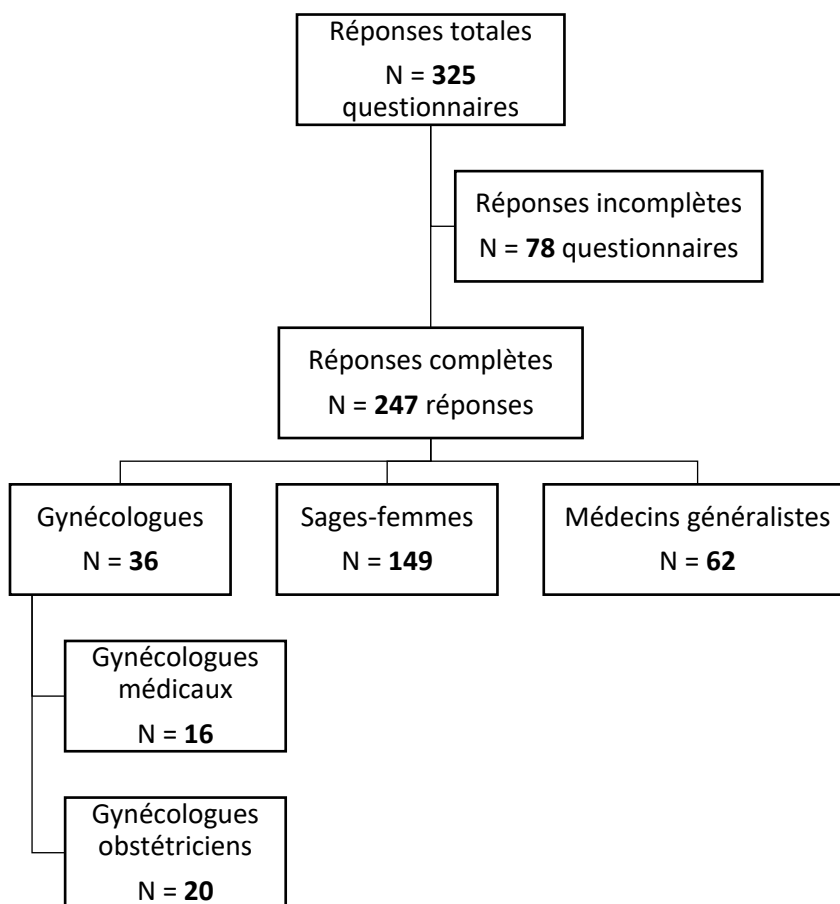
RÉSULTATS

Sur la période d'octobre 2020 à février 2021, 325 professionnels de santé ont répondu au questionnaire proposé sur le site d'Enquêtes de l'Université de Lille : 247 questionnaires étaient complets et exploitables.

1. Caractéristiques de la population étudiée

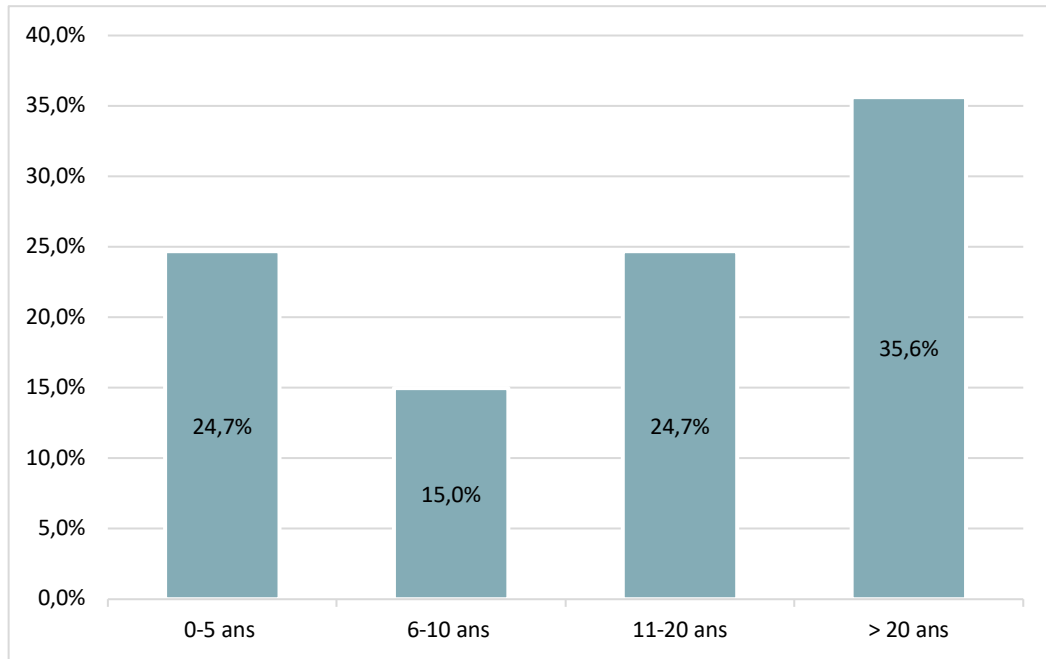
Parmi les réponses complètes, on compte 60 % de sages-femmes (N = 149), 25 % de médecins généralistes (N = 62) et 15 % de gynécologues (N = 36). Parmi les 15 % de gynécologues, 6 % sont des gynécologues médicaux (N = 16) et 8 % sont des gynécologues obstétriciens (N = 20).

Figure 1 : Diagramme de flux de l'échantillonnage de la population



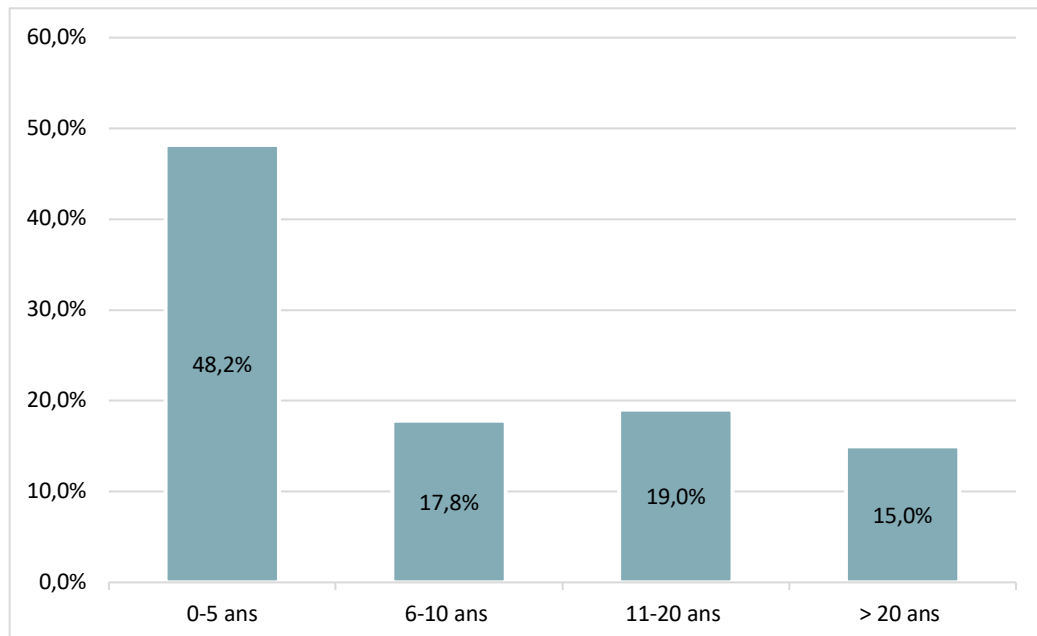
Au sein de l'échantillon, 123 professionnels de santé exercent en libéral (soit 49,8 % des praticiens interrogés). Les autres professionnels exercent en PMI (N = 70) ou ont une activité mixte libérale et hospitalière (N = 23). Certains professionnels ont un autre lieu d'exercice (N = 31) : on note l'hospitalisation à domicile (N = 5), le centre de planification et d'éducation familiale (N = 22) ou une activité mixte libérale et PMI/CPEF (N = 4).

Figure II : Nombre d'années de diplôme (N = 247)



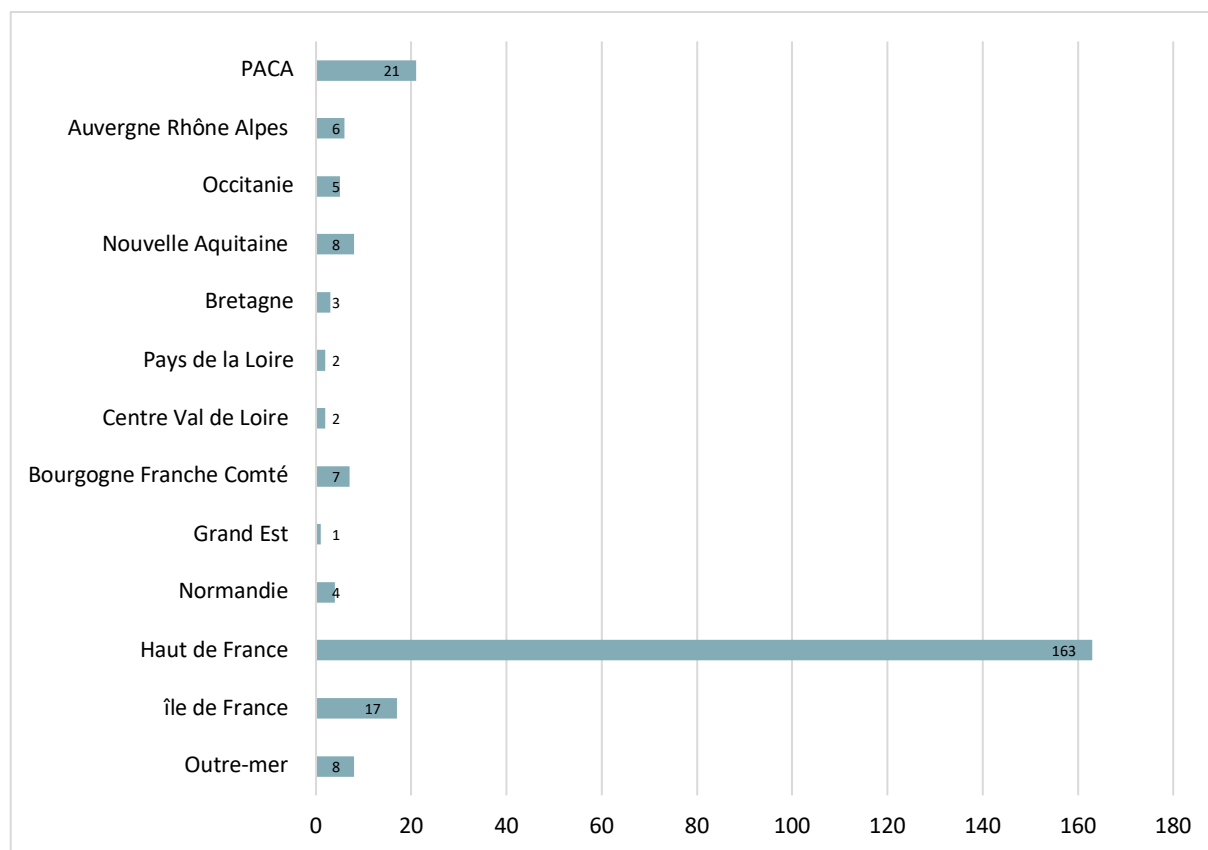
35 % des professionnels de santé exerçant en ville sont diplômés depuis plus de 20 ans (N = 88). La proportion de professionnels diplômés depuis plus de 10 ans et de moins de 5 ans est égale (0-5 ans : N = 61 et 11-20 ans : N = 61). 15 % des professionnels de santé sont diplômés depuis plus de 5 ans et moins de 10 ans (N = 37).

Figure III : Nombre d'années d'exercice en ville (N = 247)



Quasiment la moitié des professionnels exerce en ville depuis moins de 5 ans (N = 119). Le reste des participants de l'étude se répartit de façon égale dans les trois autres sous-variables : 6-10 ans (N = 44), 11-20 ans (N = 47) et > 20 ans (N = 37).

Figure IV : Région d'exercice (N = 247)



La grande majorité des participants, environ 66 %, étaient des professionnels exerçant dans les Hauts-de-France (N = 163). En effet, la diffusion du questionnaire a été permise par le réseau ORÉHANE. Le reste de la diffusion a été réalisé par les réseaux sociaux. Ainsi, tous les départements sont plus ou moins représentés.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée (pourcentages)

| Variables | Population étudiée (N = 247) | | SF (N = 149) | | MG (N = 62) | | G (N = 36) | |
|--------------------------|---------------------------------|---------|-----------------|---------|----------------|---------|---------------|---------|
| | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total |
| Lieu d'exercice | | | | | | | | |
| Activité libérale | 123 | 49,8% | 67 | 45% | 42 | 67,7% | 13 | 36,1% |
| Activité mixte | 23 | 9,3% | 11 | 7,4% | 4 | 6,5% | 8 | 22,2% |
| PMI | 70 | 28,3% | 62 | 41,6% | 6 | 9,7% | 3 | 8,3% |
| Autre | 31 | 12,6% | 9 | 6% | 10 | 16,1% | 12 | 33,3% |
| Exercice en ville | | | | | | | | |
| 0-5 ans | 119 | 48,2% | 70 | 47% | 32 | 51,6% | 17 | 47,2% |
| 6-10 ans | 44 | 17,8% | 36 | 24,2% | 8 | 12,9% | 0 | 0% |
| 11-20 ans | 47 | 19% | 36 | 24,2% | 8 | 12,9% | 3 | 8,3% |
| > 20 ans | 37 | 15% | 7 | 4,7% | 14 | 22,6% | 16 | 44,4% |
| Diplôme | | | | | | | | |
| 0-5 ans | 61 | 24,7% | 25 | 16,8% | 28 | 45,2% | 8 | 22,2% |
| 6-10 ans | 37 | 15% | 23 | 15,4% | 9 | 14,5% | 5 | 13,9% |
| 11-20 ans | 61 | 24,7% | 47 | 31,5% | 8 | 12,9% | 6 | 16,7% |
| > 20 ans | 88 | 35,6% | 54 | 36,2% | 17 | 27,4% | 13 | 36,1% |

2. Formations et connaissances

A. Formations et informations des professionnels de santé

Les professionnels de santé étaient interrogés sur le fait qu'ils se sentent suffisamment informés et formés sur les violences faites aux femmes et leur prise en charge mais également sur leur formation initiale et continue.

Tableau 2 : Formations et informations des professionnels de santé (pourcentages et p-value)

| Variables | Population étudiée (N = 247) | | SF (N = 149) | | MG (N = 62) | | G (N = 36) | | p-value |
|---------------------------|---------------------------------|---------|-----------------|---------|----------------|---------|---------------|---------|----------------|
| | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | |
| Informations | | | | | | | | | |
| OUI | 161 | 65,2% | 106 | 71,1% | 35 | 56,5% | 20 | 55,6% | 0.053 |
| NON | 86 | 34,8% | 43 | 28,9% | 27 | 43,5% | 16 | 44,4% | |
| Formations | | | | | | | | | |
| OUI | 101 | 40,9% | 66 | 44,3% | 21 | 33,9% | 14 | 38,9% | 0.361 |
| NON | 146 | 59,1% | 83 | 55,7% | 41 | 66,1% | 22 | 61,1% | |
| Formation initiale | | | | | | | | | |
| OUI | 75 | 30,4% | 54 | 36,2% | 18 | 29% | 3 | 8,3% | 0.005 |
| NON | 172 | 69,6% | 95 | 63,8% | 44 | 71% | 33 | 91,7% | |
| Formation continue | | | | | | | | | |
| OUI | 134 | 54,3% | 100 | 67,1% | 21 | 33,9% | 13 | 36,1% | 3.25E-6 |
| NON | 113 | 45,7% | 49 | 32,9% | 41 | 66,1% | 23 | 63,9% | |

Les professionnels de santé interrogés dans notre étude se sentent convenablement informés (N = 161 soit 65,2%). Cependant, on constate qu'ils ne s'estiment pas suffisamment formés sur les violences et la prise en charge (N = 146 soit 59,1%).

69,6 % des professionnels interrogés n'ont pas reçu d'informations au sujet des violences faites aux femmes au cours de leur cursus initial (N = 172).

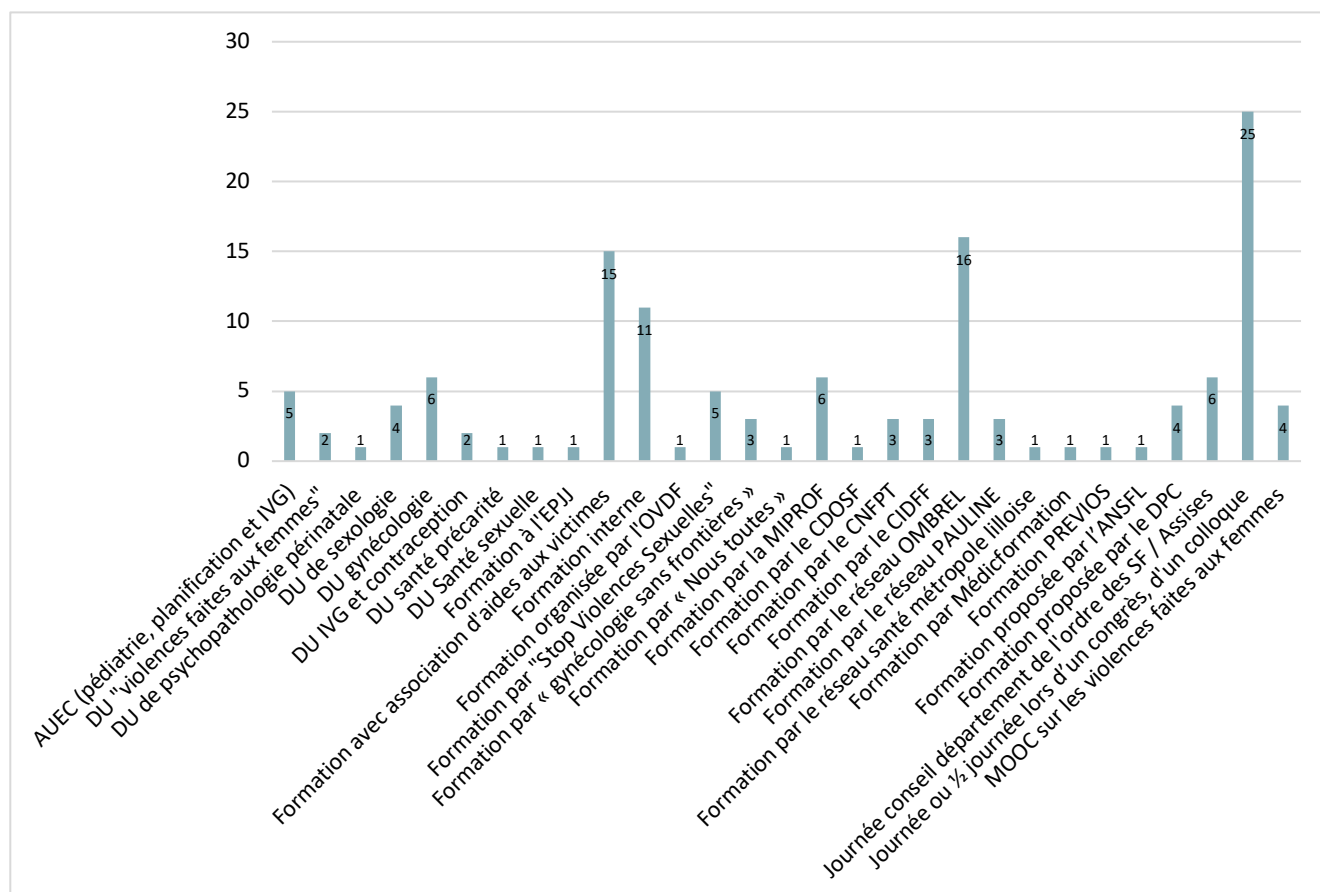
Cependant, on note l'existence d'un lien statistiquement significatif entre la réalisation d'une formation au cours du cursus scolaire et la spécialité médicale ($p = 0,005$).

Concernant les professionnels ayant reçu l'information, on note sur les 138 réponses apportées qu'elle est le plus souvent réalisée sous forme de cours théoriques (N = 62) ou d'interventions réalisées, par exemple, par des associations d'aides aux victimes (N = 34). Elles peuvent également prendre la forme de témoignages, de stages, de colloques ou bien encore par simple intérêt personnel.

Pour pallier le manque de formation initiale, un peu plus de la moitié des professionnels de santé interrogés ont réalisé une formation continue sur le sujet des violences et de leurs prises en charge (N = 134). On constate, par ailleurs, l'existence d'un lien statistiquement significatif entre formation continue et spécialité médicale ($p = 3.25E-6$).

Pour les participants ayant répondu « OUI », le type de formation était demandé. Sur les 134 réponses, les formations, qui revenaient le plus souvent, étaient : les journées de formations lors d'un congrès (N = 25), la formation par le réseau OMBREL (N = 16) et une formation avec des associations d'aides aux victimes (N = 15).

Figure V : Différentes formations réalisées par les participants (N = 134)



Sur les 482 réponses recueillies, on constate que ces formations apportent de nombreux avantages pour la pratique clinique.

Dans l'ordre :

- Un dépistage et une orientation plus adaptée (n = 108)
- Une évolution des connaissances et des compétences (n = 99)
- Une aisance professionnelle améliorée (n = 94)
- L'identification en proximité des professionnels et/ou d'associations de recours (n = 88)
- Une prise de conscience sur le sujet (n = 52)
- La création d'outils pour la pratique (n = 35)

Pour certains professionnels de santé, elles permettent la compréhension du psycho traumatisme et une amélioration de l'accompagnement de la victime.

B. Connaissances de la thématique des violences au sein du couple

Pour rappel, 1 correspondait à une absence de connaissances sur le sujet et 10 correspondait à des connaissances approfondies.

Pour chaque catégorie de connaissances étudiée, la moyenne et la médiane ont été calculées pour l'ensemble des professionnels puis pour chaque catégorie de professionnels de santé (sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues).

a) Éléments épidémiologiques

Était cité comme exemple d'éléments épidémiologiques, le nombre de victimes de violence majeures et mineures en France chaque année, le nombre de décès et de victimes collatérales, le nombre de plaintes ayant été déposées, ...

Figure VI : Connaissances des éléments épidémiologiques

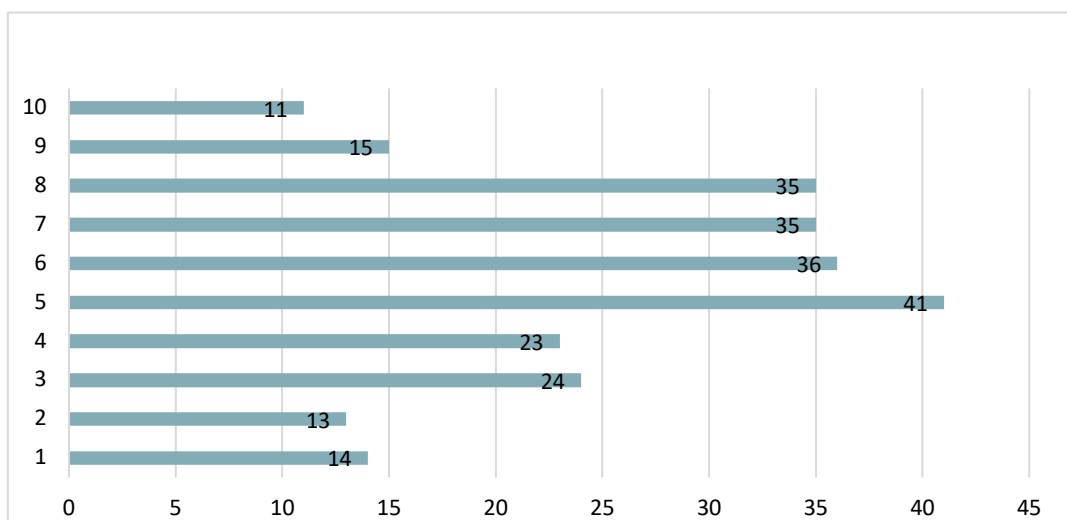


Tableau 3 : moyenne et médiane de la sous-variable « Éléments épidémiologiques »

| | Population étudiée (N = 247) | Sages-femmes (N = 149) | Médecins généralistes (N = 62) | Gynécologues (N = 36) |
|---------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Moyenne | 5,65 | 5,97 | 5,59 | 4,42 |
| Médiane | 6 | 6 | 6 | 4 |

b) Le cycle de la violence

Figure VII : Connaissances du cycle de la violence

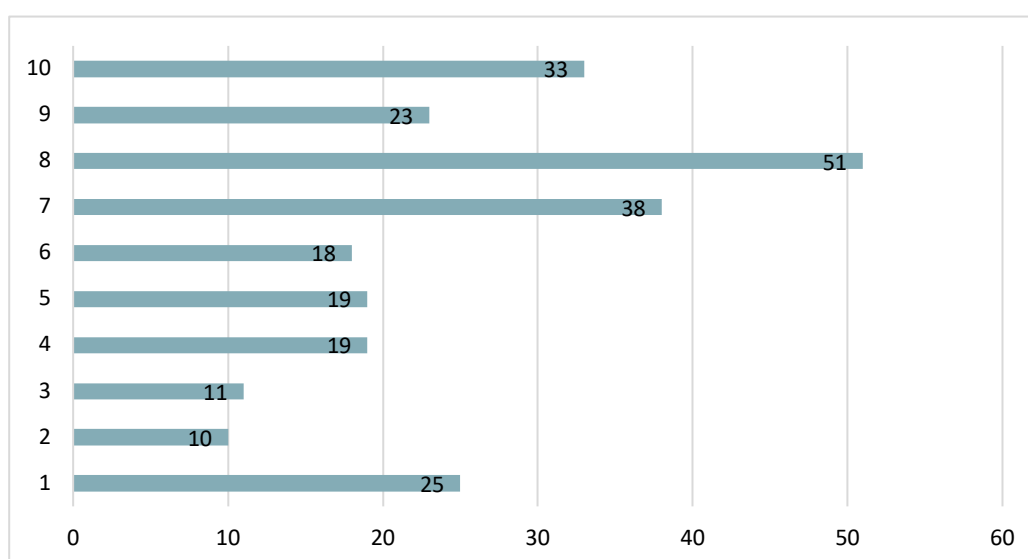


Tableau 4 : moyenne et médiane de la sous-variable « Le cycle de la violence »

| | Population étudiée (N = 247) | Sages-femmes (N = 149) | Médecins généralistes (N = 62) | Gynécologues (N = 36) |
|---------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Moyenne | 6,35 | 7,04 | 5,77 | 4,47 |
| Médiane | 7 | 8 | 6 | 3,5 |

c) Les facteurs précipitants

Les exemples de facteurs précipitants évoqués dans le questionnaire étaient : le jeune âge, le faible niveau d'instruction, l'exposition à la violence et à la maltraitance dans l'enfance, l'acceptation de celle-ci, la grossesse et la période périnatale, les handicaps, les problèmes de santé mentale, la dépendance financière ou encore les conduites addictives comme l'alcool ou les drogues.

Figure VIII : Connaissances des facteurs précipitants

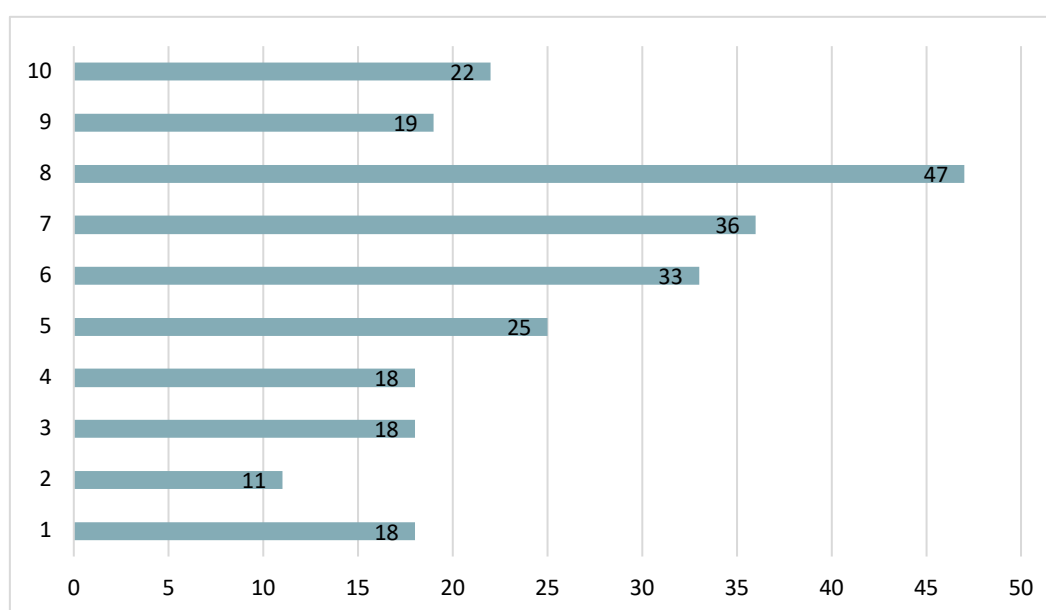


Tableau 5 : moyenne et médiane de la sous-variable « Les facteurs précipitants »

| | Population étudiée (N = 247) | Sages-femmes (N = 149) | Médecins généralistes (N = 62) | Gynécologues (N = 36) |
|---------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Moyenne | 6,11 | 6,60 | 5,73 | 4,69 |
| Médiane | 7 | 7 | 6 | 4 |

d) Les conséquences sur la santé

Les conséquences sur la santé, citées de façon non exhaustive, étaient les troubles physiques et psychologiques, les complications sexuelles et les conséquences au cours de la grossesse et chez les enfants.

Figure IX : Connaissances des conséquences sur la santé des violences

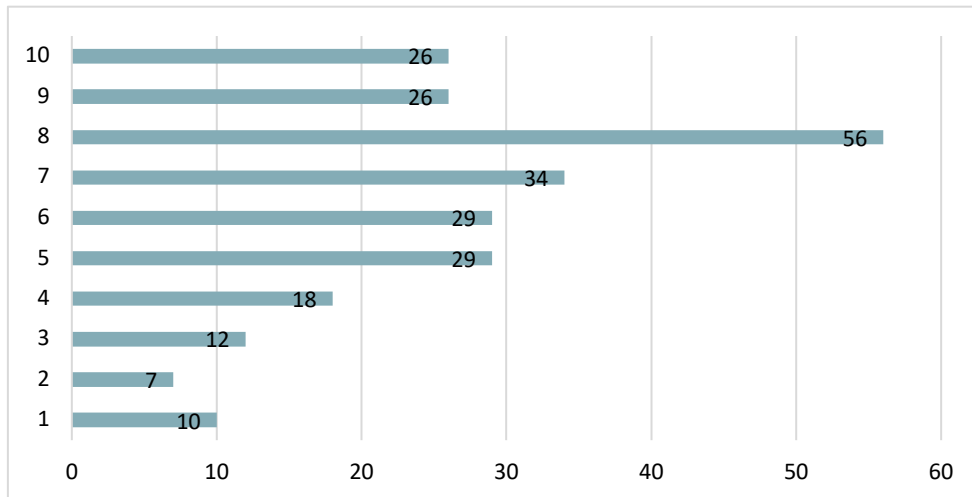


Tableau 6 : moyenne et médiane de la sous-variable « Les conséquences sur la santé »

| | Population étudiée (N = 247) | Sages-femmes (N = 149) | Médecins généralistes (N = 62) | Gynécologues (N = 36) |
|---------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Moyenne | 6,60 | 6,89 | 6,65 | 5,36 |
| Médiane | 7 | 7 | 7 | 5 |

e) La législation

Les exemples cités étaient la réalisation d'un dossier médical, d'un certificat médical de constatation pour attester de l'existence de signes traumatiques ou psychologiques, d'un signalement à la CRIP (Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes), ...

Figure XI : Connaissances de la législation dans le cadre des violences faites aux femmes

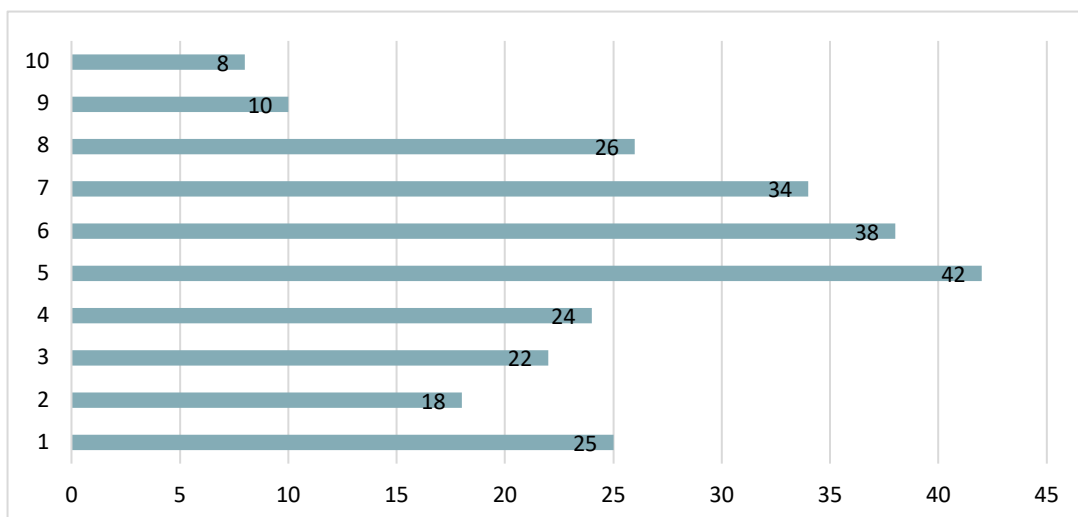


Tableau 7 : moyenne et médiane de la sous-variable « La législation »

| | Population étudiée (N = 247) | Sages-femmes (N = 149) | Médecins généralistes (N = 62) | Gynécologues (N = 36) |
|---------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Moyenne | 5,17 | 5,52 | 5,15 | 3,78 |
| Médiane | 5 | 6 | 5 | 3,5 |

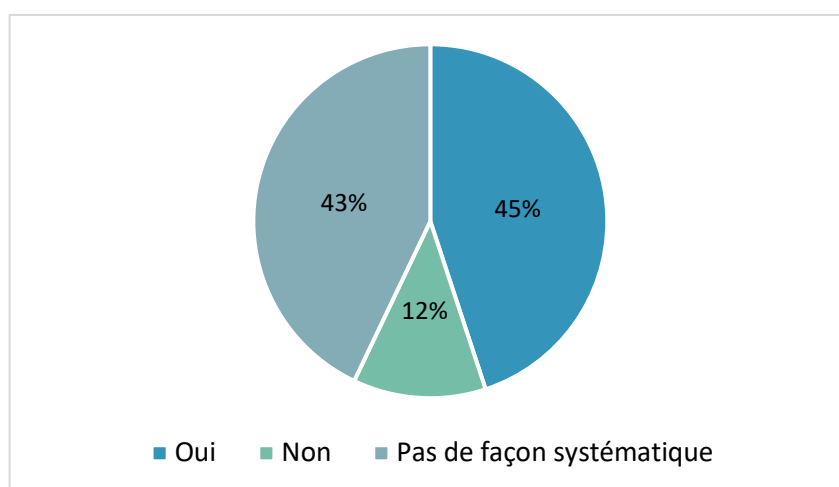
De façon générale, les connaissances sur le sujet des violences faites aux femmes sont plutôt bonnes. En effet, pour 4 sous-variables sur 5, la médiane est à 7. Les connaissances sur la sous-variable « Législation » sont moins bonnes avec une médiane à 5.

De façon plus détaillée, on note que les connaissances sur le sujet sont relativement similaires dans le groupe « sage-femme » et dans le groupe « médecin généraliste ». Pour le groupe « gynécologue », les moyennes et médianes sont un peu plus faible que dans les autres groupes.

3. Prise en charge

A. Questionnement systématique

Figure XII : Graphique en secteur concernant le questionnement systématique



Dans notre étude, 44,9 % des professionnels réalisent le questionnement systématique (N = 111). Les autres professionnels ne l'effectuent pas (12,1 % soit N = 30) ou de façon non systématique (42,9 % soit N = 106).

Les professionnels de santé, ayant répondu de façon positive, étaient interrogés sur les différents critères de réalisation. Sur 508 réponses, « Facteurs favorisant » (N = 73), « Plaintes » (N = 81), « Signes physiques » (N = 89), « Comportement de la patiente (patiente réservée, fuyante, ...) » (N = 86), « Comportement du partenaire » (N = 62) et « Antécédents de violence » (N = 75) sont les critères sur lesquels le professionnel de santé va poser la question des violences à la femme. D'autres critères ont été évoqués tels que l'intuition, lors de l'EPP (Entretien Prénatal Précoce), le cas des dyspareunies ou d'antécédents de troubles psychologiques, ...

Comme évoqué en introduction, ce questionnement peut être abordé de plusieurs façons : sur les 404 réponses, la question simple et directe (N = 163) et la question ouverte sur la relation actuelle (N = 145) sont les plus fréquentes. D'autres façons de poser la question sont évoquées dans les questionnaires : flyers, numéros utiles, informations en salle d'attente, ...

Pour mieux comprendre la réalisation ou non de ce questionnement, nous avons étudié différents critères : la spécialité médicale, le type d'activité, la durée d'exercice en ville, la durée d'exercice depuis le diplôme, la réalisation d'une initiation au cours du cursus et la réalisation de formation continue.

a) Dépistage des violences et spécialité médicale

Tableau 8 : Questionnement systématique en fonction de la spécialité médicale

| Variables | Population étudiée (N = 247) | | SF (N = 149) | | MG (N = 62) | | G (N = 36) | | p-value |
|-----------------------|---------------------------------|---------|-----------------|---------|----------------|---------|---------------|---------|----------------|
| | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | |
| Questionnement | | | | | | | | | |
| OUI | 111 | 44,9% | 91 | 61,1% | 14 | 22,6% | 6 | 16,7% | 8.14E-9 |
| NON | 30 | 12,1% | 11 | 7,4% | 12 | 19,4% | 7 | 19,4% | |
| Pas systématiquement | 106 | 42,9% | 47 | 31,5% | 36 | 58,1% | 23 | 63,9% | |

Il existe un lien statistiquement significatif entre le dépistage systématique des violences au cours de l'interrogatoire et la spécialité médicale ($p = 8.14E-9$).

b) Dépistages des violences et type d'activité

Tableau 9 : Questionnement systématique en fonction du type d'activité

| Variables | PMI (N = 70) | | Activité libérale (N = 123) | | Mixte (N = 23) | | Autre (N = 31) | | p-value |
|-----------------------|-----------------|---------|--------------------------------|---------|-------------------|---------|-------------------|---------|----------------|
| | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | |
| Questionnement | | | | | | | | | |
| OUI | 51 | 20,6% | 43 | 17,4% | 6 | 2,4% | 11 | 4,5% | 6.71E-6 |
| NON | 1 | 0,4% | 19 | 7,7% | 4 | 1,6% | 6 | 2,4% | |
| Pas systématiquement | 18 | 7,3% | 61 | 24,7% | 13 | 5,3% | 14 | 7,3% | |

Il existe un lien statistiquement significatif entre le dépistage systématique des violences au cours de l'interrogatoire et le type d'activité ($p = 6.71E-6$).

c) Dépistage des violences et durée d'exercice en ville

Tableau 10 : Questionnement systématique en fonction de la durée d'exercice en ville

| Variables | 0-5 ans (N = 105) | | 6-10 ans (N = 44) | | 11-20 ans (N = 47) | | > 20 ans (N = 37) | | p-value |
|-----------------------|----------------------|---------|----------------------|---------|-----------------------|---------|----------------------|---------|---------|
| | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | |
| Questionnement | | | | | | | | | |
| OUI | 45 | 18,2% | 26 | 10,5% | 27 | 10,9% | 13 | 5,3% | 0.105 |
| NON | 16 | 6,5% | 4 | 1,6% | 4 | 1,6% | 6 | 2,4% | |
| Pas systématiquement | 58 | 23,5% | 14 | 5,7% | 16 | 6,5% | 18 | 7,3% | |

d) Dépistage des violences et durée d'exercice depuis le diplôme

Tableau 11 : Questionnement systématique en fonction de la durée d'exercice depuis le diplôme

| Variables | 0-5 ans (N = 61) | | 6-10 ans (N = 37) | | 11-20 ans (N = 61) | | > 20 ans (N = 88) | | p-value |
|-----------------------|---------------------|---------|----------------------|---------|-----------------------|---------|----------------------|---------|---------|
| | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | |
| Questionnement | | | | | | | | | |
| OUI | 17 | 6,9% | 17 | 6,9% | 31 | 12,6% | 46 | 18,6% | 0.089 |
| NON | 8 | 3,2% | 5 | 2,0% | 7 | 2,8% | 10 | 4,0% | |
| Pas systématiquement | 36 | 14,6% | 15 | 6,1% | 23 | 9,3% | 32 | 13,0% | |

e) Dépistage des violences et formation initiale

Tableau 12 : Questionnement systématique en fonction de la présence d'une formation initiale

| Variables | Formation initiale (N = 75) | | Absence de formation initiale (N = 172) | | p-value |
|-----------------------|--------------------------------|---------|--|---------|---------|
| | Cas | % total | Cas | % total | |
| Questionnement | | | | | |
| OUI | 36 | 14,6% | 75 | 30,4% | 0.096 |
| NON | 4 | 1,6% | 26 | 10,5% | |
| Pas systématiquement | 35 | 14,2% | 71 | 28,7% | |

f) Dépistage des violences et formation continue

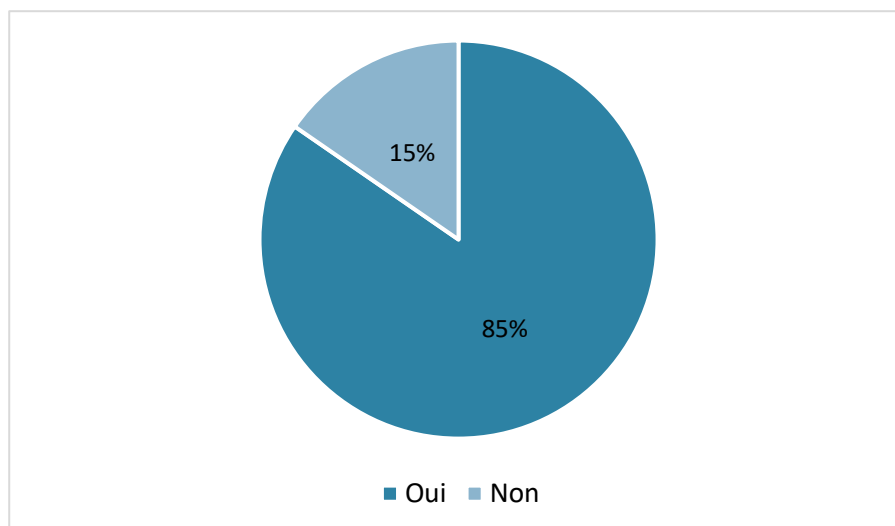
Tableau 13 : Questionnement systématique en fonction de la réalisation d'une formation continue

| Variables | Formation continue (N = 134) | | Absence de formation continue (N = 113) | | p-value |
|-----------------------|---------------------------------|---------|--|---------|----------|
| | Cas | % total | Cas | % total | |
| Questionnement | | | | | |
| OUI | 89 | 36,0% | 22 | 8,9% | 1.71E-13 |
| NON | 5 | 2,0% | 25 | 10,1% | |
| Pas systématiquement | 40 | 16,2% | 66 | 26,7% | |

Il existe un lien statistiquement significatif entre le dépistage systématique des violences au cours de l'interrogatoire et la réalisation d'une formation continue ($p = 1.71E-13$).

B. Dépistage des violences conjugales

Figure XIII : Graphique en secteur concernant le dépistage des violences conjugales

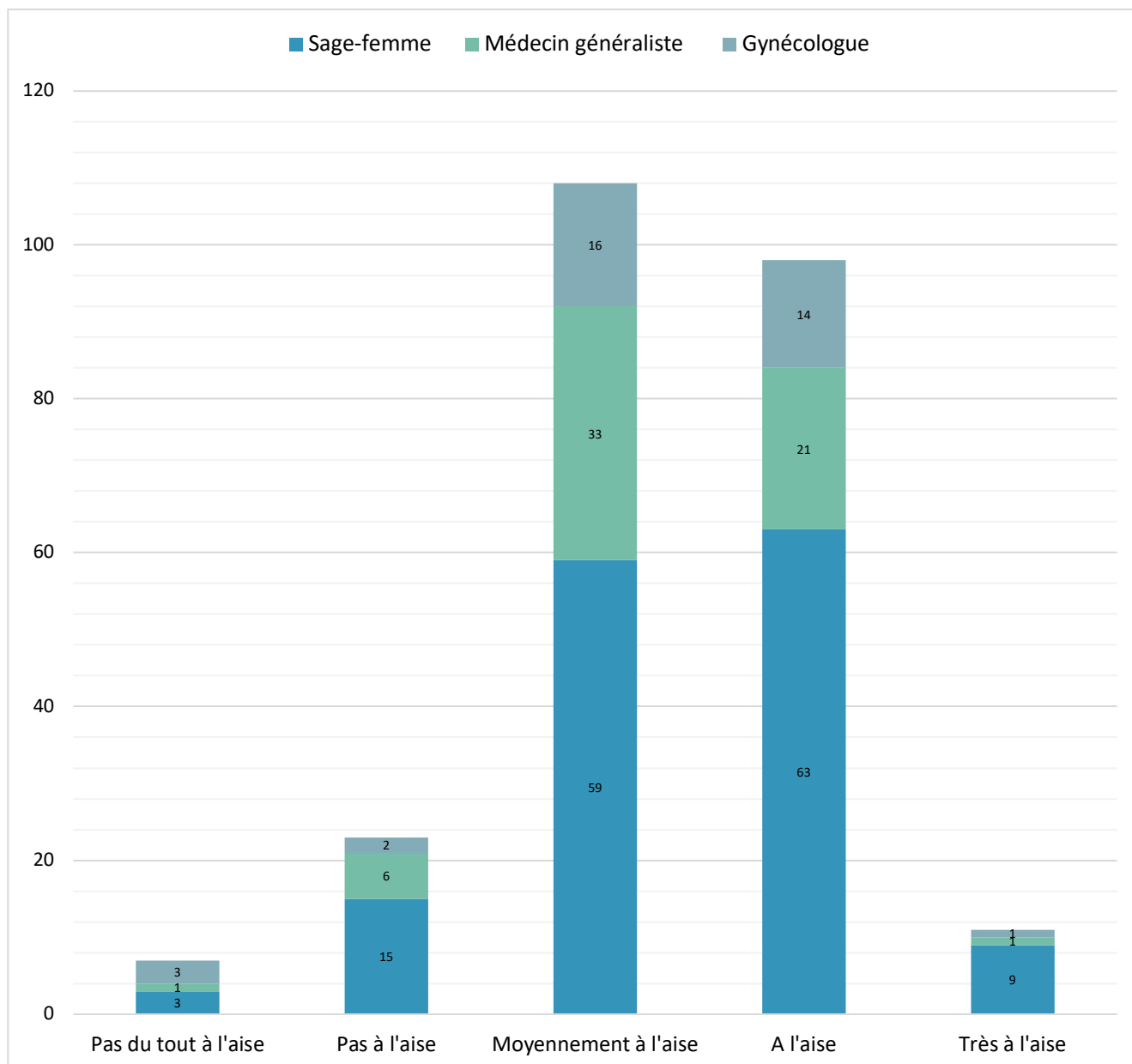


La grande majorité des professionnels de santé dans notre étude a rencontré ou dépisté des violences conjugales au cours de leurs consultations (N = 209). Ce résultat illustre bien que les violences faites aux femmes représentent un enjeu de santé publique.

C. Aisance professionnelle

Les professionnels de santé interrogés sont pour 83 % « moyennement à l'aise » (N = 107) ou « à l'aise » (N = 98) lorsque le sujet des violences faites aux femmes est abordé. En revanche, peu d'entre eux se sentent « pas du tout à l'aise » (N = 7) ou à contrario « très à l'aise » (N = 11).

Figure XIV : Histogramme empilé concernant l'aisance professionnelle des sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues



D. Prise en charge de la victime et propositions d'aides

Un grand choix de prises en charge et d'aides était proposé dans le questionnaire. Les participants pouvaient cocher un ou plusieurs choix en fonction de leurs habitudes de prise en charge.

Figure XV : Histogramme en bâton concernant les différentes prises en charges et les propositions d'aides

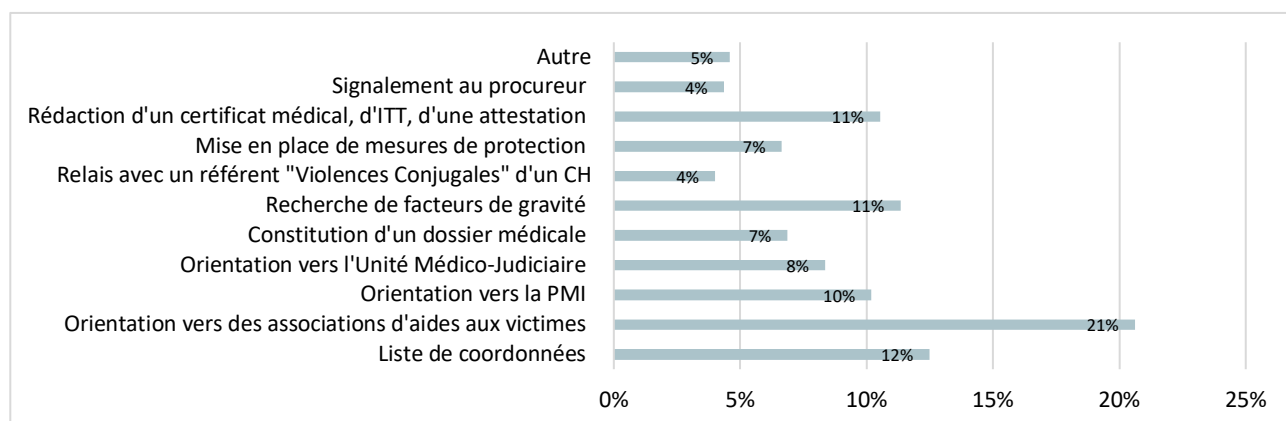


Tableau 14 : Proposition de prise en charge à la victime (pourcentages et p-value)

| Variables | SF (N = 149) | | MG (N = 62) | | G (N = 36) | | p-value |
|---------------------------------|-----------------|---------|----------------|---------|---------------|---------|-----------------|
| | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | |
| Liste de coordonnées | | | | | | | |
| OUI | 70 | 47% | 30 | 48,4% | 9 | 25% | 0.043 |
| NON | 79 | 53% | 32 | 51,6% | 27 | 75% | |
| Associations | | | | | | | |
| OUI | 118 | 79,2% | 43 | 69,4% | 19 | 52,8% | 0.005 |
| NON | 31 | 20,8% | 19 | 30,6% | 17 | 47,2% | |
| PMI | | | | | | | |
| OUI | 68 | 45,6% | 11 | 17,7% | 10 | 27,8% | 0.0003 |
| NON | 81 | 54,4% | 51 | 82,3% | 26 | 72,2% | |
| UMJ | | | | | | | |
| OUI | 41 | 25,7% | 25 | 40,3% | 7 | 19,4% | 0.063 |
| NON | 108 | 74,3% | 37 | 59,7% | 29 | 80,6% | |
| Dossier médical | | | | | | | |
| OUI | 33 | 22,1% | 23 | 37,1% | 4 | 11,1% | 0.009 |
| NON | 116 | 77,9% | 29 | 62,9% | 32 | 88,9% | |
| Facteurs de gravité | | | | | | | |
| OUI | 67 | 45% | 19 | 30,6% | 13 | 36,1% | 0.134 |
| NON | 83 | 55% | 43 | 69,4% | 23 | 63,9% | |
| Relais avec référent | | | | | | | |
| OUI | 26 | 17,4% | 1 | 1,6% | 8 | 22,2% | 0.0036 |
| NON | 123 | 82,6% | 61 | 98,4% | 28 | 77,8% | |
| Mesures de protection | | | | | | | |
| OUI | 40 | 26,8% | 12 | 19,4% | 6 | 16,7% | 0.293 |
| NON | 109 | 73,2% | 50 | 80,6% | 30 | 83,3% | |
| CM, ITT, attestation | | | | | | | |
| OUI | 40 | 26,8% | 41 | 66,1% | 11 | 30,6% | 3.530E-7 |
| NON | 109 | 73,2% | 21 | 33,9% | 25 | 69,4% | |
| Signalement au procureur | | | | | | | |
| OUI | 27 | 18,1% | 5 | 8,1% | 6 | 16,7% | 0.178 |
| NON | 122 | 81,9% | 57 | 91,9% | 30 | 83,3% | |

On note un lien statistiquement significatif entre la spécialité médicale et différentes prises en charge : liste de coordonnées données et expliquées ($p = 0,043$), mise en relation avec des associations de femmes victimes de violences ($p = 0,005$), réalisation d'une liaison avec la PMI de secteur ($p = 0,0003$), réalisation d'un dossier médical complet et exploitable ($p = 0,009$), relai avec un référent « violences conjugales » d'un centre hospitalier ($p = 0,0036$) et la rédaction d'une attestation/CM/ITT ($p = 3.530E-7$).

Les participants avaient la possibilité de détailler et de compléter un ou plusieurs éléments de leurs prises en charge. Les principaux paramètres ajoutés sont :

- La délivrance d'informations complémentaires au sujet des violences conjugales et intrafamiliales (confidentialité, comportements « acceptables ou non », protection par la loi),
- Une discussion autour des souhaits de la patiente (séparation, plainte, ...),
- La mise en place d'un rendez-vous de suivi,
- Un accompagnement global avec évaluation de la situation en équipe avec les services de PMI, du Service Social Départemental (SSD) et de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE),
- Un rappel des connaissances sur la violence (cycle de la violence, conséquences sur la santé et les enfants),
- L'évaluation de la temporalité de la patiente,
- L'installation d'une relation de confiance et d'un entourage par les professionnels,
- La restauration de l'estime et la proposition d'aide psychologique,
- La protection des enfants présents ou à naître (en cas de grossesse),
- Un accompagnement par les services de Police,
- Une évaluation possible par la CRIP.

E. Réseaux professionnels et associatifs

Tableau 15 : Existence d'un réseau de professionnels et/ou associatifs (pourcentages et p-value)

| Variables | Population étudiée (N = 247) | | SF (N = 149) | | MG (N = 62) | | G (N = 36) | | p-value |
|-----------|---------------------------------|---------|-----------------|---------|----------------|---------|---------------|---------|---------------|
| | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | |
| | Réseaux | | | | | | | | |
| OUI | 133 | 53,8% | 94 | 63,1% | 25 | 40,3% | 14 | 38,9% | 0,0016 |
| NON | 114 | 46,2% | 55 | 36,9% | 37 | 59,7% | 22 | 61,1% | |

Il existe un lien statistiquement significatif entre la spécialité médicale et l'existence d'un réseau de professionnel entourant ($p = 0,0016$).

F. Accompagnement face aux situations de violences faites aux femmes

Tableau 16 : Soutien et accompagnement face aux situations de violences (pourcentages et p-value)

| Variables | Population étudiée (N = 247) | | SF (N = 149) | | MG (N = 62) | | G (N = 36) | | p-value |
|-----------|---------------------------------|---------|-----------------|---------|----------------|---------|---------------|---------|---------|
| | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | Cas | % total | |
| | Accompagnement | | | | | | | | |
| OUI | 71 | 28,7% | 45 | 30,2% | 17 | 27,4% | 9 | 25% | 0,797 |
| NON | 176 | 71,3% | 104 | 69,8% | 45 | 72,6% | 27 | 75% | |

Un champ libre était laissé à disposition des participants qui souhaitaient s'exprimer sur les manques pour une meilleure prise en charge, des points d'améliorations, etc. Les principaux éléments ajoutés ont été :

- Le manque d'informations et de connaissances sur le réseau ou l'absence de réseau dans certaines régions,
- Le manque d'informations sur les possibilités de relais,
- L'absence de travail pluridisciplinaire, d'autant plus difficile en libéral,
- L'absence de contacts "proches",
- L'absence de protocoles de prise en charge des violences faites aux femmes (accompagnement, orientation et protection),
- La mise en place d'une "personne référente" par région, joignable à tout moment pour un avis,
- La mise en place d'un annuaire accessible à tous les soignants du secteur,
- Le manque de lieux d'accueil d'urgence, de solutions de mise à l'abri,
- La collaboration parfois difficile et compliquée avec la police et la gendarmerie,
- Le manque de psychologues et de conseillers conjugaux et familiaux,
- L'absence de relais avec les hôpitaux,
- Les difficultés d'orientation rapide,
- Le manque d'une formation juridique complète,
- L'amélioration de la communication entre tous les professionnels,
- Le manque de fluidité dans le partenariat et la prise en charge,
- Le manque de soutien du Conseil de l'Ordre des Médecins,
- La mise à jour annuel des réseaux locaux,
- La solitude face aux situations de violences,
- La création d'un réseau (plateforme, par exemple) complet : équipe mobile intervenant pour les démarches judiciaires, administratives et financières mais aussi dans les mesures d'éloignement, pour l'aide au relogement et le soutien psychologique.

DISCUSSION

1. De bonnes connaissances générales

Notre étude a permis de mettre en lumière que 65,2 % des professionnels interrogés se sentent suffisamment informés. En revanche, 59,1 % estiment ne pas être assez formés sur la prise en charge des victimes de violences (*tableau 2*).

Concernant la formation initiale, environ 30 % des professionnels ont reçu une formation au cours de leur cursus. Cette proportion, relativement faible, peut être expliquée par le fait que le repérage et la prise en charge des violences est un sujet récent dans nos pratiques, or plus de 75 % de notre population est diplômée depuis plus de 5 ans. Dans le mémoire du Dr M. Salmona (24), une étude révèle que 80 % des étudiants en médecine n'ont pas de formation sur les violences et que 95 % en souhaiteraient une afin de mieux prendre en charge les victimes. Les outils pédagogiques, créés par la MIPROF, peuvent être utilisés pour illustrer la complexité de ces violences et ainsi donner des pistes de prise en charge. (Annexe 5)

Pour pallier le manque de formation initiale, 54,3 % des professionnels réalisent une formation continue. Les principales, pour notre population, sont les journées lors de congrès ou de colloque, la formation par le réseau OMBREL et les formations via les associations d'aides aux victimes (*figure V*). Elles ont pour but d'améliorer la pratique clinique en permettant un dépistage plus adapté, une évolution des connaissances, une aisance professionnelle améliorée, une prise de conscience sur le sujet et surtout l'identification en proximité de professionnels et d'associations de recours.

Très peu d'études ont été réalisées sur l'évaluation des connaissances des professionnels de santé sur la thématique des violences faites aux femmes. Nous avons voulu, à notre échelle, évaluer leurs connaissances. Ceux-ci s'autoévaluaient sur plusieurs critères, un biais de désirabilité sociale peut-être, donc, souligné. De façon générale, les connaissances sont plutôt bonnes (médiane à 7 pour 4 des 5 sous-variables). On constate que l'item « *Législation* » est l'item ayant les moins bonnes médianes et moyennes. Cela peut être expliqué par le fait que les formateurs insistent, le plus souvent, sur le repérage et la prise en charge médicale et sociale plutôt que juridique. La présence d'un juriste, ce qui est souvent le cas dans les associations d'aides aux victimes, est donc un atout majeur pour pallier ce manque.

L'un de notre principal objectif est donc atteint. Les professionnels se sentent suffisamment informés mais pas formés, ce qui les pousse à réaliser de nombreuses formations continues.

2. Un questionnement pas si systématique

A. Quelques chiffres

Concernant le dépistage des violences, 55 % des professionnels interrogés ne l'effectuent pas ou de façon non systématique (*figure XII*). On retrouve des résultats similaires dans le mémoire de C. Vincent (25). En effet, 56 % des professionnels, qu'elle avait interrogés en 2016, n'effectuaient jamais à rarement ce dépistage. Ces résultats montrent que la démarche de dépistage est insuffisante malgré les recommandations de la MIPROF et de l'HAS en faveur d'un repérage systématique.

On peut supposer que les professionnels ne se sentent pas suffisamment à l'aise ou estiment que ce dépistage est trop intrusif. Certains évoquent des difficultés à aborder le sujet ou une peur de la réaction de la patiente. D'autres le réalisent uniquement sur des critères précis (comportement de la patiente et des enfants, signes physiques, facteurs favorisants, plaintes). Des résultats similaires sont retrouvés dans la thèse de M. Barroso Debel (26). Elle évoque les obstacles des médecins généralistes liés au dépistage. Certains médecins pensent ne pas avoir leur place dans celui-ci en évoquant un problème d'ordre psycho-social.

Or, le dépistage des violences est primordial. C'est le point de départ de la prise en charge permettant la libération de la parole de ces femmes, souvent isolées.

B. Facteurs influençant le dépistage systématique

La spécialité médicale influe de façon significative sur la réalisation du dépistage. En effet, 61,1 % des sages-femmes le font de façon systématique. Cette réalisation massive peut être expliquée par le fait qu'elles suivent un grand nombre de grossesses. Celle-ci étant une période à risque, elle peut être l'élément déclencheur d'une révélation et d'une prise en charge avec mise à l'abri dans le but de protéger l'enfant à naître. Qui plus est, la formation reçue dans le cadre de leurs études peut expliquer ce pourcentage.

Le type d'activité est également un facteur influençant le dépistage. On relève, effectivement, un dépistage plus systématique chez les professionnels exerçant en PMI et en libéral seul : une relation privilégiée avec le patient peut être observée en libéral, tandis qu'en PMI, les professionnels sont plus souvent exposés et sensibilisés à des situations de violences et sont donc plus systématiques dans leurs dépistages. Il est important de rappeler que la PMI n'intervient qu'en cas de grossesse ou en présence d'enfants pour réduire l'impact des violences sur ceux-ci.

La formation continue est un facteur influençant le dépistage des violences. 36 % des professionnels ayant réalisé une formation continue dépistent systématiquement les violences faites aux femmes. La réalisation d'une formation au cours du cursus n'influence pas le dépistage.

Dans l'étude de C. Vincent, les facteurs influençant retrouvés sont également le type d'exercice en libéral et la réalisation d'une formation. Cependant, l'étude évoque comme facteur influençant l'expérience, élément qui n'est pas retrouvé dans notre étude.

3. Des professionnels à l'aise ?

Comme évoqué précédemment, les professionnels ne pratiquent pas le questionnement systématique car ils ne se trouvent pas suffisamment à l'aise face à ce sujet, parfois délicat et tabou. Mais qu'en est-il vraiment ?

Dans notre étude, 83 % des professionnels interrogés se sentent moyennement à l'aise ou à l'aise lorsque le sujet des violences faites aux femmes est abordé (*figure XIV*). Aucune autre étude avec des données chiffrées n'a été retrouvée. Cependant, il est à noter que cette question présente un biais de déclaration.

4. Une prise en charge médicale, sociale et psychologique ?

Tout d'abord, il est important de rappeler que la prise en charge est adaptée à chaque situation, en fonction du choix de la patiente et de l'évaluation du risque immédiat.

Les résultats de notre étude concernant la prise en charge des femmes victimes de violences (*figure XV et tableau n°14*) sont conformes à ceux trouvés dans la littérature ainsi qu'aux recommandations de la MIPROF et de l'HAS.

On peut, dans un premier temps, constater que la prise en charge des femmes victimes de violences prend en compte un versant social, psychologique, médical et juridique. En effet, on retrouve comme pilier de la prise en charge, l'orientation vers une association d'aides aux victimes qui a pour but la mise en place d'un suivi personnalisé (informations juridiques, soutien psychologique individualisé, groupe de parole, orientation vers des services spécialisés) (27).

Dans un second temps, on peut souligner que les professionnels vont rechercher les facteurs de gravité afin d'adapter leur prise en charge et ainsi constituer un dossier en rédigeant un CM ou une attestation. Dans notre étude, on constate de façon significative que les médecins généralistes rédigent, plus facilement, un CM.

Or, il est important de souligner que ce certificat peut être, également, rédigé par une sage-femme ou un gynécologue. Il a une valeur de témoignage dans le cadre de démarches juridiques. Le CM de constatation est en accord avec le respect du secret professionnel s'il est conforme aux principes établis. Des exemples types de CM sont disponibles sur les sites des conseils de l'ordre des médecins et sages-femmes ou sur le site de l'HAS. (28) (29) (12)

On note également que l'orientation vers la PMI est une démarche très souvent réalisée dans la prise en charge des violences. La PMI permet un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire constituée par la sage-femme, le médecin, les puéricultrices et la psychologue. (30) Qui plus est, les équipes de PMI ont la possibilité de se rendre à domicile pour évaluer le degré d'urgence et peuvent se mettre en lien, plus facilement, avec d'autres intervenants comme l'ASE, les CMP (Centres Médico-Psychologiques) ou le SSD. La PMI a également la possibilité d'évaluer les ressources familiales et amicales de la patiente. Ces personnes « ressources », lorsqu'elles existent encore, peuvent être d'une grande aide pour les femmes victimes.

L'orientation peut également se faire auprès de l'Unité Médico-Judiciaire en cas d'intervention à effectuer sur réquisition judiciaire, après un dépôt de plainte par exemple. On note qu'il arrive que les professionnels, en ville, orientent leur patiente vers un référent « Violence Conjugale » d'un centre hospitalier. Cette orientation est possible avec un bon réseau professionnel ville-hôpital et est facilitée pour les professionnels ayant une activité mixte, libéral et hospitalier, par exemple. Cependant, un grand nombre de professionnels exerçant en milieu hospitalier affirme ne pas avoir de référent « Violence Conjugale » selon l'étude de C. Vincent.

Les mesures de protection et les signalements au procureur sont les prises en charges les moins réalisées. Ce signalement doit se faire en accord avec la victime et sans nommer l'auteur des faits. Cependant, l'accord n'est pas obligatoire si la victime est vulnérable ou mineure. (20)

Des propositions découlant d'autres études auraient pu être ajoutées. Un suivi médical régulier (si le dépistage n'est pas fait dans le cadre d'un suivi, par exemple) peut être un élément de prise en charge intéressant. (31) 54% des professionnels le proposent systématiquement dans l'étude de C. Vincent. Il permet de garder contact avec la patiente, de suivre l'évolution de la situation et de l'accompagner dans ses démarches judiciaires, sociales et médicales. La relation de confiance est renforcée et maintenue et un soutien psychologique peut être apporté par le professionnel. Dans un contexte de grossesse, le suivi médical mensuel offre la possibilité de revoir la femme et de suivre l'évolution de la relation conjugale. L'EPP, dont le rôle est le dépistage et l'orientation, ainsi que les séances de préparation à la naissance et à la parentalité peuvent être proposés. (32) De plus, un message de soutien doit être délivré à la révélation des violences. La femme doit se sentir soutenue et non jugée. 53% des professionnels interrogés par C. Vincent dont 59% de femmes adressent systématiquement ce message. Enfin, le rappel du caractère illégal des violences semble obligatoire. Selon le mémoire de C. Vincent, 53 % des professionnels trouvent ce rappel indispensable. Il permet d'expliquer aux femmes qu'elles ne sont pas coupables mais bien victimes et que leur agresseur peut être sanctionné.

L'objectif principal, concernant la compréhension de la prise en charge des professionnels en ville, est atteint. De même que, l'objectif secondaire qui concernait l'illustration d'une prise en charge à la fois médicale, sociale et psychologique. La prise en charge des femmes victimes de violences touche tous les versants : médical, social, psychologique et même judiciaire.

5. Des professionnels en difficulté

Au-delà des difficultés rencontrées dans le repérage et la façon de dépister les violences, les professionnels rencontrent des difficultés dans les démarches de prise en charge.

Malgré la présence d'un réseau professionnel et associatif pour 53,8 % des personnes exerçants en ville, 71,3 % d'entre elles se sentent insuffisamment accompagnés et seules face à leurs démarches parfois complexes en ville. Les professionnels de terrain évoquent le manque d'informations sur les possibilités de relais, l'absence de contacts « proches », le manque de fluidité dans le partenariat et la prise en charge. Certains professionnels souhaiteraient la mise en place dans chaque région d'une plateforme complète avec une équipe mobile intervenant dans les démarches judiciaires, administratives et financières associée à une prise en charge psychologique.

Nous avons émis l'hypothèse qu'il existait des difficultés dans la prise en charge et qu'elles pouvaient être moindre si le professionnel de santé était formé et entouré par un réseau. Notre hypothèse est donc partiellement validée : les difficultés sont réelles malgré la réalisation d'une formation continue et l'existence d'un réseau professionnel et associatif.

6. Analyse de l'étude

A. Points faibles et biais

Notre étude présente des limites. Nous pouvons évoquer le manque de puissance de l'étude. Malgré un nombre de réponses satisfaisantes, notre population n'est pas harmonieuse. En effet, les gynécologues sont moins représentés dans notre échantillon et à l'inverse, les sages-femmes constituent l'effectif principal. Cette différence peut être expliquée par la disparité des professions exerçant en ville. On constate, en effet, que le nombre de médecins généralistes exerçant en ville est bien supérieur à celui des gynécologues médicaux, par exemple (*tableau 17*). (33)

Tableau 17 : Professionnels exerçant en libéral en 2020 selon l'Ordre des sages-femmes et l'Ordre national des médecins

| Profession | Gynécologie médicale | Gynécologie obstétricale | Médecine générale | Sages-femmes |
|---|----------------------|--------------------------|-------------------|--------------|
| Nombre de professionnels exerçant en libéral en 2020 | 461 | 1 668 | 48 097 | 5 205 |

De plus, il est important de rappeler la difficulté d'obtenir un nombre de réponses satisfaisantes. En effet, le manque de réponses chez les libéraux peut s'expliquer par la charge administrative importante qui leur laisse peu de temps à accorder aux études. Qui plus est, les professionnels sont sollicités par d'autres études et ne peuvent donc donner satisfaction à tout le monde.

Nous avons pu identifier des biais. On peut, tout d'abord, supposer que les professionnels, de façon générale, ayant pris le temps de répondre au questionnaire, sont davantage sensibilisés et intéressés par la prise en charge des violences faites aux femmes.

Par ailleurs, l'intégration des professionnels travaillant en PMI peut être considéré comme un biais puisque ces professionnels sont fortement engagés dans le dépistage et l'orientation des femmes victimes.

De plus, la diffusion du questionnaire a été permise en grande partie grâce au réseau OREHANE (34). Le réseau OMBREL, faisant partie intégrante d'OREHANE, propose une formation intitulée « Repérage, prise en charge et orientation des femmes victimes de violences conjugales » se déroulant sur 3 jours (35). Bien que cette formation soit à la charge des professionnels ou des institutions, on peut penser qu'un plus grand nombre de professionnels, via le réseau, est davantage formé aux violences et à leur prise en charge.

Enfin, le contexte actuel de la COVID-19 peut avoir eu un impact sur notre étude. En effet, la crise sanitaire a pu freiner la disponibilité des professionnels.

B. Points forts et ouverture

Nous avons décidé de réaliser une étude quantitative. Le but étant d'obtenir le meilleur reflet possible des différentes pratiques professionnelles face aux violences en ville.

De plus, nous avons décidé d'ouvrir notre étude à trois grandes catégories de professionnels impliqués directement dans ce combat. Le but n'étant pas de comparer leurs pratiques mais d'étudier un grand nombre de professionnels avec leur spécificité, leurs différentes conditions de travail, d'organisation et de travail en réseau.

Enfin, notre questionnaire ayant été diffusé dans toute la France, les pratiques issues de tout le territoire ont été prises en compte. De plus, notre étude a suscité de l'intérêt puisque plusieurs professionnels de santé ont exprimé la volonté de recevoir les résultats.

Pour conclure, il aurait été intéressant de donner la parole aux femmes victimes de violences afin de connaître leurs attentes face à ce type de situation. Cependant, nous avons pu constater qu'il est extrêmement difficile d'obtenir des réponses de ces femmes. De plus, cette étude aurait pu être étendue à d'autres professions médicales et paramédicales. Ainsi, il aurait été intéressant, par exemple, d'y inclure les masseurs-kinésithérapeutes ou encore les chirurgiens-dentistes. Leur suivi est souvent régulier et propice à la mise en place d'une relation de confiance. La MIPROF a d'ailleurs mis en place une fiche dédiée à ces professions. (36) Les pharmaciens auraient, également, pu être interrogés dans notre étude. C'est un professionnel de santé de premier recours par sa disponibilité et son accessibilité sur le territoire. Plusieurs dispositifs d'alerte ont d'ailleurs été mis en place pour faciliter le repérage : le point noir au creux de la main mis en place en 2017 en France et récemment, dans le contexte de la crise sanitaire, la prononciation du mot « masque 19 ». (37) Enfin, il aurait été intéressant d'évaluer les connaissances des forces de l'Ordre, des magistrats et des juristes qui sont eux aussi des acteurs principaux de la prise en charge des femmes victimes de violences. La MIPROF a d'ailleurs mis en place, au cours des différentes formations, des échanges interinstitutionnels et interdisciplinaires entre médicaux, sociaux et judiciaires.

CONCLUSION

Les violences faites aux femmes restent une priorité de santé publique en France. Les conséquences et les enjeux sont de taille. En aout 2021, 77 femmes ont déjà été tuées par leur conjoint ou ex-conjoint (*source NousToutes*).

Notre étude s'est intéressée aux connaissances, au repérage et à la prise en charge par les professionnels en ville des femmes victimes de violence.

Nous avons mis en évidence que malgré une amélioration des connaissances sur les violences faites aux femmes et des professionnels davantage à l'aise, le repérage n'est pas encore réalisé de façon systématique. Or, il est le point de départ de la prise en charge. De plus, les formations, notamment, initiales sont encore insuffisantes. Il semble pourtant essentiel que chaque professionnel soit un minimum formé au cours de son cursus pour faciliter le repérage et débiter la prise en charge.

La prise en charge des professionnels en ville est conforme aux recommandations de l'HAS. Le versant social, médical, psychologique et judiciaire sont abordés. Cependant, cette prise en charge reste parfois difficile et chronophage en ville. Les professionnels peuvent se sentir démunis malgré l'existence d'un réseau. Les professionnels interrogés évoquaient la mise en place d'une cellule d'intervention disponible rapidement et regroupant l'ensemble des versants de la prise en charge.

Enfin, il est important de rappeler, dans un premier temps, que l'ensemble des professionnels de santé est concerné et joue un rôle dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violence, tout comme les forces de l'Ordre, les magistrats et les intervenants sociaux. Dans un second temps, il est important de conclure sur le fait que chaque femme et chaque situation sont différentes et qu'il est essentiel de respecter cette temporalité. La femme est victime et ne doit se sentir en aucun cas coupable de la situation. Il est nécessaire de lui rendre le pouvoir d'agir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Delespine M. Le rôle des sages-femmes auprès d'une femme victime de violences : quelques pistes pour la pratique clinique. nov 2014;13(111):24-8.
2. ONU. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/declaration_1993.pdf
3. Delespine M. Chapitre 4. Une attitude professionnelle protectrice. In: Violences conjugales [Internet]. Paris: Dunod; 2017. p. 53-63. (Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales--9782100769575-p-53.htm>
4. Association 9 de coeur. Les violences conjugales, de quoi parle-t-on ? [Internet]. 2016 [cité 10 juill 2021]. Disponible sur: https://accueil9decoeur.fr/filemanager/userfiles/Violences_Conjugales/PDF/Les_violences_conjugales_-_De_quoi_parle-t-on.pdf
5. Le conflit conjugal et les violences conjugales [Internet]. Droit Direct. [cité 2 août 2021]. Disponible sur: <https://droitdirect.fr/fiche/difference-entre-conflit-conjugal-et-violences-conjugales/>
6. Solidarité Femmes LA. Les différentes formes de violences [Internet]. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/les-differentes-formes-de-violences/>
7. Service Public. Violence conjugale [Internet]. Violence conjugale - service-public.fr. 2021. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
8. Lenore E. A. W. The Battered Woman Syndrome. Third Edition; 1979.
9. Solidarité Femmes Loire Atlantique. Le cycle de la violence conjugale [Internet]. [cité 22 juill 2021]. Disponible sur: <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/3-le-cycle-de-la-violence-conjugale/>
10. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2019;10.
11. OMS. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
12. Cornilleau, Lazimi, Ibanez et Cornet. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. mars 2014;(12):27-32.
13. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. 2001 févr [cité 15 avr 2021] p. 47. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000292.pdf>
14. MIPROF. Lettre n°16 - Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2019. 2020.
15. Salmona M. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales. In: Violences conjugales et famille. Dunod; p. 64-76. (Psychothérapies).
16. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. Am J Obstet Gynecol. juill 2006;195(1):140-8.

17. Sadlier K. L'enfant co-victime de la violence dans le couple. In: Violences conjugales et famille. Dunod. p. 122-31. (Psychothérapies).
18. Gabrielle Douieb RC. L'enfant exposé aux violences conjugales. In: Violences conjugales et famille. Dunod; p. 132-40. (Psychothérapies).
19. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : COMMENT REPÉRER - ÉVALUER. juin 2019 [cité 15 avr 2021]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf
20. HAS CR-D. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». 2019;164.
21. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Le sexisme tue aussi - 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) [Internet]. 2019 [cité 23 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>
22. Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Circulaire DGOS/R2/MIPROF n°2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes [Internet]. 2015-345 nov 25, 2015. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-12/ste_20150012_0000_0080.pdf
23. Lazaar MF. Rapport d'information sur la proposition de loi relative aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants (n° 2200) et la proposition de loi visant à agir contre les violences faites aux femmes (n° 2201). 2019 oct p. 101.
24. Salmona M. Les conséquences psychotraumatiques des violences faites aux femmes [Internet] [Mémoire traumatique et victimologie]. [Chambéry]; 2014 [cité 4 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.savoie.gouv.fr/content/download/27701/208722/file/Les%20conséquences%20psychotraumatiques%20des%20violences%20faites%20aux%20femmes%204%20novembre%202014%20CHAMBERY.pdf>
25. Vincent C. Quel est le positionnement des professionnels de santé face aux violences faites aux femmes durant la grossesse? Étude prospective, multicentrique descriptive et quantitative menée dans différentes maternités et réseau libéral de la métropole lilloise [Internet]. [Lille]; 2017 [cité 2 mai 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01697612/document>
26. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale [Internet]. 2013 [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4590_BARROSO-DEBEL_these.pdf
27. Association intercommunale d'aide aux victimes et de médiation (AIAVM) [Internet]. [cité 23 août 2021]. Disponible sur: <https://www.lille.fr/Vivre-a-Lille/Mes-aides/Aide-juridique/Partenaires-associatifs/Association-intercommunale-d-aide-aux-victimes-et-de-mediation-AIAVM>
28. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : COMMENT AGIR. juin 2019 [cité 15 avr 2021]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_agir_092019.pdf
29. Ordre des médecins. QUE FAIRE FACE À UNE FEMME VICTIME DE VIOLENCES ? [Internet]. 2019 [cité 23 août 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1hf4haj/cnom_femmesvictimesdeviolences.pdf
30. Faillet A, Lamy V. La pmi et les violences conjugales. In: Les écueils de la relation précoce mère-bébé

RÉSUMÉ

FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES : Prise en charge par les professionnels médicaux de ville (libéraux et PMI)

La violence à l'encontre des femmes est un problème majeur de santé publique et une violation grave des droits humains. Les violences envers les femmes entraînent à court et long terme de graves conséquences sur la santé physique, mentale, sexuelle et génésique de la victime. Un repérage systématique doit être réalisé par tous les professionnels de santé en ville ou à l'hôpital, au cours du suivi de grossesse, du suivi gynécologique ou d'une consultation de médecine générale. Cependant, une fois ce dépistage fait, comment les professionnels en ville s'organisent-ils pour mettre en place une prise en charge ?

Objectif - Notre étude a pour objectif de comprendre la prise en charge des professionnels de santé en ville, de savoir s'ils se sentent suffisamment informés et soutenus mais également de connaître leurs sources d'informations sur ce sujet.

Matériel et méthode - Notre étude est une étude rétrospective et descriptive de 247 questionnaires de professionnels de santé. Cette étude est quantitative et multicentrique et a été réalisée via la plateforme d'Enquêtes de l'Université de Lille, hébergé par Lime Survey sur la période d'octobre 2020 à février 2021.

Résultats - 65,2 % des professionnels interrogés se sentent suffisamment informés mais 59,1 % ne se sentent pas assez formés pour prendre en charge les victimes de violences. 55% des professionnels ne réalisent jamais ou de façon non systématique le dépistage des violences. Des facteurs influençant de façon significative le dépistage ont été repérés comme la spécialité médicale, le type d'activité ou encore la réalisation de formation. 83 % des professionnels interrogés se sentent « moyennement à l'aise » à « à l'aise » face aux violences. Les versants médicaux, sociaux et judiciaires sont abordés dans la PEC de nos professionnels. 53,8 % des professionnels possèdent un réseau mais 71,3% d'entre eux ne se sentent pas soutenus et accompagnés dans la PEC des femmes victimes.

Conclusion - Les violences au sein du couple reste une priorité de santé publique en France. Malgré une évolution des connaissances théoriques, le repérage systématique est à développer. Il est le point de départ de toute PEC. La PEC des professionnels en ville est conforme aux recommandations de l'HAS et prend en compte l'ensemble des versants. L'ensemble des professionnels médicaux, sociaux et judiciaires est concerné et il est important de rappeler que la femme est victime et non coupable de ces violences.

Mots-clés : violences faites aux femmes, prise en charge, professionnels de santé, libéral, PMI

Violence against women is a major public health problem and a serious human rights violation. Violence against women has serious consequences for the physical, mental, sexual and reproductive health of the victim. Systematic identification should be carried out by all health professionals in the city or hospital, during pregnancy monitoring, gynaecological monitoring or a general medical consultation. However, once this screening has been carried out, how do professionals in the city organise themselves to set up care ?

Objective - The aim of our study is to understand how health professionals in the city deal with this issue, whether they feel sufficiently informed and supported, and what their sources of information are on this subject.

Material and method - Our study is a retrospective and descriptive study of 247 health professionals' questionnaires. This study is quantitative and multicentric and was carried out via the University of Lille's survey platform, hosted by Lime Survey over the period October 2020 to February 2021.

Results - 65.2% of the professionals questioned feel sufficiently informed but 59.1% do not feel sufficiently trained to deal with victims of violence. 55% of professionals never or not systematically screen for violence. Factors that significantly influence screening were identified, such as medical speciality, type of activity and training. 83% of the professionals questioned felt "moderately comfortable" to "comfortable" with violence. The medical, social and legal aspects are addressed in the treatment of our professionals. 53.8% of professionals have a network but 71.3% of them do not feel supported and accompanied in the treatment of women victims.

Conclusion - Domestic violence remains a public health priority in France. Despite the development of theoretical knowledge, systematic identification needs to be developed. It is the starting point for any treatment plan. The treatment of professionals in towns and cities complies with the HAS recommendations and takes into account all aspects. All medical, social and legal professionals are concerned and it is important to remember that the woman is the victim and not the perpetrator of this violence.

Keywords : violence against women, care, health professional, liberal, maternal and child protection

Auteur : Faustine QUILICI

Diplôme d'État de sage-femme, 2021