

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2020

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 19 JUIN 2020

Par Sophie LEPRÊTRE

Née le 12 Février 1993 à Avignon (84000) – France

Prise en charge des femmes victimes de violences : enquête auprès
des chirurgiens-dentistes de l'Eure et de Seine-Maritime

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Madame le Docteur Julie BEMER

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	E. BOCQUET
Vice-Doyen	:	A. de BROUCKER
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	M. DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Émérite Parodontologie
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Thomas COLARD
Professeur des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

*Sous-section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques,
Biomatériaux, Biophysique et Radiologie*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

DEA Quaternaire : Géologie, Préhistoire et Paléanthropologie

Maîtrise de Biologie Humaine

École Doctorale Biologie-Santé Lille Nord de France

Expert en Anthropologie près la Cour d'Appel de Douai

Vous m'avez fait le très grand honneur d'accepter de présider cette thèse.

*Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de
mon profond respect.*

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

*Sous-section Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé et Odontologie
Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-section Prévention, Épidémiologie, Économie de la
Santé et Odontologie Légale

Docteur de l'Université d'Auvergne – Discipline Odontologie

Master II Recherche « Santé et Populations », Spécialité Évaluation en Santé &
Recherche Clinique – Université Claude Bernard, Lyon I

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les
soins dentaires

Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au
contexte de vie d'un patient »

*Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, en tant que Responsable
de la Sous-Section Prévention et Épidémiologie. Merci de votre disponibilité en
tant que Coordinatrice du DES MBD, vous êtes toujours restée à notre écoute
et d'une grande disponibilité malgré la distance.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus grand respect.*

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

*Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques,
Biomatériaux, Biophysique et Radiologie*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille (mention Odontologie)

Master Recherche Biologie Santé, spécialité Physiopathologie et
Neurosciences

Responsable de la Sous-section Sciences Anatomiques et Physiologiques,
Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie

Je vous remercie d'avoir accepté spontanément de faire partie de mon jury,

J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

Veillez trouver ici, l'assurance de mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Julie BÉMER

Praticien hospitalier, Odontologiste des Hôpitaux

Chef du Service d'Odontologie du Groupe Hospitalier du Havre

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifiée en Chirurgie Orale

Ancienne Interne en Odontologie

Ancienne Assistante Hospitalo-Universitaire

Ancien Praticien de CLCC Centre Alexis Vautrin

Master Recherche Ingénierie de la Santé et Science du Médicament, Spécialité

Bio-ingénierie Médicaments Ciblage

*Vous m'avez fait l'honneur d'avoir accepté de travailler sur ce sujet à mes côtés
et de m'avoir guidée dans la rédaction de ce travail.*

*Je vous remercie grandement pour vos conseils, pour m'avoir fait bénéficier de
vos connaissances cliniques et théoriques durant ces trois années d'internat
passées au sein de votre service. Votre implication auprès de vos patients ainsi
que votre sens de la rigueur et de la précision resteront un exemple pour mon
exercice futur.*

Veillez agréer l'expression de mon plus profond respect.

Je dédie cette thèse...

Table des matières

Liste des abréviations	14
Introduction	15
1. Introduction à l'étude.....	17
1.1. Généralités sur les violences faites aux femmes	17
1.1.1. Définitions.....	17
1.1.2. Cycle de la violence et stratégies de l'agresseur.....	17
1.1.3. Facteurs de risque	18
1.1.4. Épidémiologie.....	19
1.1.5. Répercussions générales et sur la sphère oro-faciale des violences	20
1.2. Contexte de l'étude.....	24
1.2.1. Politiques générales, recommandations nationales et internationales à propos des femmes victimes de violences.....	24
1.2.2. Données légales générales	26
1.2.3. Le chirurgien-dentiste, un acteur dans le dépistage des femmes victimes de violences ²⁸	
1.2.4. Démographie médicale de la région normande.....	32
1.3. Objectifs de l'étude.....	35
1.3.1. Objectif principal.....	35
1.3.2. Objectifs secondaires.....	35
2. Matériel & Méthodes	36
2.1. Type d'étude.....	36
2.2. Formalités administratives	36
2.3. Période	37
2.4. Élaboration du questionnaire.....	37
2.4.1. Choix des questions d'évaluation des pratiques professionnelles	38
2.4.2. Les questions administratives et sociodémographiques	38
2.4.3. Le questionnaire de l'enquête : composition en trois parties.....	38
2.5. Population.....	39
2.5.1. Critères d'inclusion.....	39
2.5.2. Critère de non inclusion	39
2.5.3. Critères d'exclusion.....	40
2.6. Méthode de diffusion du questionnaire	40
2.7. Analyse statistique des données.....	40
3. Résultats de l'étude	42
3.1. Description du groupe étudié.....	42
3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.....	42
3.2. Description des attitudes et connaissances des chirurgiens-dentistes face aux violences faites aux femmes	46
3.2.1. Attitudes concernant le dépistage des femmes victimes de violences.....	46

3.2.2.	Attitudes concernant la prise en charge des victimes : les actions du chirurgien-dentiste	53
3.2.3.	Connaissances et formations des praticiens au sujet des violences conjugales	55
4.	<i>Discussion</i>	63
4.1.	Confrontation des résultats aux objectifs de l'étude	63
4.2.	Comparaison des résultats de l'étude par rapport aux données locales, nationales et internationales sur les femmes victimes de violences	63
4.2.1.	Particularités sociodémographiques des sujets répondants	63
4.2.2.	Analyse des attitudes concernant le dépistage des femmes victimes de violences par le chirurgien-dentiste	64
4.2.3.	Analyse des attitudes concernant la prise en charge des victimes : les actions du chirurgien-dentiste	67
4.2.4.	Analyse des connaissances et formations des praticiens au sujet des violences conjugales	69
4.3.	Difficultés rencontrées	71
4.3.1.	Recrutement	71
4.3.2.	Le recueil des données	71
4.3.3.	Autres difficultés	72
4.4.	Perspectives	73
4.4.1.	Démarche du parcours personnalisé de soins du patient et dépistage des femmes victimes de violences : une approche transversale et pluri-professionnelle	73
4.4.2.	Perspectives de sensibilisation et informations au sein des services d'odontologie et des cabinets dentaires concernant le dépistage des femmes victimes de violences	73
4.4.3.	Perspectives de sensibilisation et informations auprès des étudiants et en formation continue postuniversitaire	74
4.4.4.	Autres perspectives	75
5.	<i>Conclusion</i>	77
	<i>Références bibliographiques</i>	79
	<i>Table des illustrations</i>	84
	<i>Annexes</i>	86
	.....	86
	.....	89
	.....	107
	.....	107
	.....	107
	.....	108

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CLOM : Cours en Ligne Ouvert et Massif (traduction française de MOOC)

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DDDFE : Délégués Départementaux aux Droits des Femmes et à l'Égalité

DRDFE : Direction Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité

DU : Diplôme Universitaire

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

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ITT : Incapacité Totale de Travail / Incapacité Temporaire Totale (ou Partielle)

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

MOOC : Massive Open Online Course (cf. CLOM)

ODFOC : Organisation Départementale de Formation Odontologique Continue

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONCD : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes

PACS : Pacte Civil de Solidarité

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UE : Union Européenne

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

USPC : Université Sorbonne Paris Cité

VPI : Violence exercée par un Partenaire Intime

Introduction

Chaque année, en France, environ **223 000 femmes**, âgées de 18 à 75 ans, sont victimes de violences conjugales de la part de leur conjoint ou ex-conjoint. (1)

Les violences envers les femmes regroupent de **multiples formes** de violences : physique, psychologique, sexuelle, socio-économique... La violence domestique englobe les comportements cités ci-dessus, avec des actes répétés et systématiques. Ces différents types de violences coexistent souvent et ont de multiples répercussions sur la santé générale des victimes. (2)

Les professionnels de santé sont **en première ligne** pour accueillir celles-ci au sein de leur structure médicale. D'ailleurs, les femmes concernées s'adressent de préférence à leur médecin ou service de soins quand elles veulent se confier au sujet des violences qu'elles subissent. L'Article 20 de la Convention d'Istanbul (2011), premier cadre juridique au niveau européen pour la prévention de la violence et la protection des victimes demande que " *les professionnels soient formés afin de fournir une assistance aux victimes et de les orienter vers les services adéquats* ". (3)

Jong-Wook LEE, médecin sud-coréen et Directeur Général de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) de 2003 à 2006 implique aussi le secteur de la santé de manière générale dans la prise en charge des victimes : " *Le secteur de la santé peut jouer un rôle essentiel dans la prévention de la violence à l'égard des femmes en aidant à la repérer précocement, en dispensant aux victimes le traitement nécessaire et en adressant les femmes vers les soins les plus compétents. (...) Une réponse globale du secteur de la santé s'impose, en particulier pour surmonter la réticence des femmes maltraitées à rechercher de l'aide* ". (4)

En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, une **campagne de prévention** de lutte contre les violences faites aux femmes a été organisée par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) en 2016 avec des outils en ligne mis à disposition des professionnels. Une formation en *e-learning* sur le sujet est aussi proposée actuellement en libre accès sur leur site internet. Des référents " violences faites aux femmes " ont été aussi nommés dans les Conseils de l'Ordres Régionaux pour aider les chirurgiens-dentistes dans leurs démarches. Tout cela a pour but d'impliquer les chirurgiens-dentistes dans un travail de partenariat entre tous les professionnels en charge de s'occuper des femmes victimes.

La littérature internationale évalue via des études descriptives les connaissances et la prise en charge des femmes victimes de violences par les chirurgiens-dentistes.
(5)(6)(7)(8)

À ce jour, **aucune étude** de ce type menée en France n'a été référencée par *Pub Med* d'après nos recherches. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à ce sujet ainsi qu'à la problématique suivante : quelle est la prise en charge actuelle des femmes victimes de violence par les chirurgiens-dentistes libéraux exerçant en France ? Se sentent-ils concernés et compétents sur le sujet ?

Ce que l'on attend des professionnels de santé, y compris les chirurgiens-dentistes :

- Savoir identifier les signes et symptômes évoquant des violences;
- Connaître la marche à suivre s'il y a confirmation de nos suspicions;
- Savoir dispenser les conseils de base.

Pour des raisons pratiques, nous avons décidé d'étudier la population des chirurgiens-dentistes libéraux exerçant en Haute-Normandie, ancienne Région administrative regroupant la Seine Maritime (76) et le Département de l'Eure (27).

Cette **étude descriptive transversale** a pour objectif d'évaluer le niveau de connaissance, formation et compétence concernant la prise en charge des femmes victimes de violences. Elle a inclus 102 chirurgiens-dentistes exerçant en Haute-Normandie. Le présent mémoire présentera tout d'abord les violences faites aux femmes, puis nous verrons la méthodologie utilisée pour notre étude, suivront les résultats et enfin une proposition de discussion accompagnée de perspectives.

1. Introduction à l'étude

1.1. Généralités sur les violences faites aux femmes

1.1.1. Définitions

La violence à l'égard des femmes désigne « tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée ». (3)

Les **différents types de violences** sont : verbales, physiques, psychologiques, sexuelles, économiques ou autres (cyber violence ou la confiscation de documents d'identité par exemple).

1.1.2. Cycle de la violence et stratégies de l'agresseur

Le terme « violence domestique » comprend « *tous les actes de violence (...) qui surviennent au sein de la famille ou du foyer ou entre des anciens ou actuels conjoints ou partenaires, indépendamment du fait que l'auteur de l'infraction partage ou a partagé le même domicile que la victime* ». (3)

La **notion de répétition des faits**, souvent cumulatifs, qui s'aggravent et qui s'accélèrent définissent le phénomène du « cycle de la violence » ou « spirale de la violence ». Celui-ci est mis en place par l'agresseur, il lui permet de maintenir une domination sur la victime, tout en lui redonnant espoir jusqu'à ce que le cycle se répète. (Figure 1).

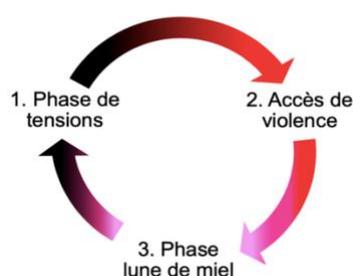


Figure 1 : Cycle de la violence (Source Neha A. Deshpande et Al. 2013)

1.1.3. Facteurs de risque

D'après l'OMS, les facteurs de risque des violences faites aux femmes existent à différents niveaux : individuel, familial, communautaire et sociétal. (4)

Antai propose un modèle social écologique modifié à partir du modèle de Heise (1998). (Figure 2)

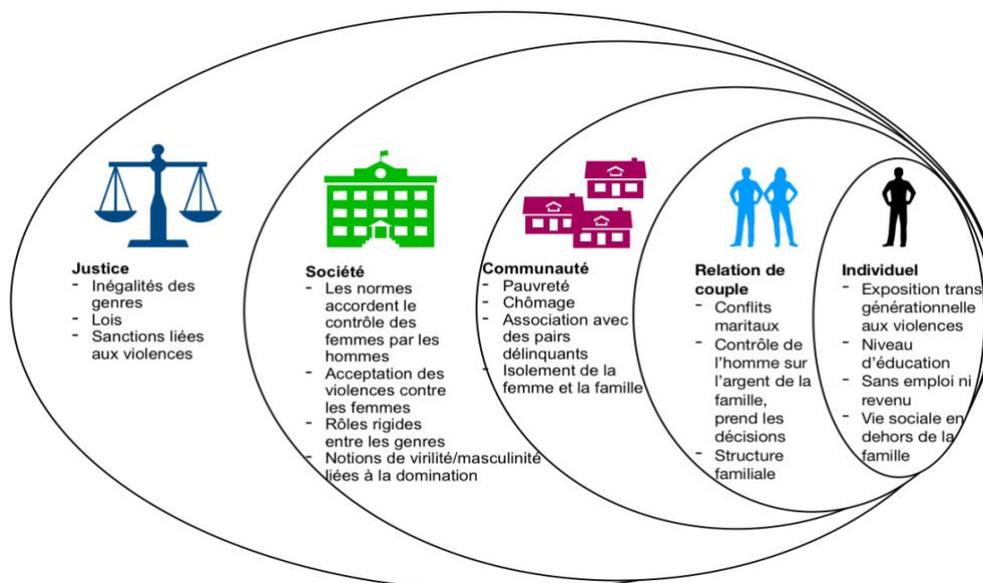


Figure 2 : Facteurs associés à la violence à l'égard des femmes selon le modèle social écologique adapté d'après Heise (1998) modifié par Antai (2011)

Une des causes profondes des violences faites aux femmes d'après l'OMS est l'inégalité des sexes (statut social, juridique et économique), le recours à la violence pour résoudre les conflits en général ainsi que l'acceptation par des normes et stéréotypes sexistes « traditionnels ». (2)

De plus, certains facteurs de risque concernent l'agresseur uniquement (exemple : les troubles antisociaux de la personnalité), d'autres concernent uniquement la victime (période de la grossesse par exemple) ou les deux (faible niveau d'instruction).

Enfin, d'après une publication de 2008 de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), les violences domestiques se rencontrent dans tous les milieux socio-économiques, mais sont plus fréquentes dans les milieux à faible niveau scolaire. (9)

1.1.4. Épidémiologie

1.1.4.1. Données mondiales

Les estimations mondiales de l’OMS établies à partir d’une analyse réalisée en 2013 menée auprès de plus de 80 pays rapportent que **35% des femmes** ont été exposées au cours de leur vie à des violences physiques ou sexuelles. Dans la plupart des cas, ce sont des faits réalisés par le partenaire intime. (4)

Les meurtres de femmes pour 38% des cas au niveau mondial sont le fait de leur partenaire masculin. (10)

1.1.4.2. Données européennes et françaises

La première enquête nationale française visant à chiffrer les violences envers les femmes est l’ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France), elle date de l’année 2000. Elle met en lumière le fait que les violences faites aux femmes sont bien souvent réalisées dans l’intimité de l’espace conjugal. (11)

Une synthèse bibliographique mise à jour en 2016 par l’équipe de Santé Publique France rapportait une prévalence de 22% en moyenne en UE de femmes victimes au cours de la vie de violences (physiques et/ou sexuelles) et de 26% en France. Concernant les violences psychologiques au cours de la vie, 43% en UE contre 47% en France. On noterait donc une prévalence plus élevée en France par rapport aux données moyennes européennes. (Tableau 1)

Tableau 1 : Prévalence de femmes victimes de violence exercée par un Partenaire Intime (VPI) dans les 28 pays de l’Union Européenne (Source Guillam MT et al, 2016)

	Moyenne (%)	Min-Max (%)	France (%)
Violences physiques et/ou sexuelles sur les 12 derniers mois	4	2-6	5
Violences physiques et/ou sexuelles au cours de la vie	22	13-32	26
Violences psychologiques au cours des 12 derniers mois	-	-	-
Violences psychologiques au cours de la vie	43	33-60	47

D’après la lettre de l’observatoire national des violences faites aux femmes publiée en Novembre 2015 et réalisée par la MIPROF (Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres

humains), le nombre de femmes victimes de violences conjugales sur une année en France est de 223 000 (IC à 95% : [212 000 ; 234 000]).

Dans 70% des cas il s'agit de violences répétées, soit 155 000 femmes concernées par an. Sur l'année 2014-2015, 82 635 faits de violences réalisées par un partenaire intime ont été recensés par les forces de sécurité en Métropole et la victime est une femme dans 88% des cas. (1)

Enfin, en moyenne, 1 femme décède tous les 2,7 jours de violence conjugale en France. En Europe, on estime à environ 3500 décès par an liés aux violences entre partenaires intimes soit plus 9 personnes par jour (dont 7 femmes). (10)

1.1.5. Répercussions générales et sur la sphère oro-faciale des violences

1.1.5.1. Répercussions générales

Les **conséquences sur la santé** des femmes victimes de violence sont très diverses. Elles peuvent être retrouvées chez une victime sur le très long terme. Malgré une prévalence et des formes de violence qui peuvent être différentes dans le monde, les incidences sur la santé générale semblent quant à elles être identiques quel que soit l'environnement de ces femmes. Cependant, l'intensité ou la gravité des effets de la violence peuvent varier selon des « facteurs propres au contexte » comme la pauvreté, les pratiques culturelles ou religieuses, ou encore d'autres facteurs. (2)

Tableau 2 : Conséquences fréquentes de la violence à l'égard des femmes sur la santé (Source OMS, 2012)

Physiques	Sexuelle et génésique
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatismes physiques aigus ou immédiats ▪ Blessures plus graves susceptibles d'entraîner des incapacités (blessures à la tête, aux yeux, aux oreilles et traumatismes au thorax et à l'abdomen) ▪ Troubles gastro-intestinaux, problèmes de santé à long terme et mauvais état de santé (notamment syndromes de douleur chronique) ▪ Décès (féminicide et décès liés au SIDA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grossesse involontaire/non désirée ▪ Avortement/avortement dans de mauvaises conditions de sécurité ▪ Infections sexuellement transmissibles ▪ Hémorragies ou infections vaginales ▪ Infections pelviennes chroniques ▪ Infections urinaires ▪ Fistule ▪ Rapports sexuels douloureux ▪ Troubles sexuels
Mentale	Comportementale
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépression ▪ Troubles du sommeil et de l'alimentation ▪ Stress et troubles anxieux (exemple : état de stress post-traumatique) ▪ Comportements autodestructeurs et tentatives de suicide ▪ Mauvaise estime de soi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usage nocif de l'alcool et toxicomanies ▪ Multiples partenaires sexuels ▪ Choix de partenaires violents plus tard dans la vie ▪ Diminution du recours aux contraceptifs et aux préservatifs

Plus une femme est exposée à différents types de violences et/ou de multiples faits de violences dans le temps, plus les conséquences sur sa santé sont graves. (2) Compte tenu de toutes les conséquences possibles sur la santé d'une victime de violence par le partenaire intime, le recours aux services de santé est accru dans ces situations. Ces femmes ont aussi tendance à moins bénéficier des programmes de prévention de santé générale. Tout ceci a une répercussion négative évidente sur la santé générale. « *Le système de santé, les prestataires de soins et les décideurs ont tous un rôle essentiel à jouer pour faire cesser la violence contre les femmes* ». OMS, 2018. (12)

De plus, ces faits entraînent non seulement des coûts humains mais aussi des conséquences en terme économiques pour les pays entiers. Le **coût collectif** (coûts confondus de santé, police, justice, protection sociale, perte de production et coût humain) de la violence conjugale est estimé à 2472 millions d'euros par an en France d'après Nectoux et coll., 2010. (13)

1.1.5.2. Répercussions sur la sphère oro-faciale

Les lésions traumatiques de la sphère oro-faciale peuvent être une conséquence directe de la violence physique exercée par un partenaire intime. Celles-ci sont détectables par le chirurgien-dentiste.

D'après une étude réalisée par Itierre Odzili Fa & coll. (2016), **la gifle** était le mode d'agression le plus utilisé suivi du coup de poing. La nature des lésions retrouvées au niveau de la tête et du cou étaient par ordre de fréquence les suivantes : ecchymoses faciale et hématomes du cou, contusions maxillaires et contusion auriculo-temporale. (14)

Une autre étude réalisée en 2017 (Macedo Bernardino & coll., 2018) démontre que près de **46% des traumatismes oral et/ou maxillo-facial** étudiés ont pour origine la violence domestique. (15)

Enfin, plus de 75% des victimes de violence conjugale présentent des blessures situées au niveau de la tête ou du cou, y compris la sphère orale. (16)

Les violences domestiques ont aussi une répercussion au niveau de la santé dentaire et orale, de manière plus ou moins directe. La dépression, par exemple, (répercussion directe de la violence sur la santé générale) a elle-même des

conséquences sur la sphère orale par la xérostomie, les désordres immunitaires ainsi que la perte d'intérêt à prendre soin de soi qu'elle entraîne.

De la même façon, le stress et l'anxiété générés par des violences peuvent avoir les conséquences suivantes : plaies de la bouche par tics de morsure, apparition de boutons de fièvre (manifestation physiologique du virus de l'herpès), bruxisme et des problèmes parodontaux (dont le stress est un des facteurs de risque). (17)

On peut aussi observer que les femmes victimes ont une tendance à la « **négligence dentaire** ». Une des raisons avancées pour expliquer la faiblesse de la santé orale chez les victimes est la **phobie**. Plusieurs études démontrent en effet que la phobie dentaire chez les victimes de violence est plus fréquente par rapport à la population générale. (17) (18) Quand elles dépassent leur peur et fréquentent le cabinet dentaire, ces femmes ressentent de la honte, de l'humiliation, sont parfois dans le déni et peuvent aussi présenter un manque de confiance envers le praticien, et se soucier de la confidentialité de leur consultation (secret professionnel). (19) En tant qu'ex-victime ou victime de violence, elles sont à la recherche particulièrement d'un praticien respectueux ainsi que du sentiment de sécurité. L'établissement d'un climat de confiance entre le chirurgien-dentiste et sa patiente est donc indispensable. (20)

Les conséquences des violences sur les plans oral et dentaire peuvent être les suivantes :

- Hygiène bucco-dentaire déficiente (brosses à dents moins utilisées et fréquences de brossages moins importantes par rapport aux personnes non-victimes de violences) (17) ;
- Traumatismes dentaires : fêlures, fractures, expulsions totales, luxations ;
- Fracture du maxillaire ou de la mandibule

Les fractures dentaires constituent le type de traumatisme dentaire le plus fréquent. (Figure 3)

Ainsi, les violences par un partenaire intime constituent la 3^{ème} cause de traumatisme dentaire après les accidents domestiques et les activités sportives. (21)

Les dents les plus touchées par les violences conjugales, selon une étude de Garbin et coll. (21) réalisée au sein d'une université de chirurgie-dentaire

brésilienne en 2012 sont les incisives maxillaires (31,8%), les incisives mandibulaires (27,3%) et les canines maxillaires (9,1%).

La fréquence des traumatismes intéressant les incisives peut être expliquée par leur localisation antérieure ou certaines malocclusions (surocclusions ou vestibulo-versions par exemple), constituant alors des facteurs de risque individuels.

Aussi, la tête et le cou représentent une localisation commune d'agressions car l'agresseur a l'intention de causer des dommages sur un élément social, à la beauté liée au visage. Cela constitue un élément d'humiliation, touchant à l'assurance et l'estime de soi. (22) De plus, la face est un élément anatomique accessible et exposé en continu.

Les traumatismes au niveau de la sphère orale et dentaire ont donc des répercussions directes et indirectes sur la vie des victimes. Cela affecte leur apparence, leur vie sociale et la communication, crée des déficits fonctionnels, esthétiques et psychologiques. Quand ce sont les dents antérieures qui sont traumatisées, les conséquences sont plus lourdes encore. (21)

La Haute Autorité de Santé (HAS) demande aux chirurgiens-dentistes de penser à un cas éventuel de victime de violence conjugale devant certains signes d'alertes, précisés sur le Tableau 3. (23)

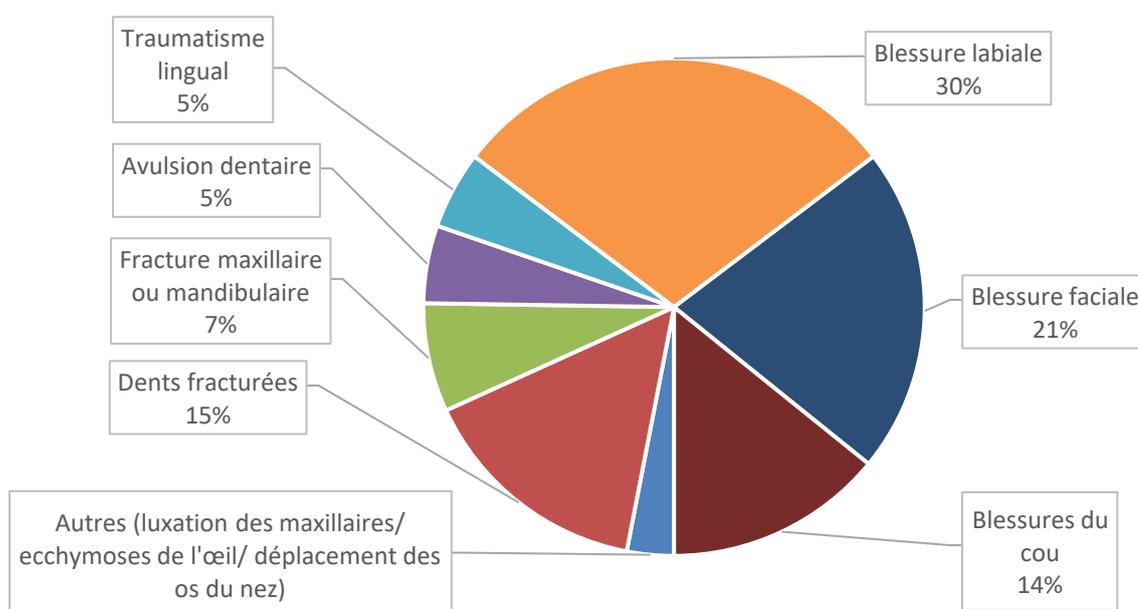


Figure 3 : Répartition des blessures en fonction de leur localisation par fréquence de signalement (Source, étude de Nelms et al, 2009)

Tableau 3 : Signes d'alertes au cabinet dentaire (Source HAS, 2019)

- Récidive de fracture dentaire, de fracture prothétique, etc. ;
- Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes, etc. ;
- Asymétrie du visage, affaissement facial ;
- Troubles de l'occlusion ;
- Douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire ;
- Attitude « trop » résistante à la douleur ;
- Attitude très docile, voir figée ;
- Troubles somatiques ;
- Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche ;
- Réflexions lors de l'examen clinique comme : « *J'ai l'impression qu'on me viole* »

1.2. Contexte de l'étude

1.2.1. Politiques générales, recommandations nationales et internationales à propos des femmes victimes de violences

En 1995 à Beijing (Chine) se tient la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes où se sont rencontrés 189 gouvernements du monde entier. Les violences faites aux femmes est un des thèmes principaux abordés. Une des missions données à la France est de donner ses statistiques précises concernant les violences faites aux femmes (10). C'est dans ce contexte qu'en 1997, le Gouvernement Français via le Service du droit des femmes et le Secrétariat d'État aux droits des femmes commande l'enquête ENVEFF dont les détails sont donnés dans la partie 1.2.2. de notre travail. (11)

En 2011, la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique ou « Convention d'Istanbul » a lieu. Traité international signé par l'Union Européenne et 46 pays, il définit les violences faites aux femmes et propose un plan d'action au niveau international. Son article 15 demande la mise en place et le développement des formations sur la prévention des violences, leur détection et la prise en charge des victimes. (3)

En 2013, l'enquête française par l'INED (Institut National d'Études Démographiques) « Virage pour violences et rapports de genre » actualise et reprécise les statistiques sur les violences à l'encontre des femmes en France.

Dans la même année 2013, la MIPROF est créée. Une de ses missions principales est d'agir comme un observatoire national concernant les femmes victimes de violence, mais aussi de définir un plan d'action de formation des professionnels ainsi que la création d'outils mis à disposition des professionnels.

En Mai 2016, les États membres de l'Assemblée Mondiale de la Santé (organe décisionnel suprême de l'OMS), ont approuvé un texte d'application internationale. Celui-ci a pour objectif la « lutte contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles (...) » (12)

L'OMS en 2017 liste les rôles du secteur de la santé dans un contexte « d'approche multisectorielle » des femmes victimes de violence. (24) Ces rôles sont les suivants :

- Demander aux professionnels de santé de faire « campagne afin de rendre inacceptable la violence perpétrée contre les femmes ». Le but ici est de définir cet enjeu comme problème de santé publique ;
- Former les professionnels de santé pour une prise en charge globale des victimes ;
- Favoriser un dépistage précoce pour diminuer la prévalence ;
- Promouvoir des valeurs égalitaires entre femmes et hommes ;
- Mener ou participer à des enquêtes pour chiffrer le problème ou évaluer des méthodes.

Une étude dite multi-pays sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes, menée et publiée par l'OMS en 2018 cherchait à définir la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes. Ce rapport a été suivi de recommandations. La 10^e recommandation concerne le secteur de la santé. Elle aborde plusieurs points dont ceux-ci :

- Les femmes victimes ne doivent pas être culpabilisées à demander de l'aide et en aucun cas être stigmatisées ;
- Les patientes doivent recevoir des soins médicaux appropriés et d'autres formes d'assistance ;
- Confidentialité et sécurité doivent être garanties.

Cette recommandation aborde aussi le sujet de la formation des professionnels. Celle-ci doit être la plus adaptée possible pour améliorer la prise en charge des victimes. (4)

En Juin 2019, des **recommandations de bonnes pratiques** sur le repérage des femmes victimes de violence au sein du couple ont été adoptées par le Collège de la Haute Autorité de Santé et ont été mises en ligne en Octobre 2019. Ces recommandations incluent le chirurgien-dentiste parmi les différents professionnels de santé amenés à intervenir en premier recours et/ou dans un contexte de prévention. (23)

1.2.2. Données légales générales

1.2.2.1. Peines encourues

La loi, en sa **qualité répressive**, peut amener à dissuader les agresseurs. C'est aussi un outil utile pour les professionnels servant à argumenter et apporter un soutien reconfortant auprès d'une victime souvent isolée.

Une victime de violence par un partenaire intime peut **porter plainte** auprès des services de Police ou de Gendarmerie, ou directement auprès du Procureur de la République. Un simple constat des faits peut aussi être réalisé en amont dans le cas où la victime ne souhaite pas porter plainte, comme le dépôt d'une main courante (déclaration au commissariat) ou d'un procès-verbal de renseignement judiciaire (à la Gendarmerie). Ceux-ci pourront faire partie du dossier de la victime dans le cadre d'une procédure judiciaire. Le Code Pénal définit les infractions et les peines encourues, en distinguant les délits des crimes. (Tableau 4)

La loi n°2006-399 datant du mois d'Avril 2006 définit la qualité de « conjoint ou ex-conjoint » comme circonstance aggravante pour les atteintes volontaires à la vie, à l'intégrité de la personne (dont les violences, tortures et menaces) et les agressions sexuelles. Cela concerne aussi sans distinction les concubins, partenaires liés par un PACS, peu importe si le lien conjugal est présent ou passé, et peu importe qu'il y ait cohabitation ou non. (1) À noter également qu'il s'agit d'une circonstance aggravante le fait qu'un mineur ait assisté aux faits de violence (pour les violences volontaires, harcèlement, agression sexuelle).

Tableau 4 : Violences au sein du couple : tableau synthétique des principales infractions et peines encourues (Source Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations, 2018)

Les principales infractions et les peines encourues

Attention : Peu importe que le lien conjugal soit présent ou passé

INFRACTIONS	PEINES ENCOURUES	Articles du CODE PENAL	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure ou égale à 8 jours	3 ans d'emprisonnement et 45.000 € d'amende	222-12	DELIT Tribunal correctionnel 3 ans pour déposer plainte
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours	5 ans d'emprisonnement et 75.000 € d'amende	222-13	
Harcèlement moral	De 3 à 5 ans d'emprisonnement et de 45 000 à 75 000 € d'amende	222-33-2-1	
Violences habituelles (en fonction de l'incapacité totale de travail)	De 5 à 10 ans d'emprisonnement et de 75 000 à 150 000 € d'amende	222-14	
Menace de mort	3 ans d'emprisonnement et 45.000 € d'amende	222-17	
Agressions sexuelles	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende	222-28	
Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner	20 ans de réclusion	222-8	CRIME Cour d'assises 10 ans pour déposer à partir de l'infraction
Meurtre	Réclusion à perpétuité	222-4	
Viol	20 ans de réclusion	222-24	

Les articles 515-9 et 515-13 du Code Civil définissent l'ordonnance de protection, dispositif civil datant de 2010 et complété par la loi du 4 Août 2014. Cette ordonnance a pour but de protéger les victimes de violences conjugales et leurs enfants. C'est le juge aux affaires familiales qui statue sur des mesures de protection. (1)

Aussi, recourir à la justice se fera via le dépôt de plaintes par les femmes victimes de violence intrafamiliale. Des études ont démontré que les lésions traumatiques visibles étaient plus fréquemment constatées chez les personnes ayant déposé plaintes. Une étude réalisée en Seine-Saint-Denis (Denis, Paret et Chariot, 2018) confirme cela et explique que l'existence de lésions traumatiques visibles facilite la reconnaissance sociale des faits de violence, tant judiciaire et policière que par la victime elle-même, et facilite donc le dépôt de plainte. (25)

1.2.2.2. Incapacité totale de travail

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) est décrite par la MIPROF comme « *une notion pénale qui participe à la qualification des faits, à l'orientation de la procédure et à la détermination de la peine encourue* ». (1)

Elle ne décrit en rien l'incapacité de travailler contrairement à sa dénomination et à un arrêt de travail. Il s'agit de la durée pendant laquelle la victime éprouve une **gêne notable dans les actes de la vie quotidienne**, actes rémunérés ou non. Elle prend

donc en compte les lésions fonctionnelles, les problèmes non lésionnels, à la fois physiques et psychologiques. Il est important de noter que même en absence d'ITT les violences au sein du couple restent définies comme un délit, au minimum.

Cette ITT est évaluée par une Unité Médico-Judiciaire (UMJ). Elle est indispensable dans une procédure juridique, elle permet d'analyser les faits et de déterminer le tribunal compétent en fonction. Pourtant elle reste parfois difficile à déterminer pour les professionnels de santé en particulier dans des situations de violences répétées, des violences uniquement psychologiques ou encore elle peut paraître peu utile dans un contexte d'absence de dépôt de plainte. (25)

1.2.3. Le chirurgien-dentiste, un acteur dans le dépistage des femmes victimes de violences

1.2.3.1. Outils mis à disposition des chirurgiens-dentistes

Si les campagnes de prévention de lutte contre les violences faites aux femmes se diversifient et tentent de sensibiliser les professionnels à ce problème de santé publique, quels sont les outils concrets qui existent à ce jour à destination particulière des chirurgiens-dentistes ?

1.2.3.1.1. Conduite à tenir globale : informations générales

L'ONCD a mis en ligne sur son site Internet divers outils pour aider les praticiens à se familiariser avec la prise en charge des femmes victimes de violence. Dans l'onglet « *Sécurisez votre exercice* », une partie est complètement dédiée aux « *Violences faites aux femmes* ».

Une fiche explicative au format PDF est téléchargeable gratuitement et sans obligation d'inscription. Cette **fiche résume la conduite à tenir** face à une présumée victime ou victime avérée avec des phrases simples et courtes. (Disponible en Annexe 1)

1.2.3.1.2. Affiches

De la même façon, l'ONCD en partenariat avec « *Violences femmes info* » a diffusé auprès des cabinets dentaires français en 2016 une affiche dont le but est d'interpeller les patientes victimes de violence. Il s'agit d'un mode de communication non verbal permettant d'ouvrir le dialogue entre praticien et patiente, celle-ci se sentant invitée à le faire si elle le souhaite. (Affiche disponible en Annexe 2)

Aussi, l'OMS propose des visuels et iconographies modernes pour sensibiliser les professionnels de santé cette fois. Ces affiches résument les statistiques mondiales sur les violences faites aux femmes, mais aussi les conséquences, les facteurs de risque et le rôle à jouer des professionnels de santé. (12)

1.2.3.1.3. Formations

Il est important de noter que dans les conclusions des études faites en Inde, en Arabie Saoudite, aux États-Unis et aux Pays-Bas, le manque d'entraînement et de formation des chirurgiens-dentistes conduisaient à un manque de dépistage des victimes de violence. (5,6,8)

Les formations à destination des chirurgiens-dentistes concernant la prise en charge des femmes victimes de violence recensées à ce jour en France sont :

- Diplôme universitaire (DU) « Violences faites aux femmes » proposé par l'Université de Paris 8 (Vincennes – Saint Denis) pour tous les professionnels susceptibles d'être au contact de victimes ;
- DU de Sciences Humaines et Sociales « Violences faites aux femmes : violences de genre » réalisé par l'Université de Paris Diderot ;
- DU proposé par l'UFR de Médecine de l'Université de Grenoble intitulé « Prise en charge des violences faites aux femmes vers la bientraitance » ;
- Module de formation « In-vivo, Maison des Femmes » pour les professionnels de santé, réalisé par La Maison des Femmes de Saint Denis (Centre Hospitalier de Saint Denis) ;
- **Formation validante en e-learning « Violences faites aux femmes »** proposée par l'ONCD pour les chirurgiens-dentistes ;
- MOOC (Massive Open Online Course) intitulé « Violences faites aux femmes » proposé par l'USPC (Université Sorbonne Paris Cité) ;
- Court-métrage de formation réalisé par la MIPROF intitulé « Anna » et sa fiche réflexe « *L'entretien du-de la chirurgien-ne-dentiste avec une patiente victime de violences sexuelles et/ou conjugales* »

1.2.3.1.4. Référents violences

L'ONCD invite les chirurgiens-dentistes à se rapprocher de leur conseil départemental quand ils sont confrontés à une situation impliquant de la violence. En effet, des « référents violences » ont été désignés au sein de chaque ordre départemental pour informer et orienter les professionnels dans ce domaine.

De plus, le Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations via son site Internet www.stop-violences-femmes.gouv.fr liste les « référents violences au sein du couple par département ». Le Département de l'Eure a pour référent violences le CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) La Pause à Évreux. En Seine-Maritime, le référent violence est le CIDF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et Familles) situé à Rouen.

1.2.3.1.5. *Contacts : associations, numéro vert...*

Diverses associations existent en France et dans ses différents départements, s'organisant pour venir en aide aux personnes victimes de violence. Aussi, un numéro de téléphone anonyme gratuit d'écoute « Violences Femmes Info » (3919) assure une permanence pour les victimes et les personnes en contact avec celles-ci. Il existe un équivalent pour les personnes malentendantes sur Internet.

1.2.3.2. Données légales dans le cadre de l'exercice odontologique

1.2.3.2.1. *Certificat médical en médecine bucco-dentaire*

Un Certificat Médical Initial (CMI) ou dit d'aggravation a une **valeur médico-légale**. Il peut avoir un rôle essentiel lors d'une procédure juridique. Les assurances peuvent aussi l'exiger pour ouvrir un dossier, tout comme des organismes sociaux. S'il s'agit bien d'un acte médico-légal, le chirurgien-dentiste qui rédige ce certificat **engage sa responsabilité** en tant que praticien. Il doit rester objectif et rédiger ce document après examen clinique et avec prudence (comme avec l'utilisation de la formule : « aux dires de Mme X... »). En effet, le Code de la Santé Publique décrit dans son article R. 4127-213 l'interdiction d'établir un rapport tendancieux, de même l'interdiction de délivrer un certificat dit de « complaisance ». (26)

Enfin certaines règles de rédaction existent et le Code de la santé publique, par les articles R. 4127-229 et R. 4127-230, les précise. Ceux-ci ont été insérés dans le Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes :

L'Article R. 4127-229 (ancien article 25) : « *L'exercice de l'art dentaire comporte normalement l'établissement par le chirurgien-dentiste, conformément aux constatations qu'il est en mesure de faire dans l'exercice de son art, des certificats, attestations ou documents dont la production est prescrite par la réglementation en*

vigueur. *Tout certificat, attestation ou document délivré par le chirurgien-dentiste doit comporter sa signature manuscrite* ». (27)

L'Article R. 4127-230 (ancien article 25-1) : « *Les prescriptions, certificats et attestations sont rédigés par le chirurgien-dentiste en langue française ; une traduction dans la langue du patient peut être remise à celui-ci* ». (28)

Aussi, le praticien doit **respecter le secret médical** et ne donner en main propre le certificat qu'au patient concerné ou à son représentant légal.

Des modèles de certificat médical initial et d'aggravation sont proposés par l'ONCD sur leur site internet (disponibles en Annexe 3). Ils peuvent aider les praticiens à rédiger ces documents en respectant les règles de clarté, précision, l'exhaustivité nécessaire, ainsi que le respect de l'établissement d'un simple constat, en restant toujours uniquement factuel.

1.2.3.2.2. *Signalement et secret professionnel*

Le secret médical est une des règles les plus importantes régissant les professions médicales. Il permet une relation de confiance entre patient et praticien en garantissant une véritable confidentialité. Le chirurgien-dentiste doit respecter le secret professionnel ainsi que toute son équipe. Celui-ci est un devoir décrit dans le Code de la Santé Publique dans les Articles R. 4127-206 à 208 :

- « *Le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* » (29) ;
- « *Le chirurgien-dentiste doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment* » (30) ;
- « *En vue de respecter le secret professionnel, tout chirurgien-dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques, des documents et des supports informatiques qu'il peut détenir ou utiliser concernant des patients. (...)* » (31)

Comme énoncé dans la partie 1.4.2.3., l'établissement de notre dossier médical et celui d'un éventuel certificat médical à la demande de la patiente doit toujours respecter le secret professionnel.

Si dans certains pays le signalement des femmes victimes de violence est autorisé, ce n'est pas le cas à ce jour en France pour les femmes âgées de plus de 18 ans et sans vulnérabilité identifiée. (29) En effet, dans le cas où la victime est majeure et ne présente pas d'incapacité physique ni psychique, et qu'elle n'est pas considérée comme étant en « état de faiblesse », le chirurgien-dentiste doit obtenir l'accord de celle-ci pour effectuer un signalement adressé au procureur de la République du Tribunal de Grande Instance le plus proche. Les professionnels de santé sont donc autorisés à rompre le secret seulement avec le consentement de la patiente, qui permettra l'alerte d'une autorité compétente. Nous noterons qu'un signalement réalisé par téléphone ou télécopie par le praticien au Procureur de la République doit être toujours confirmé par un document écrit, daté et signé. Le courrier doit être recommandé avec accusé de réception et une copie doit être conservée. Enfin, sauf s'il est établi que le chirurgien-dentiste n'a pas agi de bonne foi, un signalement réalisé aux autorités compétentes ne peut nullement engager sa responsabilité civile, pénale ou disciplinaire.

1.2.4. Démographie médicale de la région normande

1.2.4.1. Haute-Normandie

La région Haute-Normandie est composée des Départements de l'Eure et de Seine-Maritime. D'après l'INSEE, la population du département de l'Eure était de 601 948 en 2015 et le nombre de ménages à 249 430. (32) La population en Seine-Maritime en 2015 était de 1 257 699 habitants. Le nombre de ménages était de 557 692. L'ancienne région administrative de Haute-Normandie compte donc plus **d'1 850 000 habitants et plus de 800 000 ménages.** (33)

1.2.4.2. Démographie médicale et dentaire

Les départements de l'Eure et de Seine-Maritime ont un faible taux de professions médicales par habitant. On décrit souvent la démographie médicale de cette région comme étant un désert médical. En 2020, la région Haute-Normandie compte **788 chirurgiens-dentistes** dans son territoire. Cela correspond à environ 41,15 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. La moyenne nationale étant de 66,62 praticiens pour 100 000 habitants. (34)(35)

La Figure 4 objective la répartition des chirurgiens-dentistes sur l'ensemble du territoire français, permettant ainsi de comparer la démographie dentaire nationale avec celle de la Haute-Normandie.

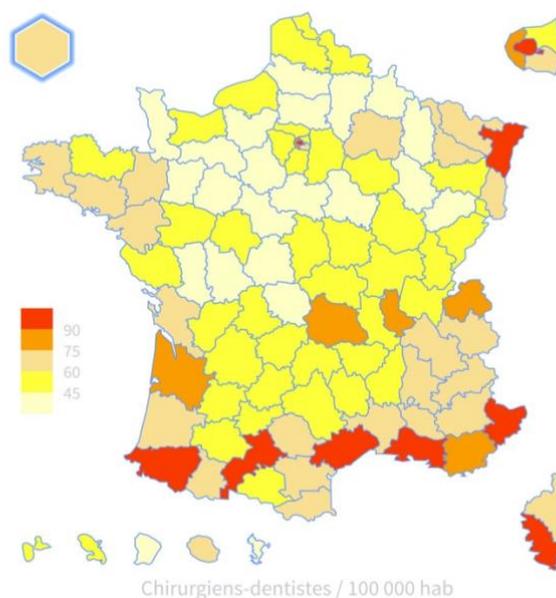


Figure 4 : Répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire français, situation au 22 Avril 2020 (source, ONCD)

1.2.4.3. Épidémiologie des violences faites aux femmes en Haute-Normandie et lutte contre ces violences

La Haute-Normandie s'inscrit dans des statistiques de la moyenne nationale par rapport aux autres territoires français concernant le nombre de décès liés aux violences faites aux femmes rapporté au million d'habitants. En effet, cette région est située à la 10^{ème} place sur 22 en 2003-2004. (36)

En Seine-Maritime, en 2017, 966 faits de violences et 329 agressions à caractère sexuel ont été enregistrés par les services de Police et de Gendarmerie. Les trois Parquets (Rouen, Le Havre et Dieppe) ont enregistré 1230 procédures dans le cadre des violences conjugales en 2017 (1257 en 2016). (37)

La Figure 5 montre que la Normandie (région composée des anciennes Basse-Normandie et Haute-Normandie) a un nombre de femmes victimes enregistrées par les forces de sécurité qui est, d'après les données du Ministère de l'Intérieur, comparable à celui de la France métropolitaine. (38)

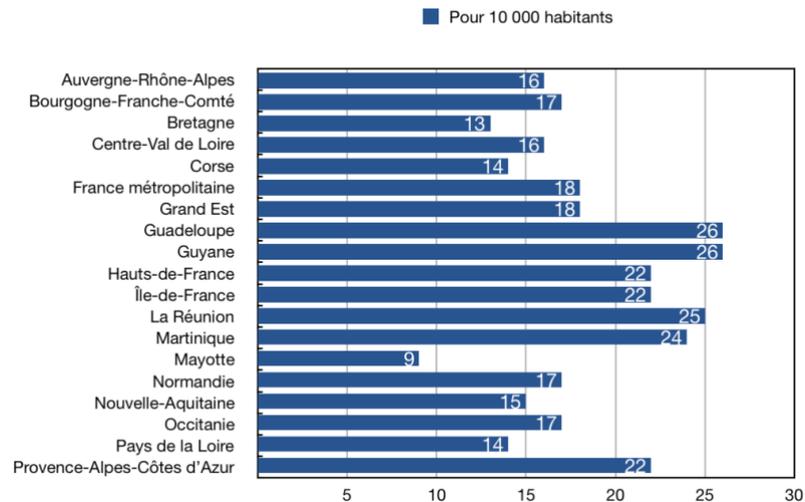


Figure 5 : Crimes et délits commis au sein du couple - nombre de femmes victimes enregistrées par les forces de sécurité en 2018 pour 10 000 femmes résidentes , source SSMSI (2020) (38)

La Haute-Normandie est concernée par la lutte contre les violences faites aux femmes et bénéficie de plusieurs campagnes de prévention et sources d'informations régionales. En effet, le site internet par exemple du Département de la Seine-Maritime concentre toute information utile à destination des victimes. Des liens permettent de fermer rapidement la fenêtre de navigation internet et de supprimer l'historique de son navigateur, garantissant ainsi que la victime puisse chercher des informations à l'abri du regard de son agresseur, garantissant au mieux sa sécurité. (39)

Aussi, la Direction Régionale (DRDFE) et les Délégués Départementaux aux Droits des Femmes et à l'Égalité entre les Femmes et les hommes (DDDFE) de Normandie ainsi que les signataires du Protocole département de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes de Seine-Maritime se sont associés pour réaliser des vidéos pédagogiques publiées sous forme de DVD intitulé « *Violences faites aux femmes : quelles réponses ?* ». Il s'agit d'un outil à destination de tout professionnel susceptible d'être au contact de femmes victimes de violence. Cet outil pédagogique a pour but de créer des protocoles à l'échelle départementale avec des partenaires locaux, sur le terrain. (40)

1.3. Objectifs de l'étude

1.3.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette enquête par questionnaire était **d'évaluer les attitudes et connaissances des chirurgiens-dentistes** concernant la prise en charge des femmes victimes de violence dans les départements de l'Eure et de Seine-Maritime.

1.3.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient **d'identifier les facteurs pouvant influencer la prise en charge des femmes victimes** de violence et notamment les obstacles à celles-ci, ainsi que **d'évaluer le besoin de formation** des professionnels sur le sujet des violences faites aux femmes.

En résumé :

- **223 000** femmes **victimes** de violences conjugales par an en France ;
- **Conséquences générales** : sur la santé physique, sexuelle et génésique, mentale et comportementale ;
- **Conséquences sur la santé orale** : traumatismes, négligence et phobie dentaire augmentées chez les victimes ;
- **Recommandations de bonnes pratiques** concernant le **repérage** des femmes victimes de violence (OMS 2017, HAS 2019) ;
- La **loi punit** les violences faites aux femmes (délits et crimes) ;
- **Outils** mis à disposition des chirurgiens-dentistes : fiches de conduite à tenir, affiches, formations, référents violences départementaux, contacts associatifs ;
- Le **CMI** a une valeur médico-légale et engage la responsabilité du praticien qui le rédige ;
- Le **secret médical** doit être respecté, y compris dans les situations de violence, à l'exception des victimes mineures et/ou présentant une incapacité physique ou psychique ;
- L'Eure et la Seine-Maritime : 1 850 000 habitants, **788 chirurgiens-dentistes** ;
- Situations de violences comparables aux données nationales (violences et infractions à caractère sexuel) ;
- Campagnes de lutte contre les violences faites aux femmes à l'initiative des DDDFE et DRDFE dans l'Eure et la Seine-Maritime, dans un contexte de lutte nationale contre les violences faites aux femmes.
- **Objectif principal** : évaluer les **attitudes et les connaissances** des chirurgiens-dentistes de l'Eure et de Seine-Maritime
- **Objectifs secondaires** : **identifier les facteurs** pouvant influencer la prise en charge des victimes et évaluer le **besoin en formation**

2. Matériel & Méthodes

2.1. Type d'étude

Une enquête a été envoyée aux chirurgiens-dentistes de ville de l'Eure et de la Seine-Maritime au mois de Janvier 2020. Il s'agit d'un travail de **statistiques descriptives**. Cette enquête constitue donc une **étude observationnelle descriptive transversale**.

2.2. Formalités administratives

En premier lieu, une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (**CNIL**) via l'Université de Lille a été réalisée. En effet, les données de santé sont dites à caractère sensible. Le but de cette déclaration est de garantir aux sujets répondant à l'enquête l'entier respect de leur vie privée, conformément à la Loi n°78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. (41)

Un récépissé de déclaration de conformité de l'étude a été reçu par courriel le 31 Octobre 2019, disponible en Annexe 4.

De plus, **l'anonymat des sujets** était garanti par l'utilisation du logiciel « Lime Survey ». En effet, après élaboration, l'enquête a été transmise au service informatique de l'Université de Lille, créant ainsi le questionnaire à diffuser via un logiciel (le logiciel « Lime Survey ») garantissant une récolte des données anonymes et un stockage de celles-ci sur des serveurs sécurisés de l'Université.

Il est toutefois important de noter que notre enquête était dirigée vers les praticiens, sans donnée nécessaire provenant de dossiers patients.

2.3. Période

Le calendrier a été réalisé au préalable, en choisissant une période arbitraire de deux mois pour le recueil des données.

L'envoi du questionnaire par mail a été réalisé à la date du **20/01/2020**, par le Conseil Département de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de l'Eure et par l'Organisation Départementale de Formation Odontologique Continue pour les praticiens de Seine-Maritime (ODFOC). (cf. 2.7.1. Méthode de diffusion du questionnaire).

Un rappel par courriel à J+31 (soit le 20/02/2020) a été réalisé, dans le but d'augmenter le nombre de réponses reçues ou pour encourager les praticiens qui avaient commencé à répondre à l'étude de finir de compléter le questionnaire, précisant aux praticiens la date de fin de réception des réponses.

Puis nous avons mis une date de **fin à la réception des réponses, le 20/03/2020**, soit 2 mois après le premier envoi de l'enquête.

Le questionnaire était composé d'une lettre d'information en préambule pour présenter l'intérêt de l'étude et informer les praticiens du caractère cadré de celle-ci. La note d'information précisait le nombre de questions, le temps estimé (15 minutes) ainsi que le caractère anonyme des réponses récoltées. Elle précisait aussi le fait que seuls les praticiens de l'Eure et de Seine-Maritime étaient invités à répondre au questionnaire et les praticiens dont l'exercice est totalement hospitalier ne l'étaient pas.

2.4. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire est structuré. Il est divisé en **deux grandes parties**. Il est disponible en Annexe 5.

La première partie concerne **les attitudes des praticiens** vis-à-vis de la prise en charge des femmes victimes de violences, elle-même divisée en trois items : le dépistage des victimes, l'action des praticiens vis-à-vis des victimes et pour finir, leur formation concernant les violences.

La deuxième partie aborde **les données démographiques** des sujets répondant à l'enquête.

Les questions sont au nombre de 26 au total. Dix-sept concernent les attitudes des praticiens face à la violence faites aux femmes et 9 questions concernent le recueil des données démographiques. Le questionnaire comptabilise quasiment uniquement des formats de réponses standardisés pour faciliter le traitement des résultats : en effet, on compte 20 questions à réponse unique et 6 questions à réponses multiples.

Une échelle numérique d'auto-évaluation est utilisée pour les questions 6, 8 et 9. La durée pour répondre à la totalité du questionnaire est estimée à une quinzaine de minutes.

2.4.1. Choix des questions d'évaluation des pratiques professionnelles

Le questionnaire a été élaboré après lecture de différentes enquêtes menées entre 2009 et 2017 en Arabie Saoudite (8), Inde (5), États-Unis (7,42) et aux Pays-Bas (6) sur le sujet des chirurgiens-dentistes et les violences faites aux femmes.

2.4.2. Les questions administratives et sociodémographiques

Ces questions comprennent ainsi les caractéristiques personnelles et professionnelles de la population étudiée : sexe, âge, ville de diplôme et année, département d'exercice, description du lieu d'exercice, existence d'une autre activité (hors activité libérale) ainsi que l'exercice d'une éventuelle spécialité dans le domaine de la chirurgie-dentaire.

2.4.3. Le questionnaire de l'enquête : composition en trois parties

2.4.3.1. Attitudes concernant le dépistage des femmes victimes de violences

Le dépistage des victimes est concerné par toutes les questions relatives au **repérage**, aux **cas éventuels** rencontrés par le professionnel, aux **limites rencontrées** par celui-ci et l'évaluation d'un score sur les **capacités à aborder le sujet** des violences avec les patientes.

2.4.3.2. Attitudes concernant la prise en charge des victimes : les actions du chirurgien-dentiste

La partie « actions » des chirurgiens-dentistes a pour but de savoir si le praticien a une **liste pour adresser** sa patiente à des professionnels, **évaluer par score ses compétences** concernant la prise en charge des victimes (du point de vue traumatologique, rédaction d'un CMI, évaluation d'une ITT, accompagnement des victimes et enfin orientation de celles-ci).

2.4.3.3. Connaissances et formations des praticiens au sujet des violences conjugales

La **formation et les connaissances concernant la prise en charge** de femmes victimes de violences et sur l'existence d'outils spécifiques comportent encore une auto-évaluation par score numérique du niveau de formation initiale et continue, et des questions évaluant les connaissances de l'obligation de formation continue, de l'existence de formation en ligne proposée par l'ONCD et si elle a été réalisée, des outils proposés et de leur utilisation, de l'existence des référents départementaux, des conséquences physiques des violences, du numéro d'écoute et d'informations gratuit et enfin de l'existence de consultations spécialisées dans certains hôpitaux.

2.5. Population

2.5.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient donc :

- les **praticiens diplômés** du Doctorat en chirurgie-dentaire ;
- exerçant dans les départements de **Seine-Maritime et/ou de l'Eure** ;
- dans un **cabinet libéral ou une autre structure** (centre dentaire, centre mutualiste).

La population étudiée était constituée des **sujets ayant répondu à l'enquête**.

2.5.2. Critère de non inclusion

Un critère de non inclusion était les **praticiens exerçant uniquement en milieu hospitalier** pour éviter un biais de sélection. En effet, les praticiens en odontologie

hospitalière sont susceptibles de recevoir des formations particulières et des conduites à tenir concernant certaines prises en charge spécifiques, créant ainsi un biais au sein de notre étude, ce qui pourrait rendre les **résultats non applicables** à la population étudiée.

2.5.3. Critères d'exclusion

Les **questionnaires incomplets** n'ont pas été traités.

2.6. Méthode de diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé **en ligne via un lien internet**, envoyé aux adresses électroniques valides des praticiens par le **Conseil de l'Ordre Départemental de l'Eure**. En effet, suite à une demande officielle auprès du Président du Conseil Départemental des chirurgiens-dentistes de l'Eure, un accord a été obtenu de leur part pour diffuser le questionnaire directement aux praticiens. En Seine-Maritime la diffusion par voie électronique a été réalisée par l'ODFOC (**Organisation Départementale de Formation Odontologique continue**), après proposition de diffusion du lien du questionnaire par l'Ordre Départemental de Seine-Maritime sur leur intranet.

Cette méthode de diffusion, par voie électronique, a été approuvée par la Commission Informatique et Libertés de l'Université de Lille.

2.7. Analyse statistique des données

À la suite de la date butoir de fin de récolte des données (le 20 Mars 2020), l'analyse des données a été faite sur Microsoft Excel® (version 2019, système d'exploitation macOS) après exportation de la base de données acquises à partir du logiciel « Lime Survey ». Une **analyse des données descriptive uni variée, puis bi variée** ont été réalisées.

En résumé :

- Il s'agissait d'une **étude observationnelle descriptive transversale**
- Déclaration réalisée auprès de la **CNIL**, données stockées sur serveurs sécurisés
- Période de l'étude : **20/01 au 20/03/20** (rappel le 20/02/20), envoi par mail du questionnaire via **l'Ordre Départemental de l'Eure et via l'ODFOC** en Seine-Maritime
- Critères d'inclusion : praticiens thésés exerçant dans l'Eure et/ou en Seine-Maritime
- Critères de non-inclusion : praticiens exerçant en milieu hospitalier uniquement
- Critères d'exclusion : questionnaires incomplets
- Analyses statistiques : **tableur Excel®**, analyse uni variée et bi-variée

3. Résultats de l'étude

L'ensemble des résultats des analyses uni-variée et bi variées est disponible en Annexe 6 et Annexe 7.

3.1. Description du groupe étudié

La **taille du groupe** de cette étude était de **102 sujets**. Le **taux de participation** était de **24,28%**, et le nombre de questionnaires exclus car incomplets était de 56.

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

3.1.1.1. Données démographiques

3.1.1.1.1. Sexe

Les **femmes** ayant répondu au questionnaire étaient au nombre de **57 (55,88%)** tandis que les **hommes** étaient **45 (44,12%)**.

3.1.1.1.2. Âge

La distribution des âges des répondants était comme suit :

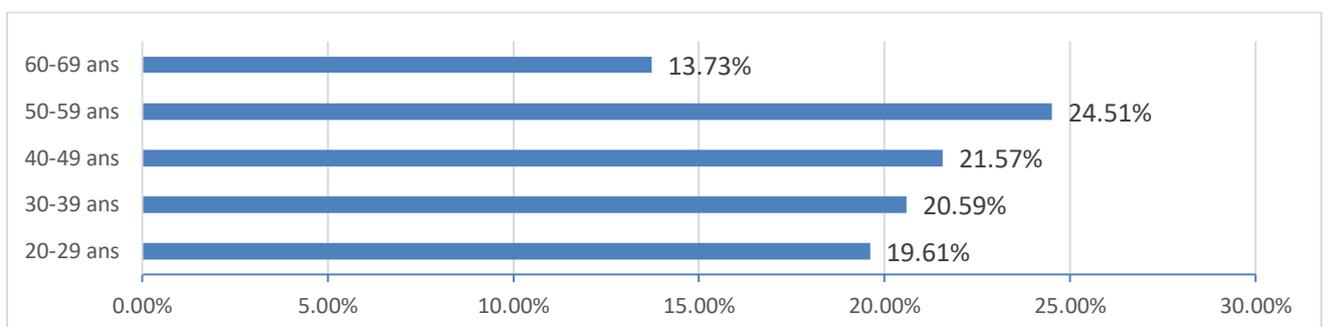


Figure 6 : Distribution des sujets en fréquences par tranches d'âge (n=102)

L'**âge moyen** calculé était de **43,6 ans \pm 12,6** tandis que l'âge médian était de **43,5 ans**. Le score minimum était 25 ans et le score maximum était 68 ans. (Figure 6)

3.1.1.2. Données liées au Diplôme de Doctorat en chirurgie-dentaire

3.1.1.2.1. Faculté d'origine

Les praticiens ayant répondu à l'enquête proviennent de **13 Facultés** de Chirurgie-Dentaire différentes. La majorité d'entre eux ont sont diplômés de la Faculté de Reims et de Lille. La catégorie « autres » comprend les facultés de Cluj Napoca, lasu et Timisoara en Roumanie ainsi que Porto au Portugal. Un sujet n'a pas souhaité communiquer cette donnée ce qui classe sa réponse dans la catégorie « inconnue ». (Figure 7)

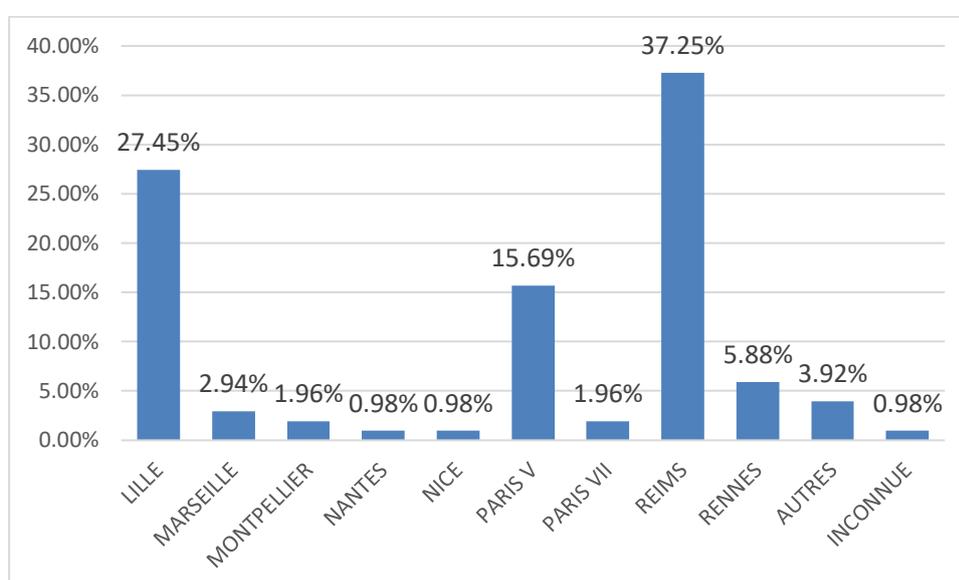


Figure 7 : Distribution des fréquences des sujets selon leur faculté d'origine (n=102)

3.1.1.2.2. Année de thèse

La répartition des années d'obtention du diplôme d'État de Docteur en Chirurgie-Dentaire des sujets ayant répondu à l'étude était comme suit. Elles ont été classées par groupe de 10 ans. (Figure 8)

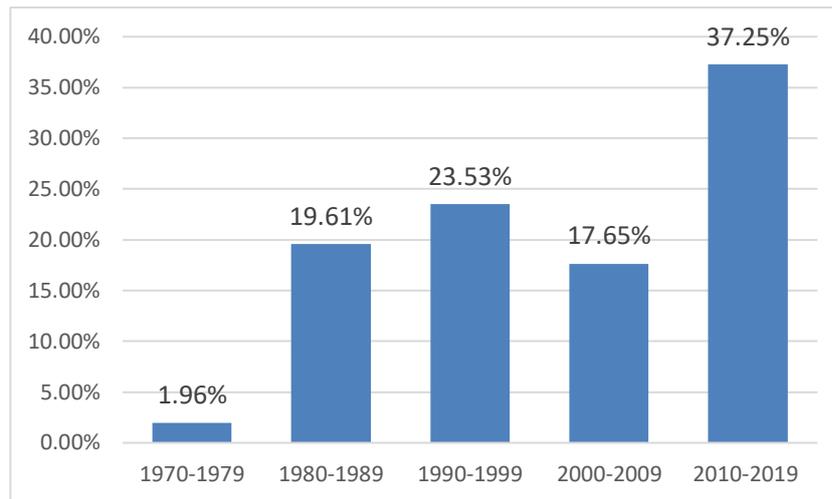


Figure 8 : Distribution des fréquences des sujets selon leur année d'obtention de thèse regroupée en classes (n=102)

3.1.1.3. Données sur les différents exercices : lieux, structures et types

3.1.1.3.1. Département d'exercice

Le nombre de praticiens exerçant dans le Département de l'**Eure** parmi les répondants était de 40 (**39,22%**) tandis que les praticiens exerçant en **Seine-Maritime** étaient 62 (**60,78%**).

3.1.1.3.2. Milieu urbain ou rural

Les participants exerçaient en majorité en milieu urbain. (Tableau 5)

Tableau 5 : Distribution des nombres et fréquences des praticiens selon leur lieu d'exercice (n=102)

Lieu d'exercice	Nombre de sujets	Fréquence
Urbain	64	62,75%
Rural	38	37,25%

3.1.1.3.3. Type de structure d'exercice

La structure d'exercice la plus représentée est le **cabinet libéral** et plus particulièrement le cabinet libéral de groupe, le centre dentaire est la structure la moins représentée avec 0,98% des répondants. (Figure 9)

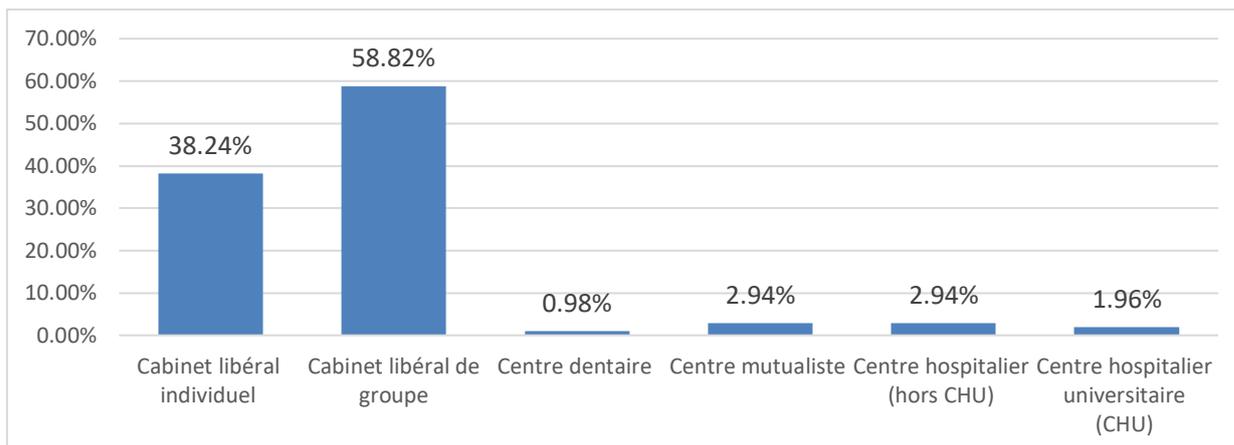


Figure 9 : Distribution des fréquences des répondants fonction de leur structure d'exercice (n=102)

3.1.1.3.4. Exercice d'une spécialité ou omnipraticien

Une large **majorité** des individus décrivent leur exercice comme de **l'omnipraticien**. Neuf praticiens au total se décrivent comme spécialisés, soit 8,82%. Les autres orientations correspondent à deux praticiens décrivant un exercice d'implantologie exclusive ainsi qu'un praticien endodontiste exclusif. (Tableau 6)

Tableau 6 : Distribution des nombres et fréquences des sujets selon leur spécialité d'exercice (n=102)

Activité	Nombre de sujets	Pourcentage
Omnipraticien	93	91,18%
Spécialiste en Médecine Bucco-Dentaire	1	0,98%
Spécialiste en Chirurgie Orale	2	1,96%
Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale	3	2,94%
Autre orientation	3	2,94%

3.1.1.4. Données sur des activités annexes pouvant influencer la prévention des violences

Le nombre de **praticiens** ayant été impliqué ou actuellement impliqué **dans une ou plusieurs associations** était de 68. Parmi ce nombre total de praticiens, 15 (**22,06%**) pensaient qu'au moins une des associations à laquelle ils participent pouvait avoir un **impact sur la prévention** des violences faites aux femmes. (Figure 10)

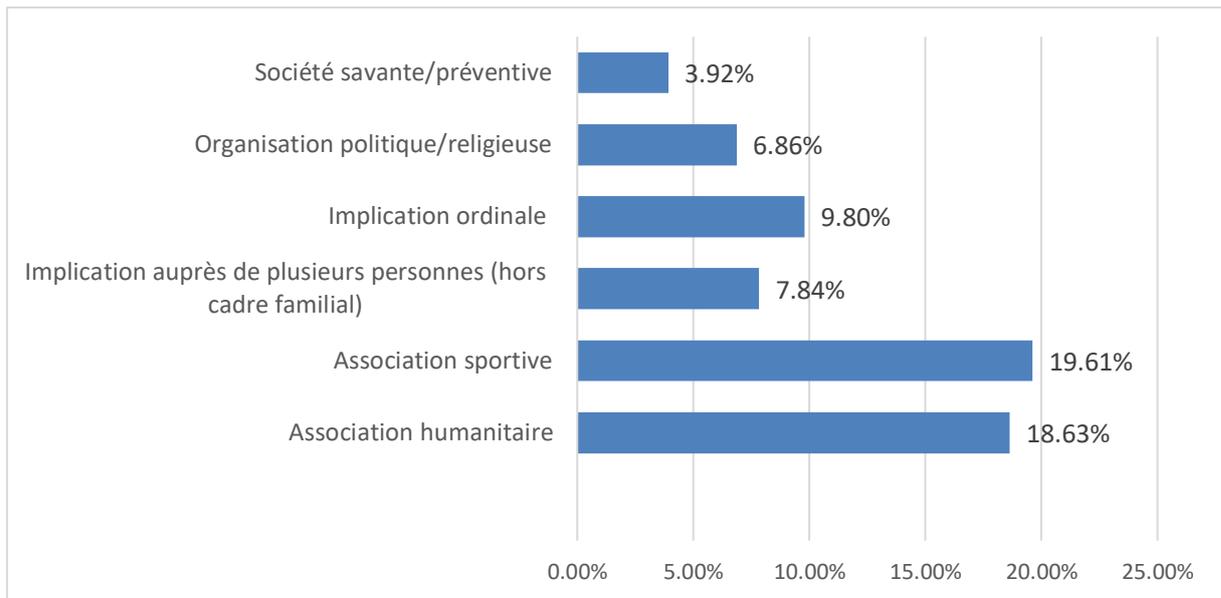


Figure 10 : Distribution en pourcentage des répondants par implication associative (n=68)

3.2. Description des attitudes et connaissances des chirurgiens-dentistes face aux violences faites aux femmes

3.2.1. Attitudes concernant le dépistage des femmes victimes de violences

3.2.1.1. Résultats issus de la population globale concernant le dépistage

3.2.1.1.1. Repérage systématique et mode de communication

La **majorité** des praticiens ayant répondu au questionnaire ont répondu qu'ils **ne procédaient jamais au repérage des** violences faites aux femmes au cours de leurs consultations. (Figure 11)

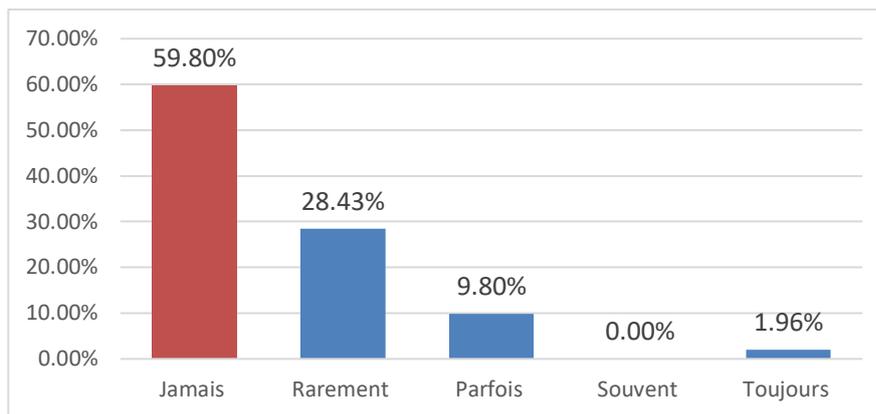


Figure 11 : Distribution des fréquences de repérage des violences faites aux femmes par les praticiens au cours de leurs consultations (n=102)

Pour un repérage des violences, deux possibilités de communication existent : orale et écrite. Les différentes modalités possibles choisies par les praticiens concernant ce mode de communication ont été évaluées à la question 2.

Le Tableau 7 démontre que les praticiens répondants favorisent la **communication orale** par rapport à la communication écrite lorsque les praticiens souhaitent repérer des violences.

Tableau 7 : Distribution en nombre et pourcentages des modalités de repérage des violences utilisées par les praticiens (n=47)

Mode de repérage	Effectif	Fréquence
Oral	42	89,36%
Écrit	5	10,64%

3.2.1.1.2. *Patiente victime de violence : cas rencontrés*

Les praticiens ayant répondu à l'enquête disent avoir rencontré au cours de leur carrière des **cas de violences supposées** pour **30,39% d'entre eux et 19,60%** en ce qui concerne des **cas avérés**. Plus de la moitié des réponses en revanche mettent en avant des praticiens déclarant ne pas avoir rencontré de cas de victime de violences (52,94%). (Tableau 8)

Tableau 8 : Distribution en effectif et fréquence du repérage des cas de violences par les praticiens (n=102)

Repérage de cas de violence par le praticien	Effectif	Fréquence
Oui (supposés)	31	30,39%
Oui (avérés)	20	19,60%
Non	54	52,94%

3.2.1.1.3. Interrogation de la patiente

La proportion de praticiens répondant à l'enquête disant avoir interrogé leurs patientes à propos des violences est quasiment équivalente à la proportion des praticiens disant ne pas l'avoir fait. (Tableau 9)

Tableau 9 : Interrogation de la patiente au sujet des violences par le chirurgien-dentiste (n=54)

Patiente interrogée par le praticien au sujet des violences	Effectif	Fréquence
Oui	28	51,85%
Non	26	48,15%

3.2.1.1.4. Limites rencontrées par le praticien

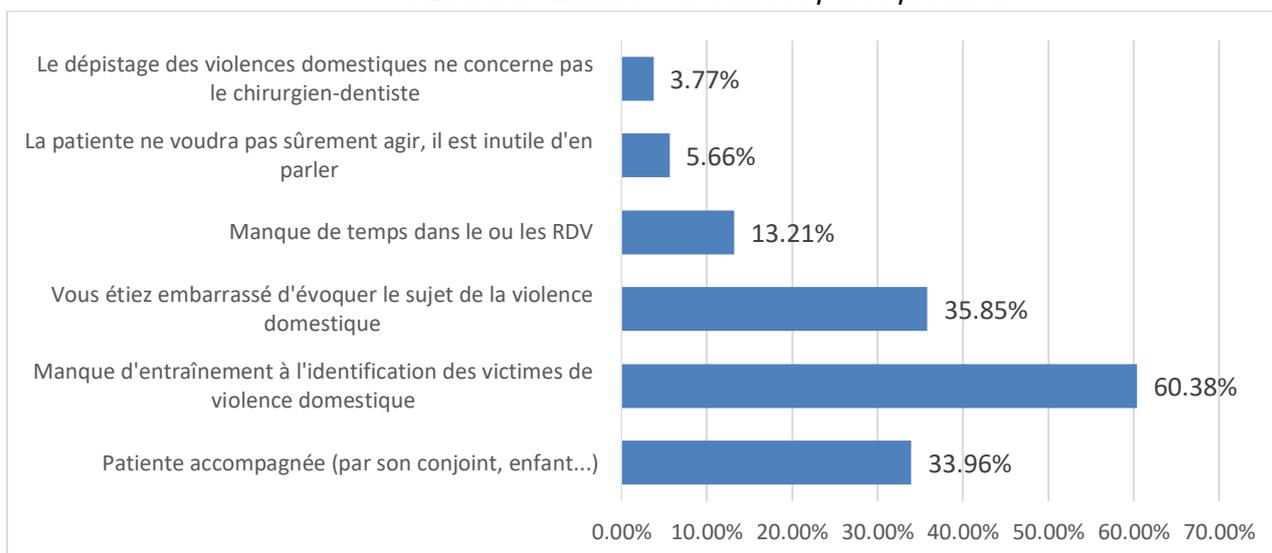


Figure 12 : Motifs indiqués par les praticiens empêchant d'aborder le sujet des violences auprès d'éventuelles victimes (n=53)

D'après la Figure 12, les praticiens ressentent de nombreux obstacles empêchant d'aborder le sujet des violences domestiques avec leurs patientes. Les problèmes les plus ressentis par les chirurgiens-dentistes d'après notre enquête sont par ordre de fréquence :

- le **manque d'entraînement à l'identification des victimes** (60,38%) ;
- le **fait d'être embarrassé d'en parler** (35,85%) ;
- le fait que **la patiente ne soit pas seule en consultation** (33,96%).

L'évaluation par un score de 0 à 10 de leur **capacité à aborder le sujet des violences** en consultation a été réalisée, 10 étant le score maximal. Le mode (variable la plus fréquente de la population étudiée) était égal à 5/10. Le score moyen était de **3,92/10±2,64**. Enfin, la médiane était de 4/10.

3.2.1.2. Résultats en sous-groupes concernant le dépistage

Le **dépistage par le repérage** des femmes victimes de violences paraît être **réalisé plus fréquemment par les répondants de sexe féminin**. Aussi, 3,51% des femmes ont répondu « toujours », or 100% des réponses « toujours » ont été données par des femmes.

Figure 13)

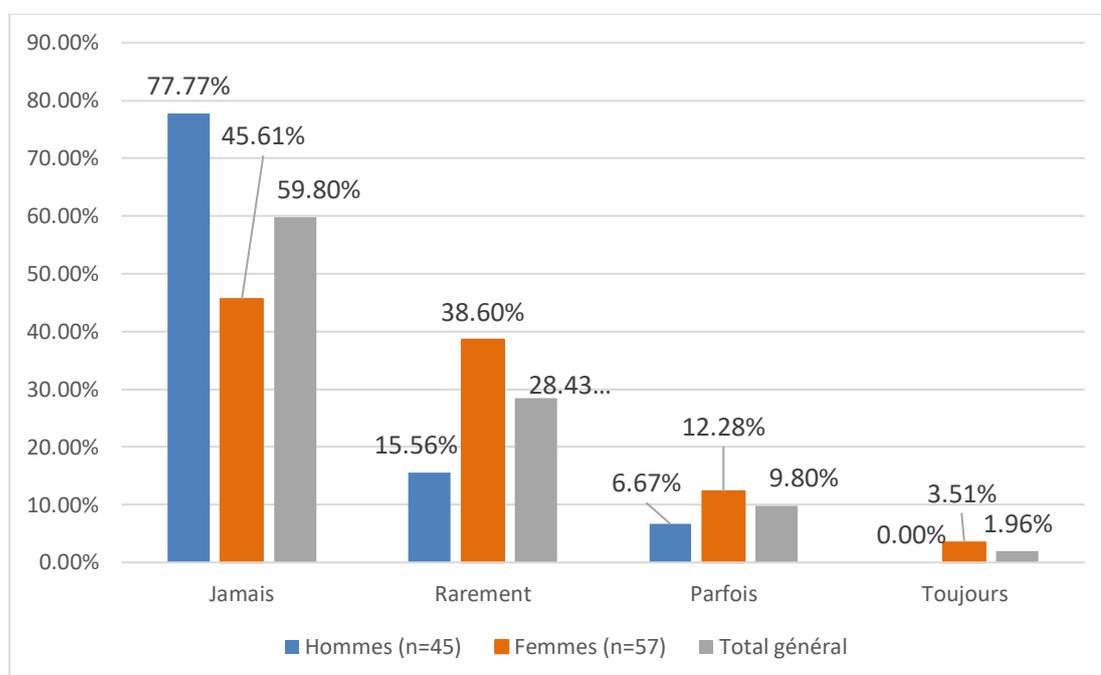


Figure 13 : Distribution des réponses de fréquence de repérage des victimes réalisé en cours de consultations par rapport au genre des répondants (n=102)

Les données d'âge des répondants ont été rapprochées avec la fréquence de repérage des victimes réalisé. Il apparaissait que les 2 classes d'âge **ayant répondu le plus « jamais » sont les 40-49 ans et les 50-59 ans.** (Figure 14)

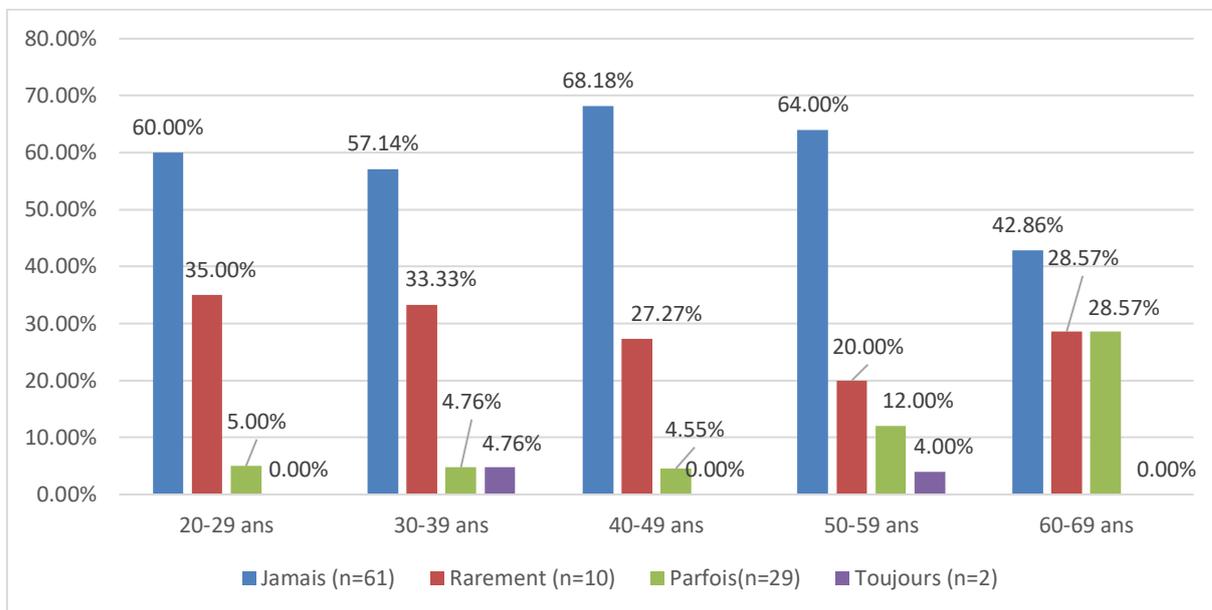


Figure 14 : Distribution de la fréquence de repérage des victimes par classe d'âge (n=102)

Chez les praticiens ayant eu un cas de victime supposée et/ou avérée, le questionnaire demandait si le praticien avait interrogé la victime à propos des violences (question 4 de l'enquête). **Ce sont les classes 40-49 et 50-59 ans qui interrogent davantage leurs patientes en cas de suspicion** (majorité des réponses « oui » à la question 4). La classe 60-69 ans avait le plus faible score positif. (Figure 15)

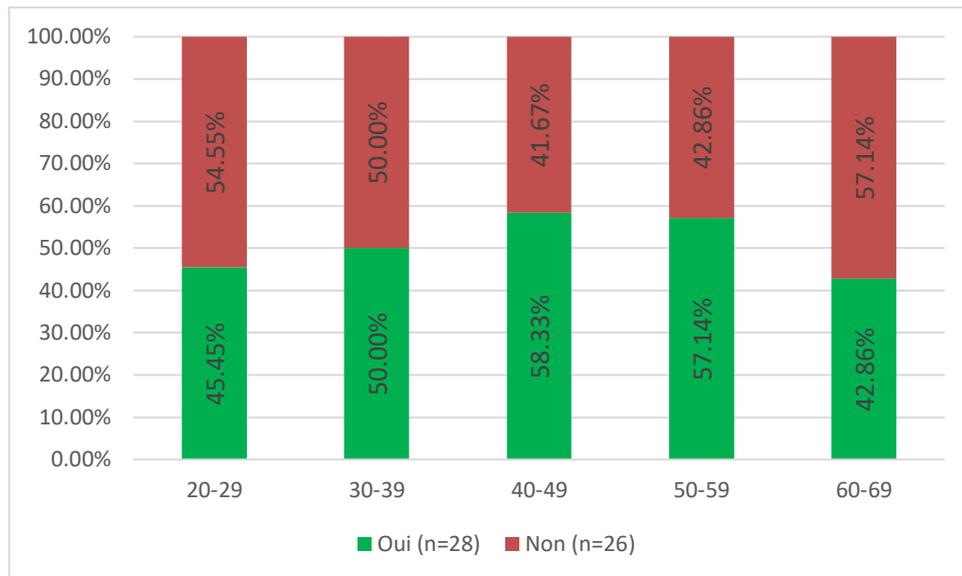


Figure 15 : Distribution des fréquences des réponses "Oui" et "Non" à la question « avez-vous interrogé la patiente sur des violences supposées ou avérées ? » (n=54)

En mettant en rapport le sexe des répondants et les différentes barrières existantes, empêchant la réalisation d'un dépistage des victimes, il apparaissait que parmi les hommes, 42,31% notaient un manque d'entraînement à l'identification des victimes. Parmi les femmes, elles étaient 37,50%. **Le manque d'entraînement** était donc la **première raison évoquée** quand les praticiens étaient interrogés sur les barrières limitant la possibilité de dépistage, **tout sexe confondu**.

Aussi 5,36% de femmes pensaient qu'il est inutile de parler du sujet des violences à une éventuelle victime parce qu'elle ne voudra probablement pas agir. La totalité des répondants à avoir déclaré cet obstacle au dépistage sont des femmes.

Le **manque de temps** est une barrière au dépistage **plus évoquée par les femmes** que par les hommes. (Figure 16)

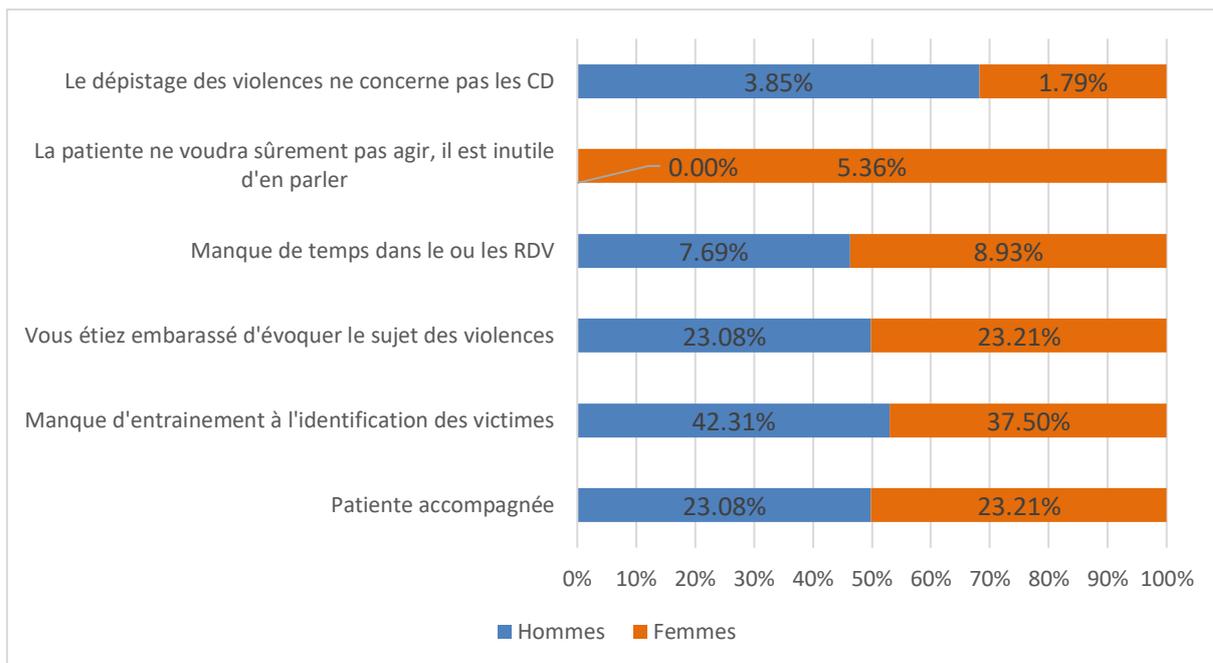


Figure 16 : Distribution des limites (en pourcentages) empêchant le dépistage des victimes de violence par sexe des répondants (n=53)

Le manque d'entraînement est la limite la plus déclarée toutes classes d'âge confondues, exceptée chez les 30-39 ans qui, en première position, évoquent le fait d'être embarrassés d'évoquer le sujet des violences avec leurs patientes. Les sujets de 30 à 49 ans n'ont pas évoqué le problème du temps manquant sur leur temps de travail, contrairement aux moins de 29 ans et aux plus de 50 ans. (Figure 17)

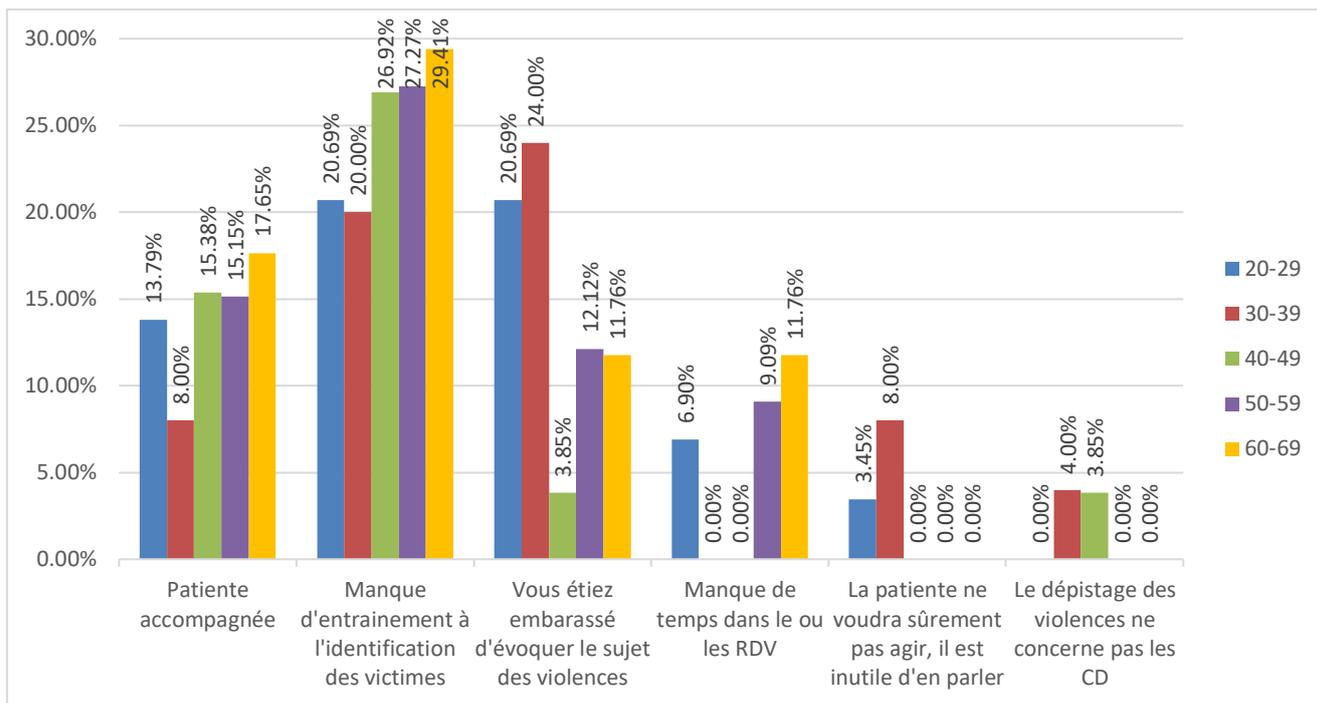


Figure 17 : Distribution des limites au dépistage par classes d'âge (n=53)

3.2.2. Attitudes concernant la prise en charge des victimes : les actions du chirurgien-dentiste

3.2.2.1. Résultats concernant les actions issues de la population globale

3.2.2.1.1. Liste de professionnels à disposition

Comme le présente le Tableau 10, la **grande majorité** des répondants, n'avait **pas de liste à disposition** dans leur structure d'exercice pour orienter une éventuelle victime vers un professionnel spécialisé comme un avocat ou un travailleur social par exemple.

Tableau 10 : Effectif et fréquence des praticiens ayant une liste de spécialistes pour adresser des victimes (n=102)

Liste pour orienter une victime	Effectif	Fréquence
Oui	11	10,78%
Non	91	89,22%

3.2.2.1.2. *Compétences autoévaluées de prise en charge*

Gestion des traumatismes physiques

Une autoévaluation concernant la gestion des traumatismes physiques par les praticiens a été réalisée. Le score moyen était de **3,65/10** \pm 2,86. La médiane était de 3/10. Le mode était le score minimum de 0/10 avec 20,59% de fréquence. La distribution de ce score montre que 18,63% des praticiens interrogés s'autoévaluaient à 5/10.

Rédaction d'un certificat médical initial

Les praticiens ont autoévalué leur capacité à rédiger un CMI et la moyenne était de **4,73/10** \pm 3,26. La médiane était de 5/10. Plus de 19% des praticiens s'autoévaluaient à 0/10, le deuxième score le plus représenté étant le score de 8/10 à hauteur de 15,69%.

Évaluation d'une ITT

Après rappel aux praticiens interrogés de la définition de l'ITT, le score moyen pour l'évaluation de celle-ci était de **1,58/10** \pm 2,25, la médiane calculée était de 0/10. Le score le plus largement représenté était le score nul soit 0/10, à une fréquence de 50,98%. Au niveau des scores les plus élevés, la distribution des effectifs était faible.

Prise en charge psychologique et accompagnement

L'évaluation de la capacité à accompagner les victimes de violences a révélé un score moyen de **2,58/10** \pm 2,31. La médiane était de 2/10. Ce sont les scores les plus faibles qui recensaient le plus de praticiens. La majorité des praticiens (29,41%) s'autoévaluaient à 0/10.

Orientation vers des professionnels

Il a été demandé aux sujets interrogés d'évaluer leurs capacités à orienter vers des spécialistes comme des travailleurs sociaux. Le score moyen était alors de **4,27/10** \pm 3,07. La médiane était de 4,5/10. La majorité des répondants se sont évalués au score de 5/10 (fréquence de 19,61%).

3.2.2.2. Résultats en sous-groupes concernant les actions menées par les chirurgiens-dentistes

Le score **0/10** était la variable la plus représentée chez les hommes sur l'ensemble des items évoqués à la question 8, soit les différentes compétences scorées par les praticiens en autoévaluation décrites en 3.2.2.1.2.

Les courbes entre hommes et femmes sont très semblables et ont des tendances identiques (pics et allures). En revanche, **les femmes présentent plus de scores supérieurs à 5/10 par rapport aux hommes.**

Sur tous les scores de compétences autoévaluées, il y a plus de praticiens exerçant en milieu urbain qui se sont évalués au score de 0/10 que les praticiens exerçant en milieu rural. On note de meilleurs scores chez les praticiens du milieu urbain concernant l'orientation des victimes vers des professionnels tandis que les praticiens ruraux s'évaluaient mieux sur l'item de la rédaction d'un CMI.

Les courbes représentant la distribution des scores par items, par genres et par lieux d'exercice sont disponibles en Annexe 8.

3.2.3. Connaissances et formations des praticiens au sujet des violences conjugales

3.2.3.1. Résultats concernant les connaissances et formations issues de la population globale

3.2.3.1.1. Niveau de formation autoévaluée

Formation initiale

Le niveau de formation initiale correspondant à la formation durant les trois cycles universitaires a été évalué. Le score moyen donné par les praticiens était de **0,89/10 \pm 1,85**. Le **mode était 0/10** avec 70,59% des réponses données.

Formation continue

Concernant la formation continue sur le sujet des violences à l'encontre des femmes, le score autoévalué moyen était de **1,14/10 \pm 1,97**. **Le mode était 0/10** avec 62,75% des réponses.

Par rapport à la connaissance de l'obligation de formation continue actuelle de manière générale, la majorité des praticiens ayant répondu à l'enquête, soit 69

chirurgiens-dentistes (67,65%), avait connaissance de l'obligation de formation continue.

3.2.3.1.2. Connaissances diverses liées aux violences et à la pratique de l'art dentaire

Formation en e-learning de l'ONCD

Il a été demandé aux sujets interrogés à la question 11 s'ils connaissaient la formation en ligne réalisée par l'ONCD concernant la prise en charge des femmes victimes de violences et s'ils avaient suivi cette formation. (43)

Les résultats sont présentés sur la Figure 18 ci-dessous.

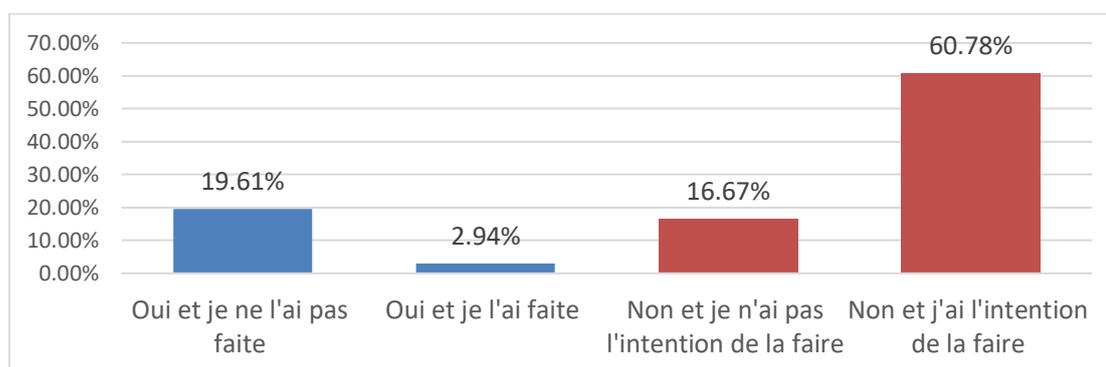


Figure 18 : Distribution en pourcentages des connaissances et intention de faire la formation en ligne de l'ONCD concernant les violences faites aux femmes

Outils mis à la disposition par l'ONCD et leurs utilisations

Les outils comme les affiches ou les exemples de certificats médicaux mis à disposition en ligne par l'ONCD sont connus de 22 des praticiens répondants (**21,57%**). Parmi eux, 8 praticiens les utilisent (36,36%), soit 7,84% du groupe total étudié (n=102).

Référents violences faites à autrui départementaux

Sur l'ensemble des sujets interrogés, **84,31% n'avaient pas connaissance de l'existence des référents** violences départementaux.

Statistiques des blessures par les violences conjugales

Les praticiens ont été interrogés sur leurs connaissances statistiques concernant le domaine des violences conjugales et leurs conséquences traumatiques au niveau oro-facial. **La plupart des personnes interrogées n'avaient pas connaissance de la statistique** suivante : dans plus de 50% des cas de violences conjugales, des

blessures physiques sont situées au niveau de la face, du cou et/ou de la bouche. (16)
(Figure 19)

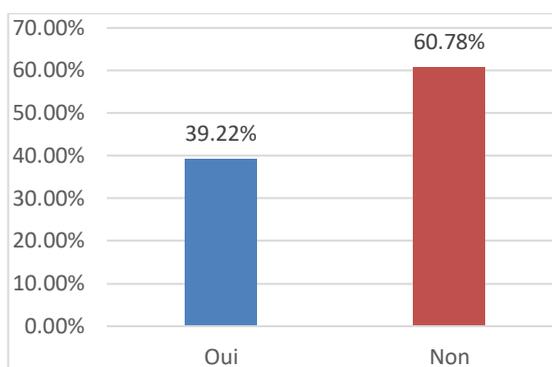


Figure 19 : Connaissance des statistiques de blessures de la tête et du cou en cas de violences conjugales

Le numéro vert 3919

La réponse « non » prédominait à hauteur de **74,51%** à la question concernant la connaissance du numéro 3919 Violence Femmes Info, constituant le numéro national français de référence pour les femmes victimes de violences.

Existence de consultations spécialisées

Comme il était mentionné dans le questionnaire, il existe dans des hôpitaux français des consultations dédiées aux femmes victimes de violences. Ces **consultations spécialisées n'étaient pas connues pour 72,55%** des sujets répondants.

3.2.3.2. Résultats en sous-groupes concernant les connaissances et formations des chirurgiens-dentistes

3.2.3.2.1. *Rapports entre le niveau de connaissances des praticiens et les données d'identification*

Concernant la connaissance de l'obligation de formation continue actuelle (question 10), **la majorité des sujets répondants a répondu « oui »** toutes données démographiques confondues.

À l'exception de la connaissance des outils de l'ONCD, **les praticiennes femmes auraient davantage de connaissances que leurs confrères masculins.**
(Figure 20)

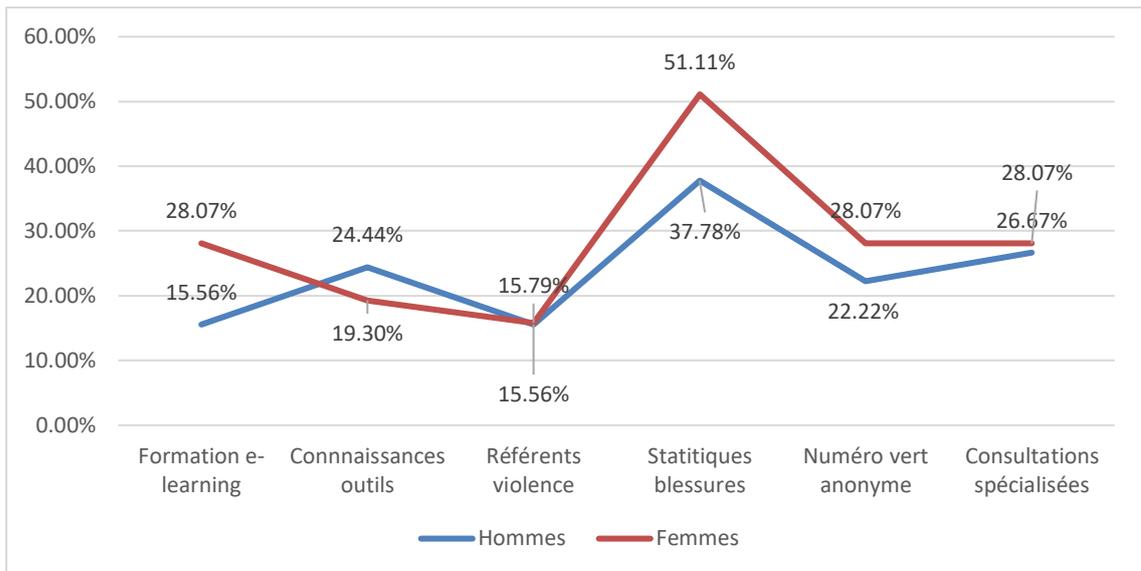


Figure 20 : Distribution des connaissances en fonction du sexe des répondants

La classe d'âge **50-59 ans** était la classe d'âge qui avait un taux de **connaissances le plus élevé**. (Figure 21)

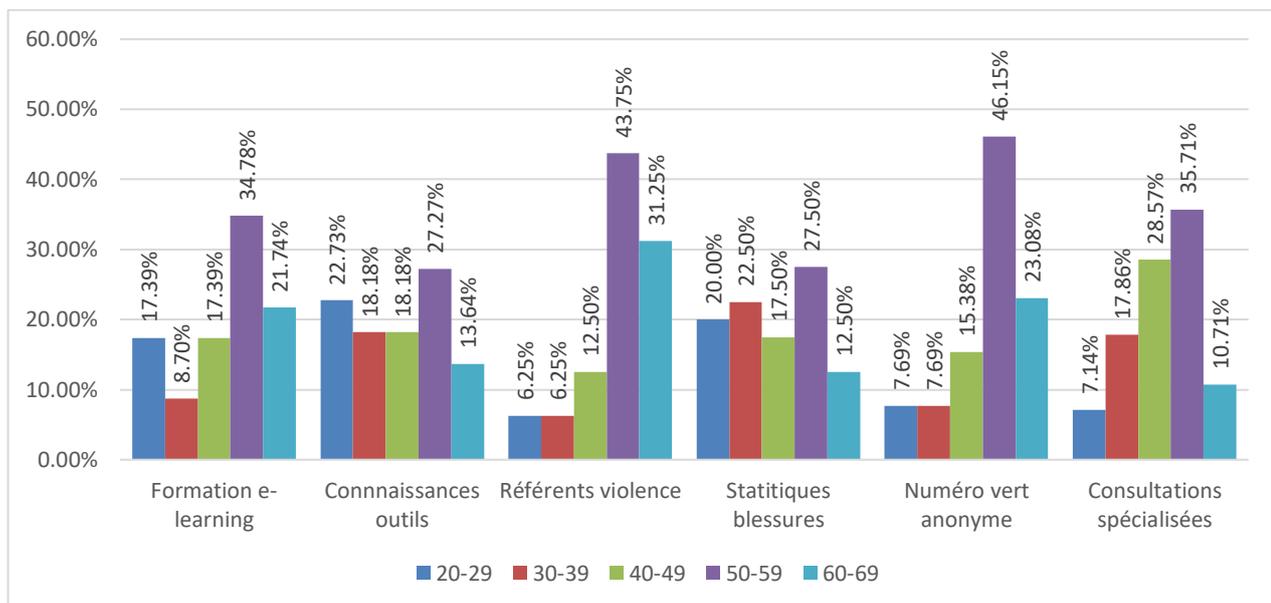


Figure 21 : Distribution des classes d'âge par connaissances acquises (n=102)

En s'intéressant aux résultats de la partie connaissances du questionnaire avec les données démographiques, on a mis en évidence que les praticiens provenant de la faculté de **Rennes** et des **facultés situées en dehors du territoire français**

(Roumanie, Portugal) ont de **meilleures connaissances** que les autres praticiens. (Annexe 7)

Aussi, **les praticiens exerçant en milieu rural** présentent de **meilleurs scores** pour les questions de **connaissances** (11 à 17), à l'exception de la question concernant les statistiques des blessures liées aux violences conjugales (question 15). (Annexe 7)

3.2.3.2.2. Rapports entre les connaissances, le dépistage et la prise en charge des victimes réalisée par les praticiens

Concernant le repérage des violences, **parmi les praticiens repérant le plus les violences en consultations** (ayant répondu qu'ils procédaient « toujours » ou « parfois » au repérage à la question 1), **25%** connaissaient l'existence de la **formation en e-learning**, **50%** le **numéro téléphonique** destiné aux victimes et **33,33%** les **consultations spécialisées** destinées aux victimes.

Parmi les praticiens qui avaient interrogé leurs patientes au sujet des violences supposées ou avérées (réponses « oui » à la question 4), 42,86% avaient connaissance des statistiques de blessures liées aux violences domestiques, 28,57% de la formation en e-learning et 25% des outils mis à la disposition des chirurgiens-dentistes par l'ONCD.

Une analyse bi variée entre les faibles scores (0 à 4/10) des items de la question 8 (correspondant à l'autoévaluation des scores de gestion de traumatisme physique, rédaction d'un CMI, évaluation d'une ITT, accompagnement et orientation des victimes) et les faibles niveaux de connaissances (soit les réponses « non » aux questions 11, 12, 14, 15, 16 17, relatives aux connaissances) a été réalisée. Celle-ci met en évidence que **pour chaque item d'aptitude étudié** avec des praticiens s'autoévaluant à un **score strictement inférieur à 5/10, la grande majorité n'avait pas connaissance** des divers items des questions 11 à 17. À titre d'exemple, près de 82% des praticiens qui s'autoévaluaient entre 0 et 4/10 concernant la gestion des traumatismes physiques n'avaient pas connaissance de la formation en e-learning de

l'ONCD. Près de 87% n'avaient pas connaissance de l'existence des référents départementaux en matière de violence. (Annexe 7)

3.2.3.2.3. Liens entre le niveau de formations et les autres données du questionnaire (données démographiques, connaissances, dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences)

Niveau de formation et données démographiques

Le plus haut score de formation initiale concernant les violences faites aux femmes concerne 6,25% des réponses des sujets issus de la faculté de Paris V.

Sur 13 facultés différentes, 5 d'entre elles avaient 100% de leurs sujets qui avaient répondu 0/10 à la question qui concernait l'autoévaluation de la formation initiale sur les violences faites aux femmes (question 9) : Cluj Napoca, Iasi, Marseille, Nice et Paris VII. Ce score nul a été déclaré par 84,21% des praticiens issus de la faculté de Reims et 60,71% de Lille.

Le score de 8/10 était donné pour 6,25% des sujets issus de la faculté de Paris V et 2,63% des répondants issus de la faculté de Reims. Tandis que le score de 6/10 était le score donné par 16,67% des praticiens issus de Rennes.

(Annexe 7)

Niveau de formation et connaissance de l'obligation de formation continue

Parmi les praticiens (n=69) qui ont répondu « oui » à la question 10 « connaissez-vous l'obligation de formation continue actuelle ? », **56,52%** déclaraient avoir un niveau de formation continue concernant les violences envers les femmes à la hauteur de 0/10, soit une **absence totale de formation sur le sujet**.

Niveau de formation et dépistage

Parmi les praticiens qui ne repèrent jamais les victimes de violences (n=61), 88,52% d'entre eux s'étaient assignés un score de 0/10 en formation initiale. Les praticiens avec un score strictement supérieur à 5/10 en formation initiale et qui ne repéraient en aucun cas les violences en consultation étaient de 0,00%.

Parmi les praticiens ayant déclaré repérer systématiquement les violences (n=2), 50% déclaraient un score de formation initiale concernant les violences faites aux femmes

strictement supérieur à 5/10. **Idem entre les hauts scores de formation continue et une fréquence de repérage systématique.** (Annexe 7)

Niveau de formation et prise en charge des victimes de violences

La Figure 22 présente la distribution des scores de compétences de prise en charge des victimes uniquement pour les praticiens ayant un **score de formation initiale inférieur ou égal à 5/10** (n=97). Sauf rédaction du CMI, toutes les autres actions de **prise en charge** sont majoritairement scorées **entre 0 et 4/10** (inclus). (Figure 22)

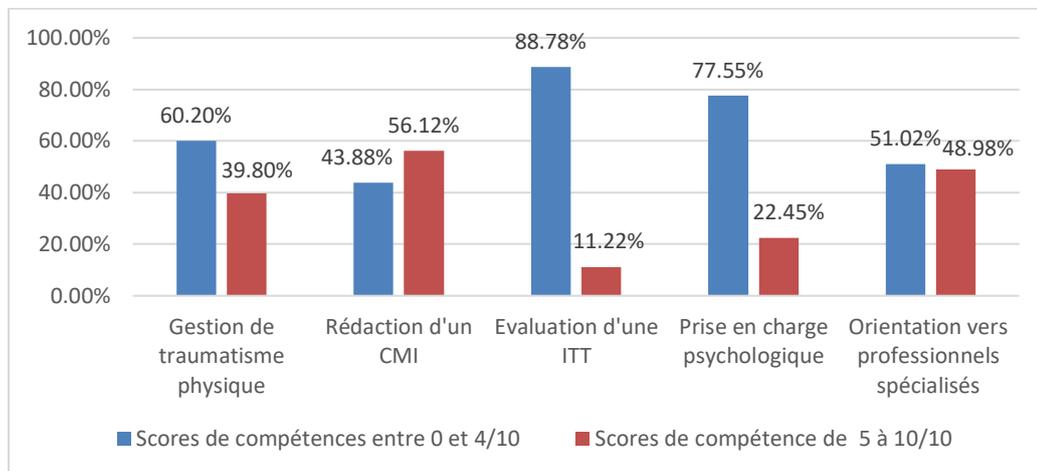


Figure 22 : Distribution des scores de compétences de prise en charge chez les praticiens ayant un score de formation initiale inférieur (ou égal) à 5/10 (n=97)

En résumé :

- **102** répondants dont **45 hommes** et **57 femmes**, âge moyen de **43,6 ans** ;
- Le **taux de participation** était de **24,28%** ;
- Exercice majoritaire en **Seine-Maritime** (60,78%), **milieu urbain** (62,75%), **cabinet libéral** de groupe (58,72%) et individuel (38,24%), **omnipratique** pour 91,18% des répondants ;
- Majorité des répondants **ne pratiquaient jamais le repérage** des violences (59,80%) ;
- Préférence pour la **communication orale** pour repérer les violences (41,18%) ;
- 30,39% ont supposé au moins un cas de victime et 19,61% ont pris en charge au moins un cas de victime avérée ;
- Les obstacles empêchant le fait d'aborder le sujet des violences étaient par ordre de fréquence : le **manque d'entraînement à l'identification des victimes**, le **fait d'être embarrassé**, la **patiente n'était pas seule en consultation** ;
- 89,22% des praticiens interrogés n'avait **pas de liste** de professionnels spécialisés pour adresser une victime ;
- Les médianes des scores obtenus étaient 3/10 pour la gestion des traumatismes ; 5/10 pour la rédaction d'un CMI ; 0/10 pour l'évaluation d'une ITT ; 2/10 pour la prise en charge psychologique ; 4,5/10 pour l'orientation vers des professionnels ;
- 70,59% des praticiens ont évalués leur niveau de **formation initiale** sur le sujet des violences faites aux femmes à **0/10** ; 62,75% le niveau de **formation continue** à un score de **0/10** ;
- 77,45% des praticiens **n'avaient pas suivi la formation** en ligne proposée par l'ONCD ;
- Une **minorité** de praticiens **connaissait** l'existence de la formation en ligne, des outils à leur disposition, référents violences, statistiques des blessures, du numéro vert 3919, consultations spécialisées
- Les **femmes** chirurgiens-dentistes déclaraient **repérer davantage** les violences que les praticiens hommes ;
- Le **manque d'entraînement à l'identification des victimes** est la première raison évoquée empêchant le dépistage des violences, tout sexe confondu ;
- Les praticiens travaillant en **milieu urbain** se sont mieux autoévalués concernant l'**orientation** des victimes tandis que les praticiens en **milieu rural** avaient des meilleurs scores concernant la **rédaction d'un CMI** ;
- La classe d'âge ayant le plus de **connaissances** (concernant l'existence de la formation e-learning, connaissance des outils, référents violences, statistiques des blessures, numéro 3919, consultations spécialisées) est la **classe des 50-59 ans** ;
- Les praticiens s'étant attribués un **score inférieur à 5/10** concernant leurs actions dans la **prise en charge des victimes** (gestion des traumatismes, rédaction d'un CMI, etc.) **n'avaient pas**, pour la grande majorité d'entre eux, **connaissance** de l'existence de formation, des outils existants, des référents, des statistiques, du numéro 3919 et des consultations spécialisées ;
- Les praticiens ayant un score inférieur à 5/10 en formation initiale avaient toujours répondu avoir des faibles scores de compétences (prise en charge), à l'exception de la rédaction du CMI.

4. Discussion

4.1. Confrontation des résultats aux objectifs de l'étude

Cette étude a permis de **mieux connaître les attitudes et les connaissances** actuelles des chirurgiens-dentistes exerçant en Haute-Normandie en ce qui concerne la prise en charge des femmes victimes de violences. Cela correspondait à l'objectif principal. Ainsi, le niveau de connaissances moyen paraît faible, tout comme le niveau de formation.

Aussi, elle a mis en évidence le **facteur principal** influençant les **difficultés de prise en charge** rencontrées par les praticiens : le **manque d'entraînement à l'identification des victimes**. L'étude a aussi mis en évidence une faible fréquence de dépistage réalisée chez les praticiens ayant un faible niveau de formation.

4.2. Comparaison des résultats de l'étude par rapport aux données locales, nationales et internationales sur les femmes victimes de violences

4.2.1. Particularités sociodémographiques des sujets répondants

D'après des données de l'ONCD, en 2020, le nombre de praticiens s'élevait à 788 en Haute-Normandie, dont 570 en Seine-Maritime et 218 dans l'Eure. (35)

Les praticiens ayant répondu à l'enquête étaient de 102 au total. Le nombre de praticiens qui avait reçu le questionnaire était de 420 (53,29% de la population de chirurgiens-dentistes de Haute-Normandie), compte-tenu des difficultés de diffusion du questionnaire (cf. 4.3.2). Le **taux de participation** était donc de **24,28%**.

D'autre part, en Haute-Normandie, même si la profession de chirurgien-dentiste tend à se féminiser, les **praticiens hommes sont toujours plus nombreux** avec au total 420 (53,29%) praticiens de sexe masculin et 368 (46,71%) de sexe féminin. Or dans notre étude, **plus de femmes (55,88%) ont répondu** que d'hommes (44,12%).

Cela suggère que le sujet des violences faites aux femmes a **d'avantage intéressé les praticiennes**, par rapport aux données de la population source.

En ce qui concerne l'âge médian des chirurgiens-dentistes, il est de 55 ans pour les hommes et de 49 pour les femmes dans l'Eure tandis qu'en Seine-Maritime il est de 56,5 ans chez les hommes et 48 ans chez les femmes. (34)

Notre enquête a enregistré un âge médian de 43,5 ans tout sexe confondu. L'âge moyen est quant à lui de 46,0 ans en Seine-Maritime, 47,9 ans dans l'Eure et notre enquête a enregistré un âge moyen de 43,6 ans. (35)

Ces comparaisons permettent de mettre en évidence que notre enquête a **plus intéressé les jeunes praticiens** par rapport aux plus âgés, en considérant l'ensemble des praticiens exerçant en Haute-Normandie. Cette donnée met en avant une sensibilisation augmentée chez les plus jeunes, probablement due à des évolutions de société et des mœurs, où les jeunes sont davantage sensibilisés au féminisme que ne le sont les praticiens plus âgés. La société du siècle dernier autorisait encore les propos sexistes et violents envers les femmes, y compris concernant les violences comme en témoignent certains reportages télévisés. (44)

Aussi, on peut considérer que les plus jeunes sont davantage « connectés » et ont donc tendance à plus répondre aux enquêtes envoyées par mail à remplir en ligne.

Concernant les structures d'exercices, les praticiens répondants ayant un exercice hospitalier avaient un exercice mixte puisque les praticiens purement hospitaliers étaient exclus de l'étude dès la note d'information.

4.2.2. Analyse des attitudes concernant le dépistage des femmes victimes de violences par le chirurgien-dentiste

4.2.2.1. Repérage systématique et interrogation des patientes à propos des violences

Il était intéressant de noter que ce sont **les praticiens entre 40 et 59 ans** qui avaient le plus répondu qu'ils **ne pratiquaient jamais le repérage** des victimes (30,39%), et pourtant c'est aussi ceux qui **interrogeaient le plus leurs patientes au sujet des violences** en cas de patiente victime, supposée ou avérée (53,57%).

Cela pourrait s'expliquer que par habitude ils n'ont pas intégré le repérage systématique des violences dans leurs consultations, mais que l'expérience de leur profession leur permettrait de se détacher du côté « technique » et faciliterait ainsi la communication avec leur patientèle et, entre autres, le fait d'aborder les violences en cas de suspicion.

La distribution des réponses de fréquence de repérage paraissait différer selon la faculté d'origine. Par exemple, les praticiens issus de la faculté de chirurgie-dentaire de Rennes ont répondu pour la majorité « rarement » (66,67%) et non « jamais » comme la majorité des répondants à l'enquête. (Annexe 7)

Le département d'exercice ou le lieu d'exercice entre un environnement urbain ou rural n'influenceraient pas la fréquence de repérage des victimes de violence par les praticiens.

Les 2 praticiens qui procèdent au repérage systématique (réponses « toujours »), **travaillent en cabinet libéral** individuel et de groupe.

Concernant les spécialités, elles n'auraient pas d'influence sur la fréquence de repérage, au contraire, 100% des spécialistes MBD et de chirurgie orale interrogés disent ne jamais réaliser de repérage.

Enfin, **les praticiens impliqués dans une ou des associations auraient tendance à plus dépister les violences** conjugales auprès de leur patientèle avec 15,79% des praticiens impliqués dans une association humanitaire qui dépistent « parfois » et 5,26% toujours. Près de 43% des praticiens participant à une organisation politique ou religieuse disaient repérer rarement et 14,28% parfois. Parmi les chirurgiens-dentistes présents dans une association sportive, 15% déclaraient procéder à un repérage des victimes « parfois ». (Annexe 7)

4.2.2.2. Cas rencontrés de patientes victimes de violences

Dans notre étude, il y avait quasiment autant de praticiens qui déclaraient avoir rencontré au cours de leurs carrières un ou des cas de victimes de violences que de praticiens déclarant n'en avoir jamais rencontrés. L'étude néerlandaise de Van Dam et coll. rapportait que 24% des 1038 chirurgiens-dentistes interrogés avaient suspectés de la violence domestique durant les 12 derniers mois seulement. (6) L'étude américaine de Harris et coll. rapportait, elle, que 28% des praticiens interrogés avaient dépisté au moins un cas de victime de violences par un partenaire intime au cours des six derniers mois d'exercice. (7) Ces deux dernières études mettent en avant

qu'il pourrait y avoir une sous-estimation de la part des praticiens normands interrogés de notre étude, le manque de repérage étant peut être une des raisons de cette sous-estimation.

4.2.2.3. Limites rencontrées par le praticien

Le chirurgien-dentiste devrait pouvoir aborder le sujet des violences exercées par le partenaire intime systématiquement, pour un dépistage simplifié et pour briser les tabous. Jusqu'alors, les **professionnels de santé considérés en première ligne** pour repérer les violences faites aux femmes étaient, d'après différentes publications, les **médecins généralistes de ville, les médecins urgentistes et les gynécologues-obstétriciens.** (45,46)

L'OMS et la HAS ont élargi ce rôle à tous les professionnels de santé dans des recommandations entre 2017 et 2019, incluant les chirurgiens-dentistes, maximisant ainsi les chances de dépistage et permettant de développer un véritable partenariat entre les différents intervenants d'un réseau de soin pluridisciplinaire. (23,24)

D'après une étude menée aux États-Unis (*Abel et coll.* 2011,) 70% des victimes interrogées auraient voulu aborder le sujet des violences avec leur chirurgien-dentiste, seulement 13% avaient été effectivement interrogées à propos de leurs blessures par un membre de l'équipe du cabinet dentaire. (20)

En réalité, **de nombreuses limites** existent au sein de nos pratiques et expliquent le manque de dépistage au quotidien, le fait que les professionnels n'abordent pas le sujet des violences, ou encore qu'ils interviennent peu. Ces obstacles sont abordés dans de nombreuses publications. (19) (47) (48)

En ce qui concerne le manque de formation, celle-ci est une limite largement abordée par les chirurgiens-dentistes dans de multiples publications quand il s'agit de dépistage et de prise en charge des femmes victimes de violences. Il a été démontré que **plus les praticiens étaient formés, plus ils suspectaient des cas de victimes de violences, plus ils en dépistaient et plus ils intervenaient.** L'éducation des praticiens serait donc primordiale. (19)

Notre étude met en avant le « **manque d'entraînement à l'identification des victimes** » comme **première limite citée par les praticiens** (31,37%). On peut associer ce manque d'entraînement à un manque de formation des sujets répondants. Il s'agissait aussi de la première cause évoquée par les praticiens dans l'étude de Mythri et coll., à une fréquence de 21,05%. (5) L'étude de de Al Alyani en Arabie

Saoudite de la même façon mettait en lumière le manque d'entraînement comme raison principale de ne pas agir face à la violence domestique, à hauteur de 38,4% des praticiens interrogés. (8)

Le fait que la patiente soit accompagnée est la seconde cause évoquée dans cette même étude (14,94%) alors que notre étude, elle, mettait cette barrière en troisième position (17,65%) à une fréquence quasiment équivalente. Le fait que le praticien soit embarrassé d'évoquer le sujet des violences apparaissait plus fréquemment dans notre étude (18,63%) que dans l'étude de Mythri et coll. (9,05%), et de manière équivalente à l'étude de AlAlyani et coll. (15,9%). (5,8)

Enfin, penser que le dépistage des violences ne concerne pas le chirurgien-dentiste et le manque de temps pour gérer cela sont des limites bien moins évoquées dans notre étude en Haute-Normandie par rapport aux deux autres citées ci-dessus. Cela s'explique sans doute par la sensibilisation aux violences probablement plus importante en France qu'en Inde, ou en Arabie Saoudite d'autant plus que l'étude Mythri et coll. a été publiée en 2015, et celle d'AlAlyani en 2017. Aussi, de nombreuses actions de sensibilisations par les pouvoirs publics au sujet des violences faites aux femmes en France à destination de l'ensemble de la population ont été réalisées entre temps, et ce depuis 1989. (49)

4.2.3. Analyse des attitudes concernant la prise en charge des victimes : les actions du chirurgien-dentiste

4.2.3.1. Liste de professionnels à disposition

Une **grande majorité** des praticiens interrogés de notre enquête ont révélé pour 89,22% d'entre eux qu'ils **n'avaient pas dans leur structure d'exercice de liste** à leur disposition leur permettant d'orienter une éventuelle victime de violences. Ceci était une des premières raisons évoquées par les praticiens de l'étude de Mythri et coll. (2015) pour expliquer le fait de ne pas aborder le sujet des violences avec la patiente. Dans l'étude d'AlAlyani il y en avait 31,8%. Dans l'étude de Harris et coll. il est rapporté que 37% des praticiens répondants avaient une liste de référents sur leur lieu de travail. (7,8)

Il semblerait pourtant qu'avoir une liste de référents à disposition permettrait de participer à une chaîne de bonne prise en charge d'une victime, en l'adressant à un professionnel spécialisé. (24)

4.2.3.2. Compétences autoévaluées de prise en charge

Une étude menée dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine concernant les médecins généralistes d'Ile-de-France face aux violences conjugales en 2011, estimait que 16% des sujets pensaient manquer de formation pour rédiger des certificats médicaux. (50) Dans notre étude la moyenne sur 10 concernant la capacité à réaliser un certificat médical initial était de 4,73. Cela montre qu'il y aurait des lacunes dans la formation des professionnels de santé en ce qui concerne la rédaction d'un certificat médical.

Si les scores autoévalués des différentes actions de prise en charge (gestion de traumatisme physique, rédaction d'un CMI, évaluation d'une ITT, accompagnement psychologique et orientation des victimes) étaient de manière générale faibles, il y a **des distinctions à réaliser dans l'interprétation des résultats entre les différentes aptitudes évaluées**. En effet, **gérer les traumatismes** physiques liés aux violences, **rédiger un CMI et orienter les victimes** devraient faire partie des **compétences obligatoires et acquises** dès la formation initiale. On devrait attendre de la population des chirurgiens-dentistes de meilleures autoévaluations sur ces items. **En revanche, l'évaluation d'une ITT**, compétence plutôt spécifique, pourrait être considérée comme une compétence exigée uniquement pour les médecins travaillant dans des UMJ. De la même façon, **l'accompagnement psychologique** des victimes pourrait être réservé au personnel soignant comme les psychologues ou les médecins psychiatres. L'évaluation de ces différents scores permettait de situer l'engagement des chirurgiens-dentistes dans leur pratique quotidienne pour les victimes de violences, mais les résultats sont à nuancer, et plus particulièrement ceux qui concernent des **compétences très spécifiques**.

On notait aussi dans les résultats que les praticiens exerçant en milieu urbain orienteraient mieux leurs patientes vers des spécialistes que les praticiens ruraux. Cela pourrait s'expliquer par les prises en charges habituelles : un praticien rural doit davantage assurer de compétences lui-même tandis que les praticiens urbains ont un panel de spécialistes à proximité et ont plus l'habitude d'adresser leurs patients, y compris dans d'autres cadres que celui-ci.

4.2.4. Analyse des connaissances et formations des praticiens au sujet des violences conjugales

4.2.4.1. Niveau de formation autoévaluée

Le taux de praticiens qui aimeraient avoir plus de formation en matière de violence domestique pour se sentir plus aptes à identifier celle-ci était de 89,4% dans l'étude de AlAlyani et coll. (8)

Dans l'étude de Cornilleau, la fréquence de médecins généralistes estimant « un manque d'informations à leur disposition » pour prendre en charge les victimes était de 66%. (50)

Les sujets répondants de notre enquête ont évalué leur **formation initiale** concernant les violences faites aux femmes au **score de 0/10 pour 70,59%** d'entre eux tandis que **62,75%** évaluait à 0/10 leur **formation continue** sur le même sujet.

Si on calcule la fréquence cumulée des scores inférieurs ou strictement égaux à 4/10 concernant la formation initiale, on estime à 94,11% les praticiens jugeant leur niveau de formation initiale trop faible. Le même calcul concernant la formation continue estime à 91,17% de fréquence cumulée de praticiens évaluant leur niveau de formation continue strictement inférieur à 5/10.

Aussi, la Figure 22 (61) mettrait en avant que les praticiens ayant un faible niveau de formation concernant les violences ne se sentiraient pas compétents pour la bonne prise en charge des femmes victimes de violences.

Les faibles scores de formation initiale relevés peuvent s'expliquer par un manque d'enseignements sur le sujet des violences lors des trois cycles universitaires. Le manque de formation continue serait plutôt dû à un problème de communication entre l'ONCD et les praticiens qui auraient pourtant un accès simple à leur formation en ligne, celle-ci restant encore très méconnue.

4.2.4.2. Connaissances diverses liées aux violences et à la pratique de l'art dentaire

Les questions 11, 12, 14, 15, 16, 17 de notre questionnaire se référaient à différentes connaissances théoriques sur les violences faites aux femmes et différents dispositifs créés pour les chirurgiens-dentistes et autres professionnels susceptibles d'être au contact de victimes de violences. La majorité des répondants pour l'ensemble de ces questions ne connaissaient pas ces différents outils ou dispositifs ou notions

concernant les violences conjugales. Et **parmi les praticiens qui connaissaient certains de ces outils** mis à leur disposition, **seule une minorité d'entre eux les utilisaient.**

Il apparaît donc clairement que les praticiens, sans connaître les aides existantes pour la prise en charge des femmes victimes de violences, ne peuvent pas dépister et avoir les attitudes recommandées notamment par la HAS.

Les **connaissances des praticiens seraient influencées par la faculté d'origine.**, celle-ci apportant les bases de l'exercice à tous ses futurs praticiens. Parmi les sujets qui avaient les meilleures connaissances, ceux issus de la faculté de Rennes et des facultés situées en dehors du territoire français (Roumanie, Portugal) se démarquaient en effet par des hauts scores de connaissances. Par exemple, 66,67% des praticiens issus de la faculté de Rennes connaissaient la statistique liée aux blessures issues des violences conjugales et l'existence de consultations spécialisées. De la même façon, 50,00% des praticiens des facultés étrangères ont répondu « oui » à ces mêmes questions (connaissances de la statistique liée aux blessures et des consultations spécialisées), et les sujets diplômés de la faculté de Marseille ont répondu « oui » à 100,00% à la question relative aux statistiques des violences. Enfin, les praticiens formés à Montpellier déclaraient pour 50,00% d'entre eux connaître les affirmations présentées dans les questions 11 à 16 (connaissances de l'existence de la formation de l'ONCD, des outils à leur disposition, des référents violences, des statistiques des blessures, du numéro vert 3919) et 100,00% à propos de l'existence de consultations spécialisées, question 17. (Annexe 7)

Ce différentiel de connaissances peut véritablement exister puisque **les enseignements peuvent être différents d'une faculté de chirurgie-dentaire à une autre.** Cependant, il n'a pu être vérifié le fait qu'il y ait des cours sur les violences faites aux femmes dans les facultés correspondant aux meilleurs scores autoévalués de notre enquête.

Enfin, nous notons un faible taux de connaissances global des chirurgiens-dentistes interrogés sur le sujet des violences faites aux femmes, y compris chez les praticiens qui repèrent les violences en consultations ou qui interrogent leurs patientes à propos de violences suspectées. Or ce faible taux de connaissances entraînent un faible taux de compétences dans la prise en charge des victimes (3.2.3.2.2).

4.3. Difficultés rencontrées

Des limites méthodologiques existent dans notre étude. Celles-ci nuancent nos conclusions et nous les prenons en compte lors de l'interprétation de nos résultats.

4.3.1. Recrutement

La méthode de recrutement, réalisé par les praticiens répondants au questionnaire est une méthode dite à **participation volontaire**. Or, les praticiens devant répondre à un questionnaire en ligne ont tendance à répondre d'avantage aux questionnaires dont les sujets les intéressent, les sensibilisent plus, ce qui est un risque d'influencer leurs réponses et donc d'introduire un **biais de sélection**. Toutefois, ce recrutement de l'échantillon apparaissait comme la méthode la plus adaptée pour créer un lien avec les différents praticiens sur un territoire relativement important.

4.3.2. Le recueil des données

Dans le Département de l'Eure, le Conseil de l'Ordre Départemental a facilité la diffusion du questionnaire en envoyant le lien de celui-ci directement par mail aux praticiens exerçant dans leur département.

Dans le Département de la Seine-Maritime, le Conseil de l'Ordre ne souhaitait pas diffuser notre questionnaire auprès des praticiens mais préférait mettre en ligne le lien sur leur site internet. Le biais de sélection en aurait été augmenté et peu de réponses auraient été recueillies par cette méthode de diffusion. Nous avons donc fait le choix de passer par l'ODFOC en Seine-Maritime pour diffuser le lien de notre questionnaire via leur mailing de praticiens inscrits. Ceci constitue un **biais de sélection** puisque cette liste n'était pas exhaustive et était différente de l'autre département étudié. Cependant, un de nos objectifs était de montrer le manque de formation des professionnels sur le sujet des violences faites aux femmes. Pourtant, nous considérons que les sujets inscrits dans le mailing de l'ODFOC sont plutôt motivés à la formation continue et ouverts sur les nouvelles techniques et technologies, puisqu'il s'agit d'un organisme de formation continue. Si le biais de sélection existe bien, nous pourrions cependant partir du fait que nous surestimons

encore la formation des praticiens avec notre étude. Autrement dit, si un manque de formation était bien mis en évidence dans notre groupe de praticiens interrogés, il aurait tendance à surestimer le niveau de formation de l'ensemble des praticiens exerçant en Seine-Maritime.

Aussi, de nombreuses réponses incomplètes et donc exclues ont été envoyées automatiquement au logiciel « Lime Survey ». Il s'agissait de 56 questionnaires (35,44%) sur les 158 questionnaires remplis au total, ce qui représente une **grande part de données en moins**.

4.3.3. Autres difficultés

S'agissant d'une enquête dite « déclarative », les **biais de déclarations** peuvent exister, puisque par nature, ce type d'étude se base sur des déclarations des répondants et non sur des observations « objectives ».

Aussi, il peut exister un biais d'autoévaluation de compétences, s'agissant des questions 5, 8 et 9, basées sur un score de 0 à 10 autoévalué, donc suivant une **échelle subjective**. On peut néanmoins prédire que certains praticiens sous-estimeront leurs capacités tandis que d'autres surestimeront ces mêmes capacités, ce qui donnerait une « moyenne de données » acceptable.

Enfin, le choix du mode de recueil des données via un questionnaire en ligne a été un choix de convenance, permettant aux sujets de répondre en ligne, de façon indépendante et anonyme. Il crée une **situation de communication rigide et sans échange**. (51) La difficulté résultant de ce mode de recueil de données est, par l'impossibilité d'échange avec le sujet répondant, l'impossibilité de lui reformuler la question si elle n'est pas claire pour celui-ci. En effet, nous avons noté quelques incohérences lors de la lecture de notre base de données, sûrement dues à une mauvaise compréhension des questions. Par exemple, 54 praticiens déclaraient n'avoir jamais rencontré de cas de patiente victime au cours de leur carrière en réponse à la question n°3 tandis que seulement 48 déclaraient ne pas être concernés à l'interrogation des patientes puisqu'ils n'en avaient jamais rencontrés. Six praticiens ont donc répondu « non » à la place de « non concerné » à la question n°4, ce qui aurait peut-être pu être évité en cas d'un entretien oral avec les sujets interrogés. Cela constitue un biais d'information (biais de classement).

4.4. Perspectives

4.4.1. Démarche du parcours personnalisé de soins du patient et dépistage des femmes victimes de violences : une approche transversale et pluri-professionnelle

Le chirurgien-dentiste n'a pas le devoir de résoudre lui-même un cas de violences conjugales. Cependant, il a le devoir de participer à une prise en charge globale en adressant la patiente, si elle le souhaite, à des professionnels spécialisés. D'après un **rapport de la HAS** datant de Juin 2019, il est primordial en tant que professionnel de santé ou paramédical de « **s'entourer d'un réseau sanitaire pluridisciplinaire** ». Disposer à son lieu de travail d'une liste avec les coordonnées des principaux partenaires de son secteur est donc indispensable pour une bonne prise en charge des victimes, la question 7 de notre questionnaire en demandant aux praticiens interrogés s'ils avaient à disposition une liste de ce genre, faisait référence à cette nécessité. (52)

Cette liste devrait être composée de coordonnées de :

- Réseau de soins de proximité (médecin référent en violences faites aux femmes, service UMJ, psychiatre, psychologue etc.) ;
- Réseau médico-social (assistante sociale, centre de planification et PMI, centres médico-psychologiques etc.) ;
- Réseau judiciaire de proximité (tribunal de grande instance, procureur de la république, commissariat ou gendarmerie de proximité, etc.) ;
- Liste de coordonnées pour la victime (numéros au niveau national en cas d'urgence, d'écoute nationale ou encore sites internet). (52)

4.4.2. Perspectives de sensibilisation et informations au sein des services d'odontologie et des cabinets dentaires concernant le dépistage des femmes victimes de violences

L'ONCD a commencé à faire campagne contre les violences conjugales en 2016. La distribution d'affiches et d'outils dédiés aux praticiens a été réalisée. Il faudrait communiquer de nouveau avec les chirurgiens-dentistes sur toutes ces initiatives

réalisées pour faciliter la prise en charge des victimes, en comptant sur la répétition des actions pour éveiller davantage les consciences. On pourrait envisager **l'envoi d'une fiche pratique** pour tous les praticiens synthétisant une conduite à tenir générale, composée d'un listing des signes évocateurs, des numéros principaux des référents, du numéro d'écoute 3919. Cela permettrait aux praticiens d'être préparés et de ne pas devoir rechercher l'information en urgence. Cet envoi de fiche pratique, à l'initiative de l'Ordre dans la continuité de leurs actions préventives, pourrait être réalisé par exemple lors de la demande de cotisation annuelle.

Aussi, il faudrait moderniser la diffusion des affiches, évitant la pollution visuelle en cas de multiples affichages et n'attirant plus l'attention des patients. La solution proposée serait de convertir l'affiche de prévention sur les violences faites aux femmes encourageant les victimes à s'exprimer auprès de leur praticien (disponible en Annexe 2), en format numérique pour le diffuser sur écran, comme cela a été réalisé au service d'odontologie de l'Hôpital Flaubert au Havre. On pourrait élargir ce projet en réalisant un film au format court ou annonce qui pourrait être validée par l'ONCD avant diffusion.

4.4.3. Perspectives de sensibilisation et informations auprès des étudiants et en formation continue postuniversitaire

Il y aurait donc de nombreuses améliorations à apporter dans l'éducation des professionnels de santé y compris les chirurgiens-dentistes. En premier lieu le sujet des violences domestiques devrait être présent dans les **programmes de cycle universitaire**, cela fournirait de bonnes bases aux futurs praticiens. Si certains étudiants commencent à avoir des notions apportées en cours, il faudrait que cela se généralise à l'ensemble des facultés.

En ce qui concerne la formation continue, la formation proposée par l'ONCD est obligatoire mais trop peu connue des praticiens : dans notre étude seulement 22,55% des chirurgiens-dentistes connaissaient son existence, dont une très faible minorité l'avait suivies (2,94%). Il faudrait davantage communiquer auprès des praticiens pour qu'ils prennent connaissance de cette formation et qu'ils la suivent. Pour une sensibilisation optimale, il faudrait donc **inciter systématiquement** les chirurgiens-dentistes à faire la **formation en e-learning** disponible sur le site Internet de l'ONCD. (43) Le développement d'autres Diplômes Universitaires ou autre formations intégrées

à des journées de Santé Publique par exemple pourraient être développés, pour que les informations parviennent à tous les praticiens, y compris les moins connectés d'entre eux.

4.4.4. Autres perspectives

Un rapport de l'Inspection générale de la Justice « Mission sur les homicides conjugaux » note en 5^{ème} recommandation pour diminuer la prévalence des féminicides le fait de « modifier l'article 226-14 du code Pénal pour permettre à tous les professionnels de santé de signaler les faits même en cas de refus de la victime ». (48) Le Grenelle contre les violences conjugales qui s'est déroulé au cours de l'année 2019 a débouché sur un **projet de loi permettant la levée du secret médical en cas de danger dit « immédiat »**. Celle-ci doit actuellement être votée au Sénat avant d'être adoptée définitivement. Ce changement de la loi, impliquant aussi les chirurgiens-dentistes pourrait favoriser la diminution de prévalence des victimes de violences.

Aussi, un **travail à plus grande échelle** sur les connaissances et attitudes des chirurgiens-dentistes en France et les violences faites aux femmes serait intéressant, permettant d'intégrer des spécificités régionales et de plus nombreuses données. Cela permettrait de conclure des statistiques applicables à la population de praticiens français et ainsi améliorer les actions de santé publique à l'échelle nationale. Nous pourrions dans cette optique diffuser notre questionnaire à tous les chirurgiens-dentistes français via l'ONCD.

En résumé, dans cette enquête en Haute-Normandie :

- Réponse à l'objectif principal : **peu de repérage, peu de connaissances sur le sujet et les praticiens s'autoévaluent faiblement sur des aptitudes** globales de prise en charge des victimes ;
- Réponses aux objectifs secondaires : **la difficulté de prise en charge majeure est le manque d'entraînement à l'identification des victimes** ; une faible fréquence de dépistage a été mise en avant chez les praticiens s'étant attribués de faibles scores de formation initiale sur le sujet des violences ;
- Taux de participation de **24,28%** ;
- Les **femmes** ont plus répondu que les hommes et les **jeunes praticiens** (moins de 40 ans) ont plus répondu que les plus âgés ;
- Les praticiens entre 40 et 59 ans repéraient le moins les violences de manière systématique en consultation mais interrogeaient plus les patientes en cas de suspicion, probablement grâce à leur expérience
- Nombreuses **limites au dépistage**
- **Faibles scores d'autoévaluation** dans les items de prise en charge des victimes, **résultats à nuancer** entre gestion des traumatismes, rédaction d'un CMI et orientation des victimes qui devraient être des **compétences acquises** avec évaluation d'une ITT ou accompagnement psychologique devant être plus le **ressort des spécialistes**
- **Peu de connaissances** en la matière
- **Un besoin fort en formation** au sujet des violences faites aux femmes
- Difficultés principalement liées à la **diffusion du questionnaire** ; **biais de déclaration**
- Perspectives : **amélioration d'un réseau de soin, approche pluridisciplinaire, amélioration des formations** et de la sensibilisation des chirurgiens-dentistes, incitation à la formation continue et levée du secret médical pour venir en aide plus facilement aux victimes.

5. Conclusion

Les chirurgiens-dentistes peuvent avoir un **rôle prépondérant** envers les violences faites aux femmes, compte-tenu de sa spécialité pouvant constater des dommages physiques, rédiger des certificats utiles dans les démarches judiciaires et orienter la patiente vers des spécialistes pour l'aider à sortir du cycle de violence.

La profession de chirurgien-dentiste est en perpétuelle évolution. De la même façon, la société évolue, la place de la femme en tant qu'individu dans la société aussi et la sensibilisation grandissante de celle-ci sur le sujet des femmes victimes de violences permettent d'augmenter la prévention et les actions menées chez de nombreux professionnels. En effet, la lutte contre les violences faites aux femmes a été nommée « **Grande cause nationale** » en **2010, 2018 et 2019**, permettant ainsi de faire campagne au niveau national via des médias à titre gracieux, action de santé publique à destination de l'ensemble de la population française. (19)

Notre enquête a permis de mettre en évidence que **les femmes** étaient plus sensibilisées sur le sujet des violences faites aux femmes ainsi que **les jeunes** praticiens. Cela constitue un véritable espoir d'amélioration de la prise en charge des femmes victimes de violences dans le futur.

Malgré les campagnes nationales de prévention ainsi que la campagne de l'ONCD visant la population des chirurgiens-dentistes français, nous avons pu constater d'après notre étude en Haute-Normandie, que les praticiens :

- **dépistaient peu les victimes de violences** ;
- **leurs aptitudes** concernant la prise en charge de celles-ci étaient **faiblement autoévaluées** ;
- enfin, que les **connaissances** sur le sujet étaient **limitées**.

L'éducation des professionnels de santé à propos des violences conjugales paraît être la **meilleure solution** pour améliorer une **prise en charge pluri-professionnelle**, parmi un réseau de spécialistes. Améliorer la formation des chirurgiens-dentistes, et ce dès le cursus initial, à propos des femmes victimes de violences ce serait assurer l'augmentation des dépistages et donc une bonne prise en charge des victimes de manière globale. (19)

Enfin, si l'enquête a bien mis en lumière le manque de formation et le manque de connaissances chez les chirurgiens-dentistes de Haute-Normandie sur le sujet des violences, cela pourrait avoir **un impact positif**. En effet, par une prise de conscience de l'existence de lacunes en répondant à cette enquête, certains praticiens pourraient agir en participant à la formation obligatoire de l'ONCD par exemple, et améliorer ainsi la prise en charge des femmes victimes de violences se trouvant dans leur patientèle.

Références bibliographiques

1. MIPROF. Violences faites aux femmes : les principales données [Internet]. 2015 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf
2. OMS. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : vue d'ensemble [Internet]. 2012 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/fr/index.html>
3. Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. 2011;39.
4. Organisation mondiale de la santé. Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes : rapport succinct. [Internet]. OMS; 2005 [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43366/9242593516_fre.pdf?sequence=1
5. Mythri H. Enhancing the Dental Professional's Responsiveness Towards Domestic Violence; A Cross-Sectional Study. JCDR. 2015;9(6):51-3.
6. Van Dam BAFM, Van der Sanden WJM, Bruers JJM. Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. BMC Oral Health. 2015;15(1):159-66.
7. Harris CM, Boyd L, Rainchuso L, Rothman AT. Oral Health Care Providers' Knowledge and Attitudes About Intimate Partner Violence. JDH. 2016;90(5):283-96.
8. AlAlyani W, Alshouibi E. Dentists awareness and action towards domestic violence patients. A cross-sectional study among dentists in Western Saudi Arabia. Saudi Med J. 2017;38(1):82-8.
9. Tournyol du Clos L, Le Jeannic T. Les violences faites aux femmes. Insee Première. 2008;(1180).
10. Guillam M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 2016;62:385-9.
11. Jaspard M et al. Nommer et compter les violences envers les femmes : une

- première enquête nationale en France. *Pop & Soc.* 2001;364:1-4.
12. OMS. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2018 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/violence-against-women>
 13. Nectoux M, Mugnier C, Baffert C, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. *Santé Publique.* 2010;22(4):405-16.
 14. Itiere Odzili FA. et al. Traumatismes ORL et violences conjugales. *Ann Univ M NGOUABI.* 2016;16(2):1-6.
 15. Macedo Bernardino I., Santos LM, Ferreira AVP, De Almeida Lima TLM. Intimate partner violence against women, circumstances of agressions and oral-maxillofacial traumas : a medico-legal and forensic approach. *Leg Med.* 2018;31:1-6.
 16. Soomer Lincoln H., Lincoln MJ. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. *FSI.* 2010;201(1-3):68-73.
 17. Hansa K, Basavaraj P, Ashish S, Sunder K, Shilpi S, Swati J, et al. Domestic Violence and its Effect on Oral Health Behaviour and Oral Health Status. *JCDR.* 2014;8(11):9-12.
 18. Lokhmatkina NV, Agnew-Davies R, Costelloe C, Kuznetsova OY, Nikolskaya IM, Feder GS. Intimate partner violence and ways of coping with stress: cross-sectional survey of female patients in Russian general practice. *Fam Pract.* 1 avr 2015;32(2):141-6.
 19. Hendler TJ, Sutherland SE. Domestic Violence and its Relation to Dentistry: A Call for Change in Canadian Dental Practice. *Domest Violence.* 2007;73(7):617a-617f.
 20. Abel S, Uchin M, Gerbert B. A Collaboration to Enhance Oral Health Care for Survivors of Domestic Violence: Women's Domestic Violence Shelters and Nova Southeastern University's College of Dental Medicine. *J Dent Educ.* 2012;76(10):1334-41.
 21. Garbin CAS, Guimarães e Queiroz APD de, Rovida TAS, Garbin AJI. Occurrence of traumatic dental injury in cases of domestic violence. *Braz Dent J.* 2012;23(1):72-6.
 22. Barbot J. Figures de victimes et réparation des violences faites aux corps: Quand la chirurgie esthétique se donne à voir. *Politix.* 2010;90(2):91-113.
 23. HAS. Repérage des femmes victimes de violence au sein du couple : comment repérer-évaluer [Internet]. 2019 [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf

24. OMS. Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants [Internet]. 2017 [cité 5 janv 2020] p. 75. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254897/9789242511536-fre.pdf?sequence=1>

25. Denis C, Paret C, Chariot P. Accueil en médecine légale des adolescents et adultes victimes de violences sexuelles ou de violences dans le couple n'ayant pas déposé plainte – étude observationnelle en Seine-Saint-Denis. Presse Médicale. 2018;47(1):1-8.

26. Article R. 4127-213. Code de la Santé Publique.

27. Article R. 4127-229. Code de la Santé Publique.

28. Article R. 4127-230. Code de la Santé Publique.

29. Article R. 4127-206. Code de la Santé Publique.

30. Article R. 4127-207. Code de la Santé Publique.

31. Article R. 4127-208. Code de la Santé Publique.

32. INSEE. Comparateur de territoire : département de l'Eure (27) [Internet]. 2018 [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-27>

33. INSEE. Comparateur de territoire : département de Seine-Maritime (76) [Internet]. 2018 [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-76>

34. ARS. Etude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie [Internet]. 2018 [cité 29 janv 2020] p. 96. Disponible sur: https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Etude%20offre%20et%20recours%20aux%20soins_V10.pdf

35. ONCD. Répartition de la population des chirurgiens-dentistes [Internet]. 2020 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>

36. Vautrin C. Dossier de presse : violences conjugales, chiffres et mesures. [Internet]. La Documentation Française; 2005 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur:

http://www.sosfemmes.com/infos/pdf/dossier-presse_violences-conjugales_20051123%5B1%5D.pdf

37. Délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes de Seine-Maritime. Procéde départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2019-2021 [Internet]. 2019 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.seine-maritime.gouv.fr/content/download/33281/228441/file/protocole%20version%20défini tive%20avec%20signatures.pdf>
38. Interstats. Les victimes du sexisme en France : approche croisée sur 2018 à partir des procédures enregistrées par les forces de sécurité et l'enquête « cadre de vie et sécurité ». Interstats Analyse. 2020;(25):15p.
39. Département de la Seine-Maritime. Violences intra-familiales [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.seinemaritime.fr/vos-services/enfance-et-famille-1/violences-intra-familiales.html>
40. Baveux D. Violences faites aux femmes : quelles réponses ? [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=NslRuq5MeDU>
41. Loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886460>
42. Mascarenhas AK, Deshmukh A, Scott T. New England, USA dental professionals' attitudes and behaviours regarding domestic violence. Br Dent J. févr 2009;206(3):1-5.
43. ONCD. Violences Faites aux Femmes - Formation des Chirurgiens-dentistes [Internet]. 2019 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <http://formation.ordre-chirurgiens-dentistes.fr>
44. Les femmes battues [Internet]. Aujourd'hui Madame. 1975 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ina.fr/video/CPB86002741/les-femmes-battues-video.html>
45. Simon S. Violences faites aux femmes : définitions, principaux chiffres et politiques publiques de lutte. Tribunes de la santé. 2014;(44):93-8.
46. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, Secrétariat d'état chargé de la solidarité. Lutte contre la violence au sein du couple : le rôle des professionnels [Internet]. 2018 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: [82](https://stop-</div><div data-bbox=)

violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Violence_48_pages_20_10-2.pdf

47. El Tantawi M, Gaffar B, Arheiam A, AbdelAziz W, Al-Batayneh OB, Alhoti MF, et al. Dentists' intention to report suspected violence: a cross-sectional study in eight Arab countries. *BMJ Open*. 2018;8(3):e019786.

48. Nelms AP, Solomon ES. What Victims of Domestic Violence Need from the Dental Profession. *J Dent Educ*. 2009;73(4):490-8.

49. Quilot L. Les campagnes de communication gouvernementale de lutte contre les violences faites aux femmes [Internet] [Science politique]. 2014 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01145393/document>

50. Cornilleau A. La médecine face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans [Internet] [Thèse pour obtenir le titre de Docteur en médecine générale]. Paris VI; 2012 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/cornilleau_these.pdf

51. Baggio S, Rothen S, Deline S. Statistique descriptive. De Boeck Supérieur. 2017. p49 p.

52. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2019 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf

53. Inspection générale de la Justice. Mission sur les homicides conjugaux [Internet]. Ministère de la Justice; 2019 [cité 6 avr 2020] p. 36. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/publication/Rapport%20HC%20Publication%2017%20novembre%202019.pdf>

54. Gouvernement. La label Grande cause nationale 2019 [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/11032-le-label-grande-cause-nationale-2019>

Table des illustrations

Figure 1 : Cycle de la violence (Source Neha A. Deshpande et Al. 2013).....	17
Figure 2 : Facteurs associés à la violence à l'égard des femmes selon le modèle social écologique adapté d'après Heise (1998) modifié par Antai (2011).....	18
Figure 3 : Répartition des blessures en fonction de leur localisation par fréquence de signalement (Source, étude de Nelms et al, 2009)	23
Figure 4 : Répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire français, situation au 22 Avril 2020 (source, ONCD)	33
Figure 5 : Crimes et délits commis au sein du couple - nombre de femmes victimes enregistrées par les forces de sécurité en 2018 pour 10 000 femmes résidentes , source SSMSI (2020) (38)	34
Figure 6 : Distribution des sujets en fréquences par tranches d'âge (n=102).....	42
Figure 7 : Distribution des fréquences des sujets selon leur faculté d'origine (n=102)	43
Figure 8 : Distribution des fréquences des sujets selon leur année d'obtention de thèse regroupée en classes (n=102)	44
Figure 9 : Distribution des fréquences des répondants fonction de leur structure d'exercice (n=102).....	45
Figure 10 : Distribution en pourcentage des répondants par implication associative (n=68).....	46
Figure 11 : Distribution des fréquences de repérage des violences faites aux femmes par les praticiens au cours de leurs consultations (n=102).....	47
Figure 12 : Motifs indiqués par les praticiens empêchant d'aborder le sujet des violences auprès d'éventuelles victimes (n=53)	48
Figure 13 : Distribution des réponses de fréquence de repérage des victimes réalisé en cours de consultations par rapport au genre des répondants (n=102)	49
Figure 14 : Distribution de la fréquence de repérage des victimes par classe d'âge (n=102).....	50
Figure 15 : Distribution des fréquences des réponses "Oui" et "Non" à la question « avez-vous interrogé la patiente sur des violences supposées ou avérées ? » (n=54)	51
Figure 16 : Distribution des limites (en pourcentages) empêchant le dépistage des victimes de violence par sexe des répondants (n=53).....	52

Figure 17 : Distribution des limites au dépistage par classes d'âge (n=53)	53
Figure 18 : Distribution en pourcentages des connaissances et intention de faire la formation en ligne de l'ONCD concernant les violences faites aux femmes	56
Figure 19 : Connaissance des statistiques de blessures de la tête et du cou en cas de violences conjugales	57
Figure 20 : Distribution des connaissances en fonction du sexe des répondants	58
Figure 21 : Distribution des classes d'âge par connaissances acquises (n=102).....	58
Figure 22 : Distribution des scores de compétences de prise en charge chez les praticiens ayant un score de formation initiale inférieur (ou égal) à 5/10 (n=97)	61

Annexes

Annexe 1: fiche de conduite à tenir face à une victime de violence (source ONCD)



PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES ET CHIRURGIENS-DENTISTES

GÉNÉRALITÉS

Dans le cas de la prise en charge d'une femme victime de violences, le chirurgien-dentiste doit être en mesure de délivrer, au-delà d'un certificat médical, un certain nombre de conseils et d'informations :

- ➔ affirmer clairement que les violences sont interdites par la loi et que les actes de violence relèvent de la seule responsabilité de son auteur ;
- ➔ conseiller à la patiente de se rendre, en cas d'urgence, dans les locaux des services de police ou de gendarmerie, ou encore d'appeler le 17 qui permet de joindre ces services (ou le 112 d'un téléphone portable) ;
- ➔ inviter la victime à appeler le 3919 (Violences femmes info), numéro gratuit d'écoute et d'information anonyme et qui n'est pas repérable sur les factures et les téléphones ;
- ➔ informer la victime de l'existence d'associations d'aide aux victimes ;
- ➔ informer la victime de la possibilité de porter plainte.

ATTENTION

Le chirurgien-dentiste doit être attentif au fait que la patiente peut être accompagnée par un proche qui peut s'avérer être son agresseur ; il est préférable de la recevoir seule dans la salle de soins pour l'examiner.

Par ailleurs, le chirurgien-dentiste doit savoir que suite à certaines violences ; de type sexuel par exemple, une patiente peut se retrouver dans l'incapacité psychologique de recevoir des soins dentaires ou simplement d'ouvrir la bouche pour pouvoir être examinée. Un certificat du chirurgien-dentiste pourra alors venir constater cet état de fait.

Ce qu'il est possible de dire à la patiente victime :
« Vous n'y êtes pour rien »
« L'agresseur est le seul responsable »
« La loi interdit les violences »
« Vous pouvez être aidée »
« Appelez le 3919 pour être informée de vos droits et connaître les associations d'aide près de chez vous »

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le site <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr>
(violences faites aux femmes)
Télécharger l'affiche et sa fiche explicative

VOUS ÊTES UNE FEMME VICTIME DE VIOLENCES

PARLEZ-EN
À VOTRE CHIRURGIEN-DENTISTE
IL PEUT VOUS AIDER

VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE
3919*
*Appel anonyme et gratuit.



**NUMÉRO D'ÉCOUTE
ET D'INFORMATION ANONYME
ET GRATUIT DEPUIS TOUS
LES TÉLÉPHONES FIXES ET PORTABLES**

Annexe 3 : modèles de CMI (source ONCD)

MODÈLE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL (Proposé à titre d'exemple, téléchargeable sur le site de l'ONCD)

ENTETE PRATICIEN

Je soussigné(e), docteur _____,
chirurgien-dentiste, certifié avoir examiné le _____ à _____ heure _____,
A (lieu de l'examen) _____,
M. Mme Mlle l'enfant...(Nom et prénom) _____
Né(e) le (date en toutes lettres) _____
(Eventuellement) Accompagné(e) de _____

Faits rapportés par la personne (commémoratifs)

Cette dernière m'a déclaré que: « Le _____ (date) à _____ (heure) au _____ (lieu), _____ ».

Examen clinique

J'ai constaté ce jour:

- à l'examen exobuccal :
- à l'examen endobuccal :
- à l'examen radiographique :

+/- photographies et radiographies jointes référencées +/- examens complémentaires, moulages... + schéma dentaire actualisé

Les signes ressentis par le patient sont : _____

Etat antérieur (si connu)

L'état initial de la dent était (seulement s'il s'agit d'un patient suivi régulièrement dans le cabinet dont l'état initial était connu) (ou) au _____ (dernière date connue des soins dans le cabinet), l'état était _____

Traitement

Ce jour, le traitement consiste en (si un traitement a été réalisé ce jour le préciser) : _____

Evolution

L'évolution possible ou prévisible et les traitements envisagés ou potentiellement prévisibles : _____

A noter - Toutes les réserves d'usage doivent être formulées (voir note).

Le coût actuel des traitements est de: _____

Si chiffrage possible.

La situation actuelle est transitoire et le dossier pourra être ré-ouvert en cas de complications.

Risque d'incapacité permanente partielle (IPP)

Le cas échéant (voir note).

Incapacité totale de travail (ITT)

Le cas échéant (voir note).

Certificat fait à _____ le _____ (date en toute lettre) et remis en mains propre à _____, pour faire valoir ce que de droit.

SIGNATURE ET TAMPON DU CHIRURGIEN-DENTISTE

MODÈLE DE CERTIFICAT D'AGGRAVATION (Proposé à titre d'exemple, téléchargeable sur le site de l'ONCD)

ENTETE PRATICIEN

Je soussigné(e), docteur _____,
chirurgien-dentiste, certifié avoir examiné le _____ à _____ heure _____,
A (lieu de l'examen) _____,
M. Mme Mlle l'enfant...(Nom et prénom) _____
Né(e) le (date en toutes lettres) _____
(Eventuellement) Accompagné(e) de _____

Faits rapportés par la personne (commémoratifs)

Ce(s) dernier(s) m'a (m'ont) déclaré que: « Le _____ (date) à _____ (heure) au _____ (lieu), _____ ».

Ou, en cas de nouvel examen après un certificat médical :

Cet examen fait suite à l'examen initial que j'ai pratiqué le _____ pour lequel ce(s) dernier(s) m'avait (ent) déclaré que : « Le _____ (date) à _____ (heure) au _____ (lieu), _____ ».

Examen clinique

J'ai constaté ce jour:

- à l'examen exobuccal :
- à l'examen endobuccal :
- à l'examen radiographique :

+/- photographies et radiographies jointes référencées +/- examens complémentaires, moulages... + schéma dentaire actualisé

Les signes ressentis par le patient sont : _____

Etat antérieur

L'état initial de la dent était (seulement s'il s'agit d'un patient suivi régulièrement dans le cabinet dont l'état initial était connu) (ou) au _____ (dernière date connue des soins dans le cabinet), l'état était _____

Aggravation

Je constate une aggravation (la décrire) : _____

Traitement

A ce jour, le traitement consiste en (si un traitement a été réalisé ce jour le préciser) : _____

Le coût de ce traitement est de _____

Si chiffrage possible.

Certificat fait à _____ le _____ (date en toute lettre) et remis en mains propre à _____, pour faire valoir ce que de droit.

SIGNATURE ET TAMPON DU CHIRURGIEN-DENTISTE

Annexe 4 : récépissé de déclaration de conformité de notre étude à la CNIL



RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Prise en charge des femmes victimes de violence : enquête auprès des chirurgiens-dentistes de l'Eure et de Seine-Maritime.
Référence Registre DPO : 2019-145
Responsable scientifique/ Chargé de la mise en œuvre : Mme Julie BEMER / Mme Sophie Leprêtre

Fait à Lille,

Le 31 octobre 2019

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 5 : questionnaire de l'étude (source personnelle, Lime Survey)



Partie A: I. 1 Attitudes concernant la prise en charge des femmes victimes de violence : le dépistage

- A1. 1) Réalisez-vous un repérage des victimes de violence au décours de vos consultations adultes ?**
(en posant par exemple la question « Avez-vous déjà subi des violences dans votre vie ? ») dans le questionnaire médical ou en entretien)
- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours
- A2. 2) Si ce repérage est réalisé, quel mode de communication utilisez-vous ?**
- Oral
- Ecrit
- Non concerné(e)
- A3. 3) Avez-vous déjà eu un cas de patiente victime de violence ?**
Oui (cas supposé par vous en tant que praticien, sans "preuve")
- Oui (cas avéré)
- Non
- A4. 4) Si oui, avez-vous interrogé la patiente sur ces violences ?**
- Oui
- Non
- Non concerné(e), je n'ai jamais eu de patiente victime (supposée et/ou avérée)
- A5. 5) Si non, quelles barrières avez-vous rencontrées pour ne pas aborder le sujet ?**
- Patiente accompagnée (par son conjoint, enfant...)
- Manque d'entraînement à l'identification des victimes de violence domestique
- Vous étiez embarrassé d'évoquer le sujet de la violence domestique
- Manque de temps dans le ou les RDV
- La patiente ne voudra pas sûrement agir, il est inutile d'en parler
- Le dépistage des violences domestiques ne concerne pas le chirurgien-dentiste
- Non concerné(e)



A6. 6) Sur une échelle de 0 à 10, vous sentez-vous à l'aise d'aborder le sujet des violences avec vos patients ? 0 = pas du tout ; 5 = modérément à l'aise 10 = parfaitement à l'aise

Echelle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Partie B: I. 2 Attitudes concernant la prise en charge des femmes victimes de violence : les actions

B1. 7) Avez-vous une liste de professionnels à votre disposition au cabinet auxquels vous pouvez adresser une victime de violence domestique ?

Oui

Non

B2. 8) Sur une échelle de 0 à 10, jugez vos compétences concernant la prise en charge des femmes victimes de violence sur les sujets suivants :

ITT = déterminée par la durée de la "gêne réelle et globale éprouvée par la victime pour effectuer tous les gestes de la vie courante" à la suite de coups et blessures volontaires dont elle a été l'objet. S'applique pour tous (enfants, femmes au foyer, retraités...)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gestion des traumatismes physiques

Rédaction d'un certificat médical initial

Evaluation d'une ITT (incapacité totale de travail)

Prise en charge psychologique/accompagnement

Orientation des patientes vers d'autres professionnels

Partie C: I. 3 Attitudes concernant la prise en charge des victimes : formations et informations

C1. 9) Quel est pour vous votre niveau de formation à propos des violences faites aux femmes ? Sur une échelle de 0 (aucune formation) à 10 (formation complète)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de formation initiale

Niveau de formation continue

C2. 10) Avez-vous connaissance de l'obligation de formation continue actuelle ?

Oui

Non



C3. 11) Avez-vous connaissance de la formation en e-learning concernant les violences faites aux femmes proposée par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, sur leur site ?

Oui et je ne l'ai pas faite

Oui et je l'ai faite

Non et je n'ai pas l'intention de la faire

Non et j'ai l'intention de la faire

C4. 12) Avez-vous connaissance des outils mis à la disposition des chirurgiens-dentistes par l'ONCD concernant les femmes victimes de violence (affiches, exemple de certificat médical...)

Oui

Non

C5. 13) Si vous aviez connaissance de ces outils, les avez-vous déjà utilisés ?

Oui

Non

Non concerné(e)

C6. 14) Avez-vous la connaissance de l'existence des référents départementaux en matière de violences faites à autrui, organisés par l'Ordre ?

Oui

Non

C7. 15) Saviez-vous que dans plus de 50% des cas de violences conjugales, des blessures physiques sont situées au niveau de la face, du cou et/ou de la bouche ?

Oui

Non

C8. 16) Connaissez-vous le numéro d'écoute et d'informations anonyme et gratuit vers lequel vous pouvez orienter une femme victime de violences mais aussi à destinée de leur entourage et professionnels ?

Il s'agit du 3919

Oui

Non



C9. 17) Saviez-vous que des consultations spécialisées à destination des femmes victimes de violence ouvraient dans certains hôpitaux ? (à titre d'exemple "La Maison des Femmes" en Seine St-Denis ou consultations spécialisées à l'Hôpital J.Monod au Havre)

Oui

Non

Partie D: II. Données démographiques

D1. 18) Vous êtes :

Un homme

Une femme

D2. 19) Votre âge (ans) :

D3. 20) Vous êtes diplômé(e) de la Faculté de :

Si vous êtes diplômé(e) d'une faculté hors UFR de France, précisez SVP la ville et le pays d'obtention de diplôme

D4. 21) Année d'obtention de la thèse :

D5. 22) Dans quel(s) département(s) exercez-vous ?

Eure (27)

Seine-Maritime (76)

D6. 23) Comment décririez-vous votre lieu d'exercice ?

Urbain

Rural

D7. 24) Dans quel(s) type(s) de structure(s) exercez-vous ?

Cabinet libéral individuel

Cabinet libéral de groupe

Centre dentaire

Centre mutualiste



Centre hospitalier (hors CHU)

Centre hospitalier universitaire (CHU)

D8. 25) Comment décririez-vous votre exercice ?

Ne commenter que l'option "AUTRE ORIENTATION"

Omnipratique

Commentaire

Spécialiste en Médecine Bucco-Dentaire

Commentaire

Spécialiste en Chirurgie Orale

Commentaire

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

Commentaire

Autre orientation (précisez) :

Commentaire

D9. 26) Avez-vous déjà donné du temps ou êtes-vous actuellement impliqué :

Dans une/des association(s) humanitaire(s)

Au sein d'une organisation politique ou religieuse

Au sein d'une société savante ou préventive

Dans une association sportive

Implication ordinale (Ordre des Chirurgiens-Dentistes, toute échelle possible)

Implication auprès de plusieurs personnes en dehors du cadre familial (ex: membres du voisinage)

Cochez cette case si vous pensez que l'une de ces associations à laquelle/auxquelles vous participez peuvent avoir un impact sur la prévention des violences faites aux femmes

Annexe 6 : résultats de l'analyse uni-variée de notre étude

Données démographiques générales des praticiens en effectif et en fréquence (%)

	<i>Effectif (102 sujets)</i>	<i>Fréquence</i>
Sexe		
Hommes	45	44,12%
Femmes	57	55,88%
Âge		
20-29 ans	20	19,61%
30-39 ans	21	20,59%
40-49 ans	22	21,57%
50-59 ans	25	24,51%
60-69 ans	14	13,73%
Faculté de Diplôme		
Reims	38	37,25%
Lille	28	27,45%
Paris V	16	15,69%
Rennes	6	5,88%
Autres (Roumanie, Portugal)	4	3,92%
Marseille	3	2,94%
Montpellier	2	1,96%
Paris VII	2	1,96%
Nantes	1	0,98%
Nice	1	0,98%
Sans réponse	1	0,98%
Année d'obtention de la thèse		
1970-1979	2	1,96%
1980-1989	20	19,61%
1990-1999	24	23,53%
2000-2009	18	17,65%
2010-2019	38	37,25%
Département d'exercice		
Eure (27)	40	39,22%
Seine-Maritime (76)	62	60,78%
Lieu d'exercice		
Urbain	64	62,75%
Rural	38	37,25%
Structure d'exercice		
Cabinet libéral individuel	39	38,24%
Cabinet libéral de groupe	60	58,82%
Centre dentaire	1	0,98%
Centre mutualiste	3	2,94%

Centre hospitalier (hors CHU)	3	2,94%
Centre hospitalier universitaire (CHU)	2	1,96%
Exercice		
Omnipratique	93	91,18%
Spécialiste MBD	1	0,98%
Spécialiste chirurgie orale	2	1,96%
Spécialiste ODF	3	2,94%
Autre orientation	3	2,94%
Implication associative		
Association humanitaire	15	14,71%
Organisation politique/religieuse	7	6,86%
Société savante/préventive	4	3,92%
Association sportive	20	19,61%
Implication ordinale	10	9,80%
Personnes hors cadre familial	8	7,84%
Impact sur la prévention des violences	15	14,71%

Distribution des réponses des praticiens, questions 1 à 17

	Effectif	F (%)
<i>Question 1</i>		
Jamais	61	59,80%
Rarement	29	28,43%
Parfois	10	9,80%
Souvent	0	0,00%
Toujours	2	1,96%
<i>Question 2</i>		
Oral	42	41,18%
Écrit	5	4,90%
Non concerné	53	51,96%
<i>Question 3</i>		
Oui, cas supposé	31	30,39%
Oui, cas avéré	20	19,61%
Non concerné	54	52,94%
<i>Question 4</i>		
Oui	28	27,45%
Non	26	25,49%
Non concerné	48	47,06%
<i>Question 5</i>		
Patiente accompagnée	18	17,65%
Manque d'entraînement	32	31,37%
Embarras	19	18,63%
Manque de temps	7	6,86%
La patiente ne voudra pas agir	3	2,94%
Ne concerne pas les chirurgiens-dentistes	2	1,96%
Non concerné	49	48,04%
<i>Question 6</i>		

Score 0	14	13,73%
Score 1	9	8,82%
Score 2	9	8,82%
Score 3	14	13,73%
Score 4	8	7,84%
Score 5	27	26,47%
Score 6	2	1,96%
Score 7	7	6,86%
Score 8	8	7,84%
Score 9	1	0,98%
Score 10	3	2,94%
<i>Question 7</i>		
Oui	11	10,78%
Non	91	89,22%
<i>Question 8</i>		
<i>Gestion traumatisme</i>		
Score 0	21	20,59%
Score 1	7	6,86%
Score 2	12	11,76%
Score 3	13	12,75%
Score 4	8	7,84%
Score 5	19	18,63%
Score 6	2	1,96%
Score 7	5	4,90%
Score 8	9	8,82%
Score 9	4	3,92%
Score 10	2	1,96%
<i>Rédaction CMI</i>		

Score 0	20	19,61%
Score 1	4	3,92%
Score 2	6	5,88%
Score 3	8	7,84%
Score 4	6	5,88%
Score 5	13	12,75%
Score 6	7	6,86%
Score 7	10	9,80%
Score 8	16	15,69%
Score 9	6	5,88%
Score 10	6	5,88%
<i>Evaluation ITT</i>		
Score 0	52	50,98%
Score 1	8	7,84%
Score 2	19	18,63%
Score 3	8	7,84%
Score 4	3	2,94%
Score 5	6	5,88%
Score 6	1	0,98%
Score 7	2	1,96%
Score 8	0	0,00%
Score 9	1	0,98%
Score 10	2	1,96%
<i>Accompagnement</i>		
Score 0	30	29,41%
Score 1	8	7,84%
Score 2	14	13,73%
Score 3	18	17,65%
Score 4	8	7,84%
Score 5	13	12,75%
Score 6	6	5,88%
Score 7	2	1,96%
Score 8	2	1,96%
Score 9	0	0,00%
Score 10	1	0,98%
<i>Orientation</i>		
Score 0	17	16,67%
Score 1	8	7,84%
Score 2	6	5,88%
Score 3	13	12,75%
Score 4	7	6,86%
Score 5	20	19,61%
Score 6	5	4,90%
Score 7	8	7,84%
Score 8	8	7,84%
Score 9	1	0,98%
Score 10	9	8,82%

<i>Question 9</i>		
<i>Formation initiale</i>		
Score 0	72	70,59%
Score 1	7	6,86%
Score 2	9	8,82%
Score 3	8	7,84%
Score 4	0	0,00%
Score 5	2	1,96%
Score 6	1	0,98%
Score 7	0	0,00%
Score 8	2	1,96%
Score 9	1	0,98%
Score 10	1	0,98%
<i>Formation continue</i>		
Score 0	64	62,75%
Score 1	10	9,80%
Score 2	9	8,82%
Score 3	10	9,80%
Score 4	0	0,00%
Score 5	4	3,92%
Score 6	1	0,98%
Score 7	0	0,00%
Score 8	4	3,92%
Score 9	0	0,00%
Score 10	0	0,00%
<i>Question 10</i>		
Oui	69	67,65%
Non	33	32,35%
<i>Question 11</i>		
Oui et je ne l'ai pas faite	20	19,61%
Oui et je l'ai faite	3	2,94%
Non et je n'ai pas l'intention de la faire	17	16,67%
Non et j'ai l'intention de la faire	62	60,78%
<i>Question 12</i>		
Oui	22	21,57%
Non	80	78,43%
<i>Question 13</i>		
Oui	8	7,84%
Non	30	29,41%
Non concerné	64	62,75%
<i>Question 14</i>		
Oui	16	15,69%
Non	86	84,31%
<i>Question 15</i>		
Oui	40	39,22%
Non	62	60,78%
<i>Question 16</i>		
Oui	26	25,49%
Non	76	74,51%
<i>Question 17</i>		
Oui	28	27,45%
Non	74	72,55%

Annexe 7 : résultats de l'analyse bivariée de notre étude

Distribution (en effectif et pourcentages) des praticiens selon leurs fréquences de repérage des violences en consultations et leurs données d'identification, question 1

		<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>Parfois</i>	<i>Toujours</i>
Sexe	Hommes	35 (77,78%)	7 (15,56%)	3 (6,67%)	0 (0,00%)
	Femmes	26 (45,61%)	22 (38,60%)	7 (12,28%)	2 (3,51%)
Âge	20-29 ans	12 (60,00%)	7 (35,00%)	1 (5,00%)	0 (0,00%)
	30-39 ans	12 (57,14%)	7 (33,33%)	1 (4,76%)	1 (4,76%)
	40-49 ans	15 (68,18%)	6 (27,27%)	1 (4,55%)	0 (0,00%)
	50-59 ans	16 (64%)	5 (20,00%)	3 (12,00%)	1 (4,00%)
Faculté de Diplôme	60-69 ans	6 (42,86%)	4 (28,57%)	4 (28,57%)	0 (0,00%)
	Reims	23 (60,53%)	9 (23,68%)	6 (15,79%)	0 (0,00%)
	Lille	16 (57,14%)	10 (35,71%)	2 (7,14%)	0 (0,00%)
	Paris V	12 (75,00%)	1 (6,25%)	2 (12,50%)	1 (6,25%)
	Rennes	2 (33,33%)	4 (66,66%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Autres (Roumanie, Portugal)	3 (75,00%)	1 (25,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Marseille	1 (33,33%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)
	Montpellier	1 (50,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Paris VII	1 (50,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Nantes	0 (0,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Nice	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Année d'obtention de la thèse	Sans réponse	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	1970-1979	1 (50,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	1980-1989	9 (45,00%)	5 (25,00%)	5 (25,00%)	1 (5,00%)
	1990-1999	16 (66,66%)	6 (25,00%)	2 (8,33%)	0 (0,00%)
	2000-2009	11 (61,11%)	5 (25,77%)	1 (5,55%)	1 (5,55%)
	2010-2019	24 (63,16%)	12 (31,58%)	2 (5,26%)	0 (0,00%)
Département d'exercice	Eure (27)	26 (65,00%)	10 (25,00%)	3 (7,50%)	1 (2,50%)
	Seine-Maritime (76)	35 (56,45%)	19 (30,65%)	7 (11,29%)	1 (1,61%)
Lieu d'exercice	Urbain	38 (59,38%)	19 (29,69%)	6 (9,38%)	1 (1,56%)
	Rural	23 (60,53%)	10 (26,32%)	4 (10,53%)	1 (2,63%)
Structure d'exercice	Cabinet libéral individuel	23 (58,97%)	9 (23,08%)	6 (15,38%)	1 (2,56%)
	Cabinet libéral de groupe	35 (58,33%)	20 (33,33%)	4 (6,67%)	1 (1,67%)
	Centre dentaire	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Centre mutualiste	3 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Centre hospitalier (hors CHU)	1 (33,33%)	2 (66,67%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Centre hospitalier universitaire (CHU)	2 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Exercice	Omnipratique	57 (60,00%)	27 (28,42%)	10 (10,53%)	1 (1,05%)
	Spécialiste MBD	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Spécialiste chirurgie orale	2 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

	Spécialiste ODF	2 (66,67%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Autre orientation	1 (33,33%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)
Implication associative	Association humanitaire	7 (36,84%)	8 (42,10%)	3 (15,79%)	1 (5,26%)
	Organisation politique/religieuse	3 (42,86%)	3 (42,86%)	1 (14,28%)	0 (0,00%)
	Société savante/préventive	2 (50,00%)	2 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Association sportive	9 (45,00%)	8 (40,00%)	3 (15,00%)	0 (0,00%)
	Implication ordinale	7 (70,00%)	2 (20,00%)	1 (10,00%)	0 (0,00%)
	Personnes hors cadre familial	1 (12,5%)	4 (50,00%)	3 (37,50%)	0 (0,00%)
	Impact sur la prévention des violences	8 (53,33%)	4 (26,67%)	2 (13,33%)	1 (6,67%)

Distribution (en effectif et pourcentages) des praticiens interrogeant les patientes au sujet des violences (question 4) par classe d'âge, profil lignes et colonnes

		<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Non concerné(e)</i>	<i>Total général</i>
Âge	20-29 ans	5 (25,00%)	6 (30,00%)	9 (45,00%)	20 (100,00%)
	30-39 ans	5 (23,81%)	5 (23,81%)	11 (52,38%)	21 (100,00%)
	40-49 ans	7 (31,82%)	5 (22,73%)	10 (45,45%)	22 (100,00%)
	50-59 ans	8 (32,00%)	6 (24,00%)	11 (44,00%)	25 (100,00%)
	60-69 ans	3 (21,43%)	4 (28,57%)	7 (50,00%)	14 (100,00%)

		<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Non concerné(e)</i>
Âge	20-29 ans	5 (17,86%)	6 (23,08%)	9 (18,75%)
	30-39 ans	5 (17,86%)	5 (19,23%)	11 (22,92%)
	40-49 ans	7 (25,00%)	5 (19,23%)	10 (20,83%)
	50-59 ans	8 (28,57%)	6 (23,08%)	11 (22,92%)
	60-69 ans	3 (10,71%)	4 (15,38%)	7 (14,58%)
	Total général	28 (100,00%)	26 (100,00%)	48 (100,00%)

Distribution (en effectif et pourcentages) des praticiens selon les problèmes empêchant le repérage des violences et leurs données d'identification , question 5

		<i>Patiente accompagnée</i>	<i>Manque d'entraînement à l'identification des victimes</i>	<i>Praticien trop embarrassé pour évoquer le sujet des violences</i>	<i>Manque de temps dans les RDV</i>	<i>La patiente ne voudra sûrement pas agir, il est inutile d'en parler</i>	<i>Le dépistage des violences domestiques ne concerne pas le chirurgien-dentiste</i>	<i>Non concerné.e</i>
Sexe	Hommes	3 (6,67%)	11 (24,44%)	6 (13,33%)	2 (4,44%)	0 (0,00%)	1 (2,22%)	28 (62,22%)
	Femmes	15 (26,32%)	21 (36,84%)	13 (22,81%)	5 (8,77%)	3 (5,26%)	1 (1,75%)	21 (36,84%)
Âge	20-29 ans	4 (20,00%)	6 (30,00%)	6 (30,00%)	2 (10,00%)	1 (5,00%)	0 (0,00%)	10 (50,00%)
	30-39 ans	2 (9,52%)	5 (23,81%)	6 (28,57%)	0 (0,00%)	2 (9,52%)	1 (4,76%)	9 (42,86%)
	40-49 ans	4 (18,18%)	7 (31,81%)	1 (4,54%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (4,54%)	13 (59,09%)
	50-59 ans	5 (20,00%)	9 (36,00%)	4 (16,00%)	3 (12,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	12 (48,00%)
	60-69 ans	3 (21,43%)	5 (35,71%)	2 (14,29%)	2 (14,29%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (35,71%)
Faculté de Diplôme	Reims	8 (21,05%)	15 (39,47%)	4 (10,53%)	5 (13,16%)	0 (0,00%)	2 (5,26%)	15 (39,47%)
	Lille	5 (17,86%)	7 (25,00%)	9 (32,14%)	1 (3,57%)	1 (3,57%)	0 (0,00%)	15 (53,57%)
	Paris V	2 (12,5%)	5 (31,25%)	4 (25,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	8 (50,00%)
	Rennes	0 (0,00%)	1 (16,67%)	0 (0,00%)	1 (16,67%)	1 (16,67%)	0 (0,00%)	4 (66,67%)
	Autres (Roumanie, Portugal)	1 (25,00%)	1 (25,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (50,00%)
	Marseille	1 (33,33%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)
	Montpellier	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (100,00%)
	Paris VII	1 (50,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)
Nantes	0 (0,00%)	1 (100,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

	Nice	0 (0,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Sans réponse	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
	1970-1979	0 (0,00%)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Année d'obtention de la thèse	1980-1989	5 (25,00%)	7 (35,00%)	1 (5,00%)	3 (15,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	8 (40,00%)
	1990-1999	5 (20,83%)	9 (37,5%)	4 (16,67%)	2 (8,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	13 (54,17%)
	2000-2009	2 (11,11%)	5 (27,78%)	3 (16,67%)	0 (0,00%)	1 (5,55%)	1 (5,55%)	10 (55,55%)
	2010-2019	6 (15,79%)	10 (26,32%)	10 (26,32%)	2 (5,26%)	2 (5,26%)	1 (2,63%)	18 (47,37%)
Département d'exercice	Eure (27)	5 (12,50%)	10 (25,00%)	4 (10,00%)	5 (12,50%)	2 (5,00%)	0 (0,00%)	23 (57,50%)
	Seine-Maritime (76)	13 (20,97%)	22 (35,48%)	15 (24,19%)	2 (3,23%)	1 (1,61%)	2 (3,23%)	26 (41,93%)
Lieu d'exercice	Urbain	11 (17,19%)	19 (29,69%)	14 (21,87%)	1 (1,56%)	2 (3,12%)	1 (1,56%)	31 (48,44%)
	Rural	7 (18,42%)	13 (34,21%)	5 (13,16%)	6 (15,79%)	1 (2,63%)	1 (2,63%)	18 (47,37%)
Structure d'exercice	Cabinet libéral individuel	8 (20,51%)	11 (28,20%)	6 (15,38%)	3 (7,69%)	2 (5,13%)	1 (2,56%)	18 (46,15%)
	Cabinet libéral de groupe	9 (15,00%)	21 (35,00%)	12 (20,00%)	4 (6,67%)	1 (1,67%)	1 (1,67%)	30 (50,00%)
	Centre dentaire	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Centre mutualiste	1 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (66,67%)
	Centre hospitalier (hors CHU)	1 (33,33%)	1 (33,33%)	2 (66,67%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)
	Centre hospitalier universitaire (CHU)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)
Exercice	Omnipratique	17 (18,28%)	32 (34,41%)	19 (20,43%)	7 (7,53%)	2 (2,15%)	2 (2,15%)	43 (46,24%)
	Spécialiste MBD	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
	Spécialiste chirurgie orale	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (100,00%)
	Spécialiste ODF	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (100,00%)
	Autre orientation	1 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	2 (66,67%)

Implication associative	Association humanitaire	7 (46,67%)	5 (33,33%)	4 (26,67%)	0 (0,00%)	1 (6,67%)	0 (0,00%)	9 (60,00%)
	Organisation politique/religieuse	0 (0,00%)	4 (57,14%)	1 (14,29%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (42,86%)
	Société savante/préventive	1 (25,00%)	2 (50,00%)	1 (25,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (25,00%)
	Association sportive	3 (15,00%)	10 (50,00%)	7 (35,00%)	1 (5,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (25,00%)
	Implication ordinale	1 (10,00%)	3 (30,00%)	4 (40,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (30,00%)
	Personnes hors cadre familial	5 (62,50%)	3 (37,50%)	1 (12,50%)	1 (12,50%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (25,00%)
	Impact sur la prévention des violences	4 (26,67%)	1 (6,67%)	1 (6,67%)	1 (6,67%)	1 (6,67%)	0 (0,00%)	9 (60,00%)

Distribution (en effectif et pourcentages) des praticiens selon leurs connaissances et leurs données d'identification, questions 10 à 17

Questions		Question 10	Question 11	Question 12	Question 13	Question 14	Question 15	Question 16	Question 17
Sexe	Hommes	25 (55,55%)	7 (15,55%)	11 (24,44%)	3 (6,67%)	7 (15,55%)	17 (37,78%)	10 (22,22%)	12 (26,67%)
	Femmes	44 (77,19%)	16 (28,07%)	11 (19,30%)	5 (8,77%)	9 (15,79%)	23 (51,11%)	16 (28,07%)	16 (28,07%)
Âge	20-29 ans	17 (85,00%)	4 (20,00%)	5 (25,00%)	0 (0,00%)	1 (5,00%)	8 (40,00%)	2 (10,00%)	2 (10,00%)
	30-39 ans	11 (52,38%)	2 (9,52%)	4 (19,05%)	1 (4,76%)	1 (4,76%)	9 (42,86%)	2 (9,52%)	5 (23,81%)
	40-49 ans	13 (59,09%)	4 (18,18%)	4 (18,18%)	3 (13,64%)	2 (9,09%)	7 (31,82%)	4 (18,18%)	8 (36,36%)
	50-59 ans	18 (72,00%)	8 (32,00%)	6 (24,00%)	3 (12,00%)	7 (28,00%)	11 (44,00%)	12 (48,00%)	10 (40,00%)
	60-69 ans	10 (71,43%)	5 (35,71%)	3 (21,43%)	1 (7,14%)	5 (35,71%)	5 (35,71%)	6 (42,86%)	3 (21,43%)
Faculté de Diplôme	Reims	24 (63,16%)	6 (15,79%)	6 (15,79%)	2 (5,26%)	5 (13,16%)	11 (28,95%)	12 (31,58%)	15 (39,47%)
	Lille	24 (85,71%)	6 (21,43%)	8 (28,57%)	2 (7,14%)	3 (10,71%)	11 (39,29%)	5 (17,86%)	4 (14,29%)
	Paris V	11 (68,75%)	6 (37,50%)	7 (43,75%)	1 (6,25%)	6 (37,50%)	6 (37,50%)	6 (37,50%)	1 (6,25%)
	Rennes	5 (83,33%)	3 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (66,67%)	0 (0,00%)	4 (66,67%)
	Autres (Roumanie, Portugal)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (50,00%)	0 (0,00%)	2 (50,00%)	0 (0,00%)	2 (50,00%)
	Marseille	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Montpellier	2 (100,00%)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	2 (100,00%)
	Paris VII	2 (100,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)
	Nantes	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)
	Nice	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Sans réponse	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)
Année d'obtention de la thèse	1970-1979	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	1980-1989	17 (85,00%)	7 (35,00%)	6 (30,00%)	2 (10,00%)	7 (35,00%)	10 (50,00%)	11 (55,00%)	6 (30,00%)
	1990-1999	18 (75,00%)	8 (33,33%)	4 (16,67%)	2 (8,33%)	5 (20,83%)	10 (41,67%)	8 (33,33%)	12 (50,00%)
	2000-2009	8 (44,44%)	2 (11,11%)	2 (11,11%)	2 (11,11%)	2 (11,11%)	5 (27,78%)	4 (22,22%)	3 (16,67%)

	2010-2019	26 (68,42%)	6 (15,79%)	10 (26,32%)	2 (5,26%)	1 (2,63%)	14 (36,84%)	3 (7,89%)	7 (18,42%)
Département d'exercice	Eure (27)	25 (62,50%)	12 (30,00%)	12 (30,00%)	5 (12,50%)	5 (12,50%)	17 (42,50%)	11 (27,50%)	14 (35,00%)
	Seine-Maritime (76)	44 (70,97%)	11 (17,74%)	10 (16,13%)	3 (4,84%)	11 (17,74%)	23 (37,10%)	15 (24,19%)	14 (22,58%)
Lieu d'exercice	Urbain	44 (68,75%)	11 (17,19%)	13 (20,31%)	5 (7,81%)	10 (15,62%)	26 (40,62%)	13 (20,31%)	13 (20,31%)
	Rural	25 (65,79%)	12 (31,58%)	9 (23,68%)	3 (7,89%)	6 (15,79%)	14 (36,84%)	13 (34,21%)	15 (39,47%)
Structure d'exercice	Cabinet libéral individuel	27 (69,23%)	11 (28,21%)	7 (17,95%)	3 (7,69%)	7 (17,95%)	14 (35,90%)	11 (28,21%)	8 (20,51%)
	Cabinet libéral de groupe	41 (68,33%)	11 (18,33%)	15 (25,00%)	4 (6,67%)	9 (15,00%)	24 (40,00%)	14 (23,33%)	18 (30,00%)
	Centre dentaire	1 (100,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Centre mutualiste	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)	1 (33,33%)	2 (66,67%)
	Centre hospitalier (hors CHU)	3 (100,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)	1 (33,33%)	1 (33,33%)	1 (33,33%)
	Centre hospitalier universitaire (CHU)	2 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)
Exercice	Omnipratique	64 (68,82%)	23 (24,73%)	20 (21,51%)	8 (8,60%)	15 (16,13%)	37 (39,78%)	26 (27,96%)	28 (30,11%)
	Spécialiste MBD	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Spécialiste chirurgie orale	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (100,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)
	Spécialiste ODF	2 (66,67%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Autre orientation	2 (66,67%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (66,67%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Implication associative	Association humanitaire	14 (93,33%)	5 (33,33%)	3 (20,00%)	1 (6,67%)	2 (13,33%)	8 (53,33%)	4 (26,67%)	3 (20,00%)
	Organisation politique/religieuse	5 (71,43%)	1 (14,29%)	1 (14,29%)	1 (14,29%)	2 (28,57%)	3 (42,86%)	2 (28,57%)	1 (14,29%)
	Société savante/préventive	3 (75,00%)	1 (25,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (25,00%)	2 (50,00%)	2 (50,00%)	1 (25,00%)
	Association sportive	15 (75,00%)	2 (10,00%)	5 (25,00%)	2 (10,00%)	1 (5,00%)	9 (45,00%)	4 (20,00%)	9 (45,00%)
	Implication ordinale	7 (70,00%)	3 (30,00%)	4 (40,00%)	2 (20,00%)	7 (70,00%)	5 (50,00%)	2 (20,00%)	2 (20,00%)

Personnes hors cadre familial	6 (75,00%)	2 (25,00%)	3 (37,50%)	0 (0,00%)	1 (12,50%)	4 (50,00%)	4 (50,00%)	3 (37,50%)
Impact sur la prévention des violences	9 (60,00%)	5 (33,33%)	5 (33,33%)	2 (13,33%)	5 (33,33%)	7 (46,67%)	3 (20,00%)	4 (26,67%)

Distribution des praticiens ayant un score strictement inférieur à 5/10 aux différents items concernant la prise en charge des femmes victimes de violence (question 8) et les questions 11, 12, 14, 15, 16, 17 sur des connaissances qu'ils n'avaient pas (réponses « non »)

	<i>Gestion des traumatismes physiques (scores 0 à 4)</i>	<i>Rédaction CMI (scores 0 à 4)</i>	<i>ITT (scores 0 à 4)</i>	<i>Prise en charge psychologique (scores 0 à 4)</i>	<i>Orientation des patientes (scores 0 à 4)</i>
Formation e-learning	50 (81,97%)	39 (88,64%)	71 (78,89%)	64 (82,05%)	41 (80,39%)
Outils ONCD	49 (80,33%)	37 (84,09%)	71 (78,89%)	64 (82,05%)	41 (80,39%)
Référents violence	53 (86,89%)	38 (86,36%)	75 (83,33%)	65 (83,33%)	45 (88,24%)
Statistiques blessures	39 (63,93%)	29 (65,91%)	57 (63,33%)	50 (64,10%)	36 (70,59%)
Numéro de téléphone vert	48 (78,69%)	38 (86,36%)	67 (74,44%)	64 (82,05%)	41 (80,39%)
Existence de consultations spécifiques	49 (80,33%)	33 (75,00%)	68 (75,56%)	61 (78,21%)	41 (80,39%)
Total général	61 (100,00%)	44 (100,00%)	90 (100,00%)	78 (100,00%)	51 (100,00%)

Distribution des praticiens selon le niveau autoévalué de formation initiale concernant les femmes victimes de violences et les facultés d'origine (questions 9 et 20), tableau en profil colonnes

Scores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cluj napoca (Roumanie)	1 (1,39%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Iasi (Roumanie)	1 (1,39%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Lille	17 (23,61%)	3 (42,86%)	4 (44,44%)	3 (37,50%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Marseille	3 (4,17%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Montpellier	1 (1,39%)	1 (14,29%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Nantes	0 (0,00%)	1 (14,29%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Nice	1 (1,39%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Non renseigné	1 (1,39%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Paris V	10 (13,89%)	0 (0,00%)	1 (11,11%)	3 (37,50%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Paris VII	2 (2,78%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Porto (Portugal)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Reims	32 (44,4%)	2 (28,57%)	3 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Rennes	3 (4,17%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (25,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Timisoara (Roumanie)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Total général	72 (100,00%)	7 (100,00%)	9 (100,00%)	8 (100,00%)	0 (0,00%)	2 (100,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	2 (100,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)

Distribution des praticiens selon le niveau autoévalué de formation initiale concernant les femmes victimes de violences et les facultés d'origine (questions 9 et 20), tableau en profil lignes

<i>Facultés/scores</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total général
Cluj napoca (Roumanie)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Iasi (Roumanie)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Lille	0,60714286	3 (10,71%)	4 (14,29%)	3 (10,71%)	0 (0,00%)	1 (3,57%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Marseille	3 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Montpellier	1 (50,00%)	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Nantes	0 (0,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Nice	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Non renseigné	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Paris V	10 (6,25%)	0 (0,00%)	1 (6,25%)	3 (18,75%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (6,25%)	0 (0,00%)	1 (6,25%)	1 (100,00%)
Paris VII	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Porto (Portugal)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Reims	32 (84,21%)	2 (5,26%)	3 (7,89%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,63%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Rennes	3 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (16,67%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
Timisoara (Roumanie)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)

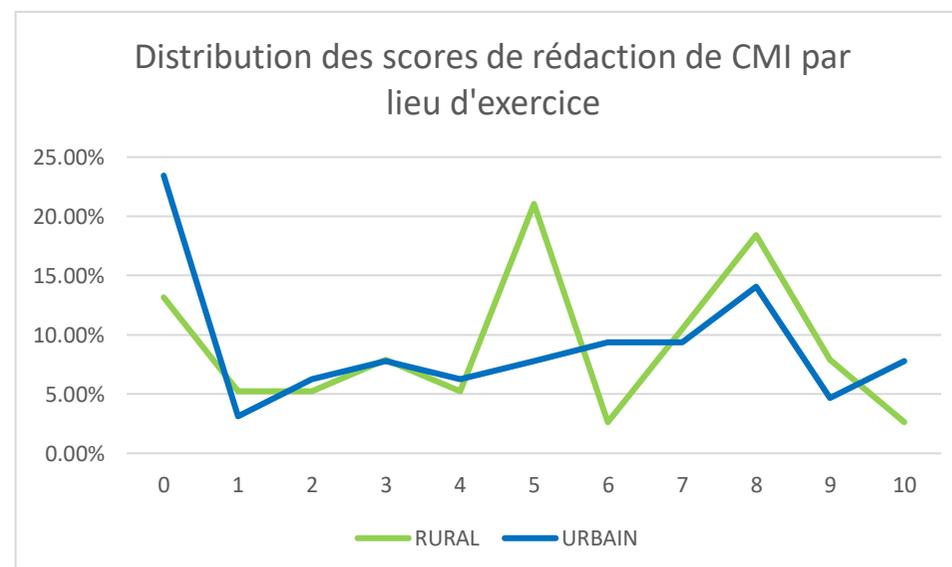
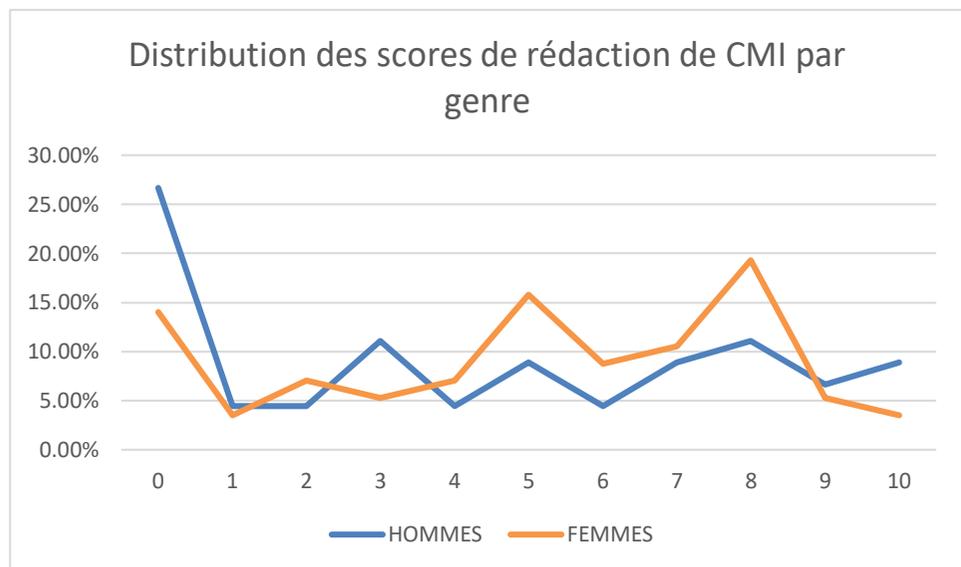
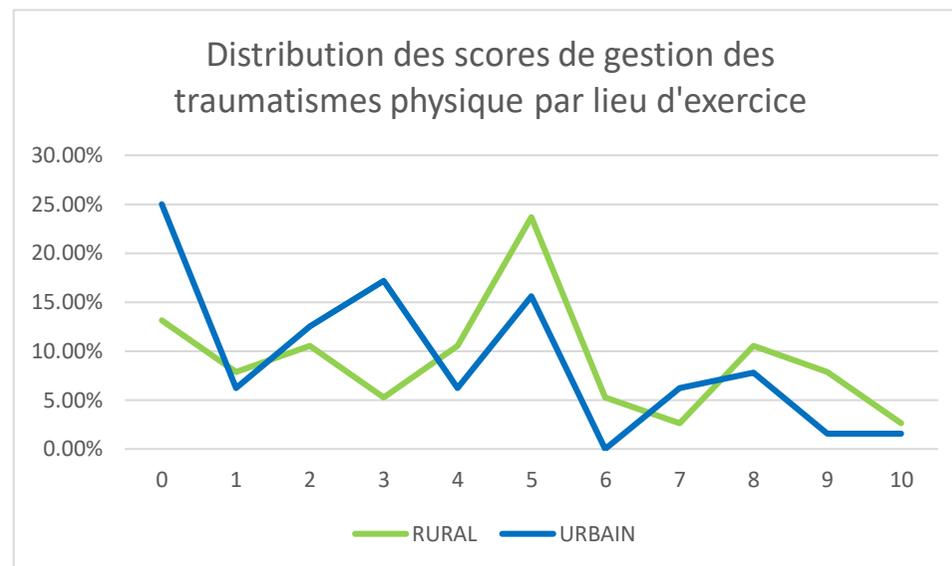
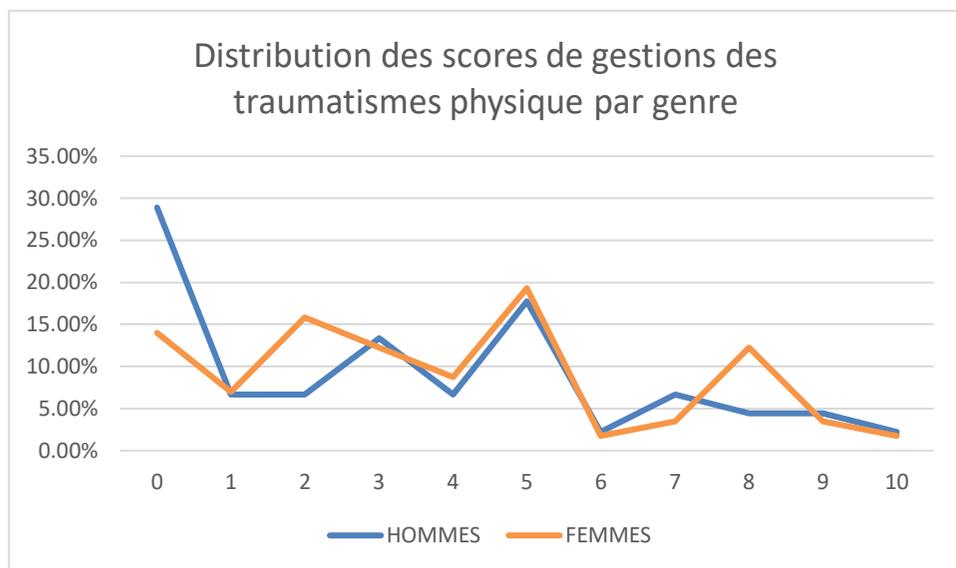
Distribution des praticiens selon leur niveau de formation continue (question 9), parmi les sujets qui connaissaient leur obligation de formation continue actuelle (question 10)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Score de niveau de formation continue Total 69 (100,00%)	39 (56,52%)	7 (10,14%)	7 (10,14%)	8 (11,59%)	0 (0,00%)	4 (5,80%)	1 (1,45%)	0 (0,00%)	3 (4,35%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

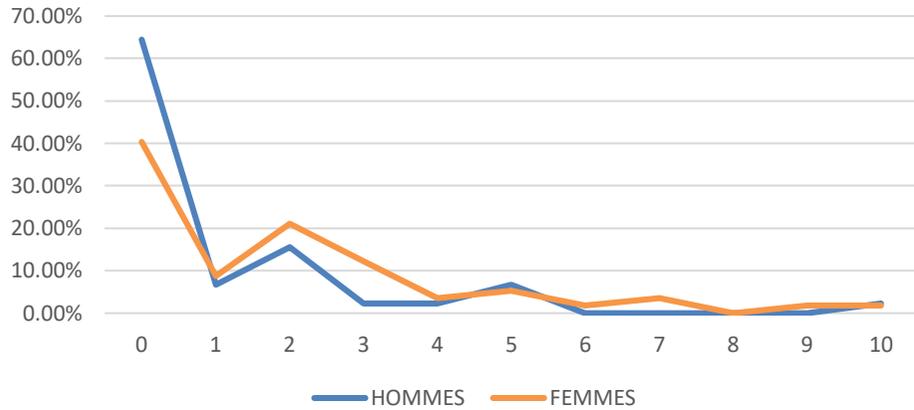
Distribution de la fréquence de repérage selon le niveau de formation initiale (les scores 4, 7 et 9/10 n'ayant jamais été choisi par les praticiens répondants)

	Jamais	Rarement	Parfois	Toujours	Total général
0	54 (88,52%)	12 (41,38%)	5 (50,00%)	1 (50,00%)	72 (70,59%)
1	1 (1,64%)	5 (17,24%)	1 (10,00%)	0 (0,00%)	7 (6,86%)
2	2 (3,28%)	5 (17,24%)	2 (20,00%)	0 (0,00%)	9 (8,82%)
3	3 (4,92%)	3 (10,34%)	2 (20,00%)	0 (0,00%)	8 (7,84%)
5	1 (1,64%)	1 (3,45%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (1,96%)
6	0 (0,00%)	1 (3,45%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,98%)
8	0 (0,00%)	2 (6,90%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (1,96%)
10	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)	1 (0,98%)

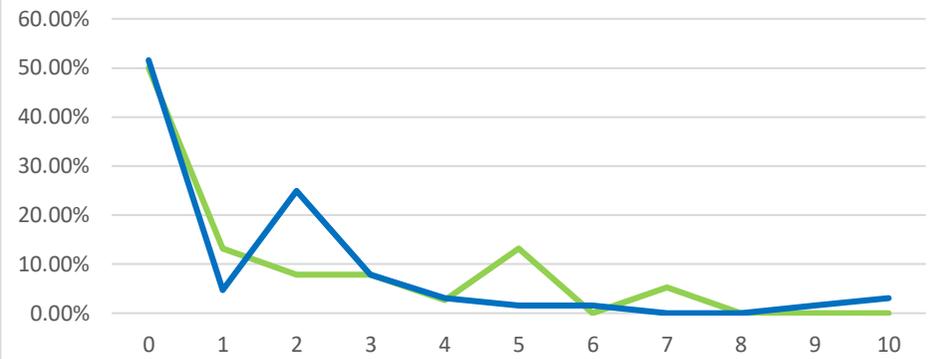
Annexe 8 : courbes de distribution de scores de la question 8 par items, par genres et lieux d'exercice



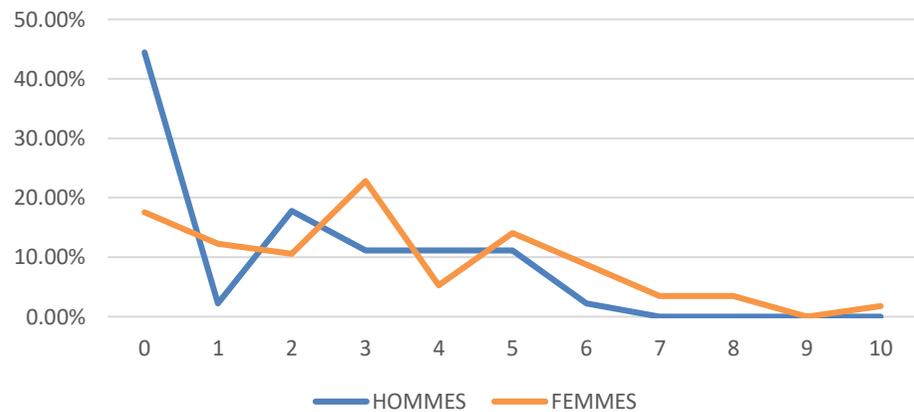
Distribution des scores d'évaluation d'ITT par genre



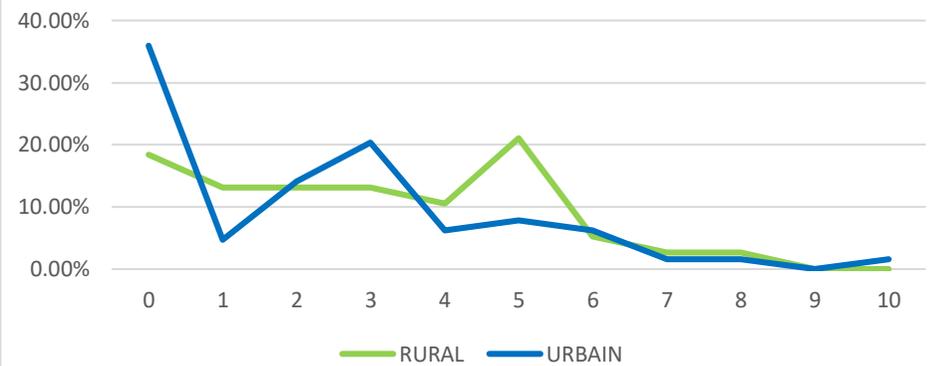
Distribution des scores d'évaluation d'TT par lieu d'exercice



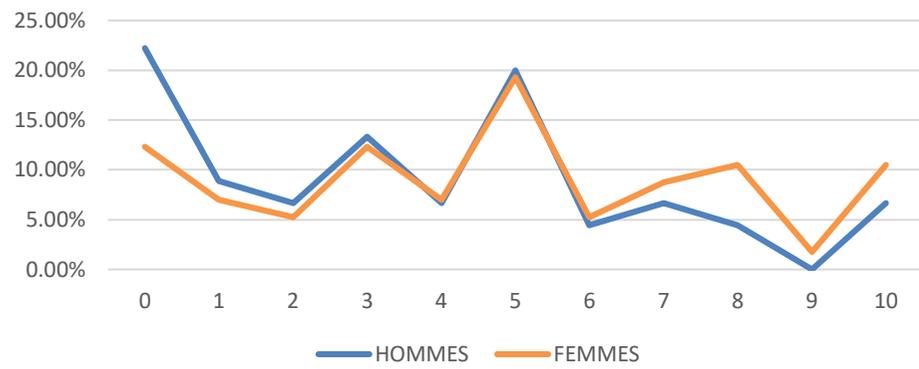
Distribution des scores de prise en charge psychologique par genre



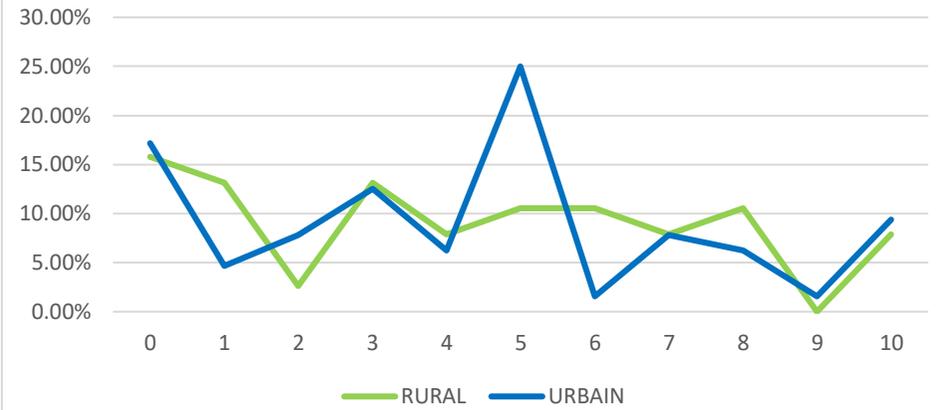
Distribution des scores de prise en charge psychologique et accompagnement par lieu d'exercice



Distribution des scores d'orientation vers des spécialistes par genre



Distribution des scores d'orientation vers des professionnels spécialisés par lieu d'exercice



Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille 2 : Année [2020] – N°:

Prise en charge des femmes victimes de violences : enquête auprès des chirurgiens-dentistes de l'Eure et de Seine-Maritime/ **LEPRÊTRE Sophie.**- p. (110) : ill. (22); réf. (54).

Domaines : Exercice professionnel ; Prévention

Mots clés Rameau: Santé Publique ; Bonnes pratiques cliniques ; Violence conjugale - Soins dentaires - Enquête - Eure (France) - Seine-Maritime (France) ; Connaissances, attitudes et pratiques en santé – Eure (France) – Seine-Maritime (France)

Mots clés FMeSH: Enquêtes et questionnaires ; Étude transversale ; Connaissances, attitudes et pratiques en santé ; Dépistage de masse ; Violence conjugale ; Violence domestique ; Violence envers le partenaire intime ; Femmes victimes de violence

Résumé de la thèse : Les violences faites aux femmes concernent 35% de la population féminine mondiale (OMS, 2013). En France, 223 000 femmes sont victimes de violence conjugale et 1 femme décède tous les 2,7 jours. Les conséquences générales touchent à la santé physique, sexuelle et génésique, mentale et comportementale. La sphère oro-faciale peut être aussi traumatisée par les violences physiques et la santé bucco-dentaire, affectée.

De nombreux outils ont été développés pour aider les professionnels de santé à prendre en charge les femmes victimes de violences, y compris pour les chirurgiens-dentistes.

La Normandie est aussi touchée que les autres régions françaises en matière de violences faites aux femmes. Pourtant, les chirurgiens-dentistes paraissent peu impliqués dans cette prise en charge spécifique.

Une enquête a donc été menée dans les départements de l'Eure et de Seine-Maritime, visant à décrire les connaissances et attitudes des praticiens à l'égard des femmes victimes de violences, ainsi qu'à identifier les principaux obstacles au dépistage de ces victimes.

Ce travail a pour but d'exposer les résultats de cette étude. Le plan s'organise de la façon suivante : généralités et introduction à l'étude, matériel et méthodes, résultats, discussion et conclusion.

JURY :

Président : Professeur Thomas COLARD

Asseseurs : Docteur Mathilde SAVIGNAT

Docteur Céline CATTEAU

Docteur Julie BEMER