



UNIVERSITE LILLE 2 – DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Violences conjugales et grossesse : étude d'impact d'une
sensibilisation au sein du réseau périnatal de Roubaix**

Présentée et soutenue publiquement le 28/02/2019 à 18h
au Pôle Formation

Par Aurélia THIEFFRY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Madame le Docteur Anita TILLY - DUFOUR

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Anastasia CHUDZINSKI

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CHU	Centre hospitalier universitaire
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPP	Comité de protection des personnes
CVS	Cadre de vie et sécurité
DPC	Développement professionnel continu
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France
FMC	Formation médicale continue
HAS	Haute autorité de santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
ITT	Incapacité totale de travail
IVG	Interruption volontaire de grossesse
OD	Odds ratio
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PACS	Pacte civil de solidarité
PMI	Protection maternelle et infantile
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RR	Risque relatif
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIRAGE	Violences et rapports de genre

Table des matières

ABSTRACT	5
Première partie : Etat des lieux des connaissances	6
I. Définitions des violences conjugales	7
II. Epidémiologie	8
III. Les différentes formes de violences conjugales	9
IV. Facteurs de risques	9
V. Cycle des violences conjugales	11
VI. Conséquences sur la santé	11
VII. Violences conjugales et grossesse	14
VIII. Impact sur les enfants	16
IX. Sur le plan juridique	16
X. Dépistage	18
XI. Prise en charge	19
Deuxième partie : Etude d'impact d'une sensibilisation aux violences conjugales au sein du réseau périnatal de Roubaix	23
I. Introduction	24
II. Matériels et méthodes	25
III. Résultats	28
IV. Discussion	34
V. Conclusion	40
Tableau 1 : Caractéristiques des participants inclus dans l'étude	41
Tableau 2 : Evaluation des connaissances – Taux de bonnes réponses	42
Tableau 3 : Facteurs de risque létaux choisis par les participants	43
Tableau 4 : Première orientation des victimes de violences conjugales	44
Tableau 5 : Aide obtenue des autres professionnels	45
Références bibliographiques	46
ANNEXES	
Annexe n°1 : Questionnaire donné aux professionnels avant la sensibilisation	53
Annexe n°2 : Questionnaire donné aux professionnels après la sensibilisation	56
Annexe n°3 : Questionnaire donné aux professionnels à 6 mois	58

ABSTRACT

Context: Despite the prevalence of domestic abuse (one in ten women), the health professionals' lack of knowledge persists. It is necessary to raise awareness among them. Pregnancy is a good time to detect and take charge of domestic abuse thanks to the consultation frequency and the climate of confidence established during the follow-up. Moreover, this is an opportune period for the introduction and the aggravation of such violence. The aim of this work was to evaluate the impact of an awareness-raising program on domestic violence.

Methods: Monocentric and comparative before / after study, have been conducted from January 2018 to December 2018. Ninety-nine health professionals from the Roubaix perinatal network participated in a half-day awareness session. They completed a questionnaire before the educational program, post-test immediately after the program, and at 6 months follow-up, in order to assess knowledge and practices.

Results: 91 questionnaires were analyzed in pre-test, 87 in post-test and 58 at 6 months follow-up. The response rate obtained was 64% at 6 months. Regarding the global knowledge, the participants got 45% of correct answers in pre-test, 77% in post-test and 61% at 6 months. This improvement of global knowledge is significant in post-test ($p < 0.001$) ($n = 87$) and at 6 months ($p < 0.001$) ($n = 58$). At 6 months follow-up, 9 participants out of 10 changed their practice (95% CI [0.82-0.97] ($n = 58$)). The number of participants systematically asking patients about domestic abuse has doubled significantly ($p = 0.039$) (95% CI [0.15-0.37]) ($n = 58$). Participants feel more confident identifying and taking charge of victims at 6 months ($p < 0.001$) ($n = 58$). The number of used support tools increased.

Conclusion: A domestic abuse awareness program for health professionals leads to a significant improvement of the knowledge and a change of practices at 6 months. However, large-scale studies are necessary, in order to know the real impact on the care of victims.

Première partie
Etat des lieux des connaissances

I. Définitions des violences conjugales

Les violences conjugales s'exercent à l'encontre d'un conjoint, que le couple soit marié, lié par un PACS, en simple concubinage ou même séparé (1). Cela comprend, selon l'OMS et l'ONU : « tout comportement qui cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, le harcèlement psychologique, tout autre acte de domination, et divers types de comportements de contrainte comme d'isoler une personne de sa famille et de ses amis ou de lui restreindre l'accès à l'information ou à une assistance », ainsi que « la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (2,3).

Les violences conjugales se distinguent des simples conflits de couple (« conjugopathie »), par le caractère asymétrique de la relation et l'inégalité de la violence exercée par celui qui veut dominer, asservir, humilier sa partenaire (4). La victime et l'agresseur sont toujours les mêmes. Il n'y a pas d'inversion des rôles possible. Il n'y a généralement pas de témoins, afin de favoriser l'emprise sur la victime en l'isolant (5). Un conflit pouvant être violent, l'amalgame est fréquent.

Dans la littérature, les termes utilisés sont les suivants : « violences conjugales », « violences entre partenaires intimes », « maltraitance entre époux » ou « intimate partner violence », « partner abuse », « spousal abuse », « domestic abuse ».

Bien qu'il existe des cas de violences de femmes envers leur partenaire masculin, ou au sein d'un couple homosexuel féminin, la forme la plus courante reste la violence des hommes à l'encontre de leur partenaire féminine (6–8). En 2016, parmi les 21746 appels annuels ayant pour motif les violences conjugales au « 3919 Violences Femmes Info » (numéro national gratuit dédié), 98% concernaient une victime femme et dans 99% de ces situations l'agresseur était un homme (9).

Les violences conjugales concernent toutes les femmes, quels que soient le pays, le milieu socio-économique, la religion et la culture (6,8,10).

II. Epidémiologie

Selon les estimations mondiales de l'OMS en 2013, 30% des femmes qui ont eu des relations de couple signalent avoir subi une forme quelconque de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie (11). Pas moins de 38% des meurtres de femmes dans le monde sont le fait du partenaire intime masculin (11).

En France, de nombreuses enquêtes de victimation ont été réalisées directement auprès des victimes de crimes ou délits et ont permis l'étude statistique de ces violences (12). Parmi celles-ci, l'enquête ENVEFF de 2000 montre que près d'une femme sur dix, âgée de 20 à 59 ans, a été victime de violences conjugales au cours des douze mois précédant l'enquête (13). Selon l'enquête française CVS de 2018, entre 2011 et 2017, en moyenne chaque année 219 000 femmes majeures ont déclaré avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint (14,15). Trois victimes sur quatre déclarent avoir subi des faits répétés et huit sur dix des agressions verbales et/ou des atteintes psychologiques associées (14,15).

D'après l'enquête VIRAGE en France en 2015, une femme sur sept et un homme sur vingt-cinq déclarent avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle (hors harcèlement et exhibitionnisme) au cours de leur vie (16). Parmi les victimes, trois femmes sur quatre ont subi des violences sexuelles dans le cadre de l'espace privé (famille, proches, conjoints et ex-conjoints) (16). Après le contexte familial, c'est avec leur conjoint (relation de plus de quatre mois) et ex-conjoint que les femmes subissent le plus de viols et de tentatives de viol, dont 10 % avant 18 ans (16).

En 2017, en France, ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire : 130 femmes, soit une femme tous les 2,8 jours et 21 hommes, soit un homme tous les 17 jours (17). La moitié des femmes tuées était des victimes connues, soit par les forces de l'ordre, soit par leur entourage, de violences antérieures de la part de l'auteur de l'homicide (15,17). Les chiffres utilisés pour les réponses aux questionnaires de notre étude sont ceux de 2016, avec un homme tué tous les 11 jours (18).

III. Les différentes formes de violences conjugales

Les violences conjugales peuvent être de plusieurs types (8,13,19–25) :

- Verbales (insultes, menaces, chantages...),
- Psychologiques (dénigrement, contrôle des sorties et des relations amicales, mépris, domination, menaces, dévalorisation...),
- Physiques (coups, brutalité, gifles, menaces avec une arme, tentatives d'étranglement ou de meurtre, séquestration, mises à la porte...),
- Sexuelles (viols, pratiques sexuelles imposées, prostitution forcée...),
- Economiques et administratives (privation des moyens de paiement, contrôle des dépenses, interdiction de travailler, vol entre époux (papiers d'identités, carte bleue, titres de séjour)...).

D'après l'enquête ENVEFF, la répartition des violences était la suivante : 12,5% d'agressions verbales, 5,3% de chantage affectif, 72,1% de pressions psychologiques répétées (dont 23,4% de harcèlement moral), 7,4% d'agressions physiques et 2,7% de viols et autres actes sexuels imposés (13). La répétition était définie par plus de trois faits constitutifs dont au moins un fréquent (13).

Les violences physiques ne sont jamais isolées (4). Les violences psychologiques et verbales constituent généralement le socle construit par l'agresseur pour amener secondairement les violences physiques et sexuelles. En théorie comme en pratique, la ligne de démarcation entre les différents types de violence n'est pas toujours aussi claire, ces dernières étant souvent intriquées (8).

IV. Facteurs de risques

Le principal facteur de risque d'être victime de violences conjugales est le fait d'être une femme. C'est dans la vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences avec une fréquence homogène selon les catégories socio-professionnelles (13).

Certains auteurs, dont l’OMS, décrivent cependant les violences conjugales comme étant le résultat de plusieurs facteurs favorisant : individuels, relationnels, communautaires et sociétaux (6).

Les facteurs de risque individuels (liés aux auteurs de violence, aux victimes ou aux deux à la fois) sont aspécifiques : âge jeune, faible niveau d’instruction, exposition à la violence familiale pendant l’enfance, sévices sexuels pendant l’enfance, usage nocif de drogues et d’alcool, acceptation de la violence, antécédents de partenaires violents, inégalités socio-économiques et notamment le chômage (3,4,6–8,26–28).

Les facteurs relationnels regroupent une instabilité du couple, l’insatisfaction conjugale, la domination masculine familiale et envers leur partenaire, la multiplicité des partenaires féminines et un écart entre les niveaux d’instruction (victime plus instruite que son partenaire masculin) (4,6,8,27,29,30).

Les facteurs communautaires et sociétaux comprennent la pauvreté, la faible considération sociale et économique des femmes, l’absence de droits civils des femmes et notamment l’existence de lois sur le mariage et le divorce qui sont restrictives ou inéquitables, une large acceptation sociale de la violence comme moyen de résoudre les conflits, les conflits armés et les niveaux élevés de violence en général dans la société (3,8,27).

Les croyances relatives à l’honneur de la famille et à la pureté sexuelle, les idéologies sur les droits sexuels de l’homme et la faiblesse des sanctions juridiques et communautaires contre la violence sexuelle dans certains pays contribuent à la poursuite de ces violences (3). Dans de nombreux pays, les normes sociales sur les rôles assignés à chacun des sexes (notamment celles qui associent la notion de virilité à la domination et à l’agressivité, assignant un statut supérieur à l’homme) perpétuent ces violences (7,27,31).

Certains facteurs sont déclenchants : la séparation, le divorce, la grossesse, le chômage, la précarité et l’infidélité de la part de l’auteur des violences (4,8,32). Les facteurs aggravants et de risque de passage à l’acte létal sont la grossesse (4,6,29,33–40) et la séparation (8,32,39,41).

V. Cycle des violences conjugales

Les violences conjugales se déroulent de manière cyclique. La fréquence et l'intensité des cycles augmentent avec le temps. Cela permet à l'auteur des violences de maintenir la domination et l'emprise sur son ou sa partenaire (4).

Ce cycle est composé de quatre phases (5) :

- La phase de tension (menaces, reproches, chantages, intimidations). La victime modifie son comportement pour diminuer les tensions ;
- Le passage à l'acte violent (verbal, psychologique, physique, sexuel ou économique) ;
- L'inversion de la culpabilité ou le transfert des responsabilités. L'agresseur trouve des excuses pour justifier son comportement. La victime doute de ses propres perceptions, se sent responsable de la situation et adhère aux explications de l'auteur ;
- La lune de miel ou rémission (excuses, cadeaux). La victime constate les efforts de l'agresseur, change ses propres attitudes, a de l'espoir. Dans les cas les plus extrêmes, il n'y a plus de phase de rémission.

VI. Conséquences sur la santé

Les violences conjugales sous toutes leurs formes entraînent à court et long terme un impact grave sur la santé physique, mentale, sexuelle et reproductive des femmes (3,10,33). Elles affectent aussi leurs enfants et ont des coûts sociaux et économiques élevés pour les femmes, leur famille et la société (3). La tension permanente instaurée par l'agresseur atteint profondément et durablement leur santé (4,33).

Ces conséquences peuvent être classées en quatre grandes catégories (33) :

- Les traumatismes physiques aigus
- L'impact sur la santé psychique, le développement de comportements à risque
- Les conséquences sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle et périnatale
- Les maladies chroniques dont le risque peut être augmenté par les violences.

Comparativement aux femmes n'ayant jamais subi de violences, ces victimes présentent des symptômes physiques et psychiques plus nombreux et s'estiment en moins bon état de santé (4,42). Dans l'enquête ENVEFF, 16 % l'ont qualifié de « moyen » et 4 % de « médiocre » ou « mauvais » (13).

Le nombre d'hospitalisations, quel que soit le motif médical, est significativement plus élevé lorsqu'elles ont subi des agressions (4,13). De plus, toutes les pathologies chroniques sont susceptibles d'être déséquilibrées ou aggravées (4,43). Des signes généraux multiples sont fréquents entrant ou non dans le cadre d'une somatisation (lombalgies, céphalées, vertiges, etc.) (3).

Des blessures consécutives à l'acte violent sont signalées par 42% des victimes (3). Dans l'étude internationale PRAISE de 2013 menée dans des services de chirurgie orthopédique, une patiente sur six consultant pour une fracture avait subi des violences conjugales au cours de l'année (44). Dans un cas sur cinquante, la fracture était directement liée à ces violences (44).

Sur le plan gynécologique, cela occasionne des grossesses non désirées, des IVG, des lésions périnéales et des IST. Une étude de l'OMS en 2013, a montré que les femmes victimes d'abus sexuels ou de maltraitance par leur partenaire avaient 1,5 fois plus de risque de souffrir d'une IST que les femmes non victimes (11). Une méta-analyse de 2014, retrouve une augmentation du risque d'infection au VIH en cas de violences conjugales (RR=1,28)(45). Les troubles de la sexualité, les douleurs pelviennes chroniques inexplicées ou les dysménorrhées doivent également interpeler.

Les troubles psychiatriques sont multiples. Une étude française de Lamy *et al.* sur les victimes de violences conjugales psychologiques indique que 52% d'entre elles souffraient d'un trouble psychiatrique avec une prédominance des troubles anxieux (28%) et addictifs (19%)(46). Les violences psychologiques sont associées à une augmentation de la prévalence de l'anxiété, de la dépression, d'un état de stress post-traumatique et de l'addiction à l'alcool ou à une autre substance psychoactive (10,33,46–50). Plus de 50% des victimes présentent un syndrome dépressif (4).

Une méta-analyse de 2012, montre un risque de trouble dépressif majeur multiplié par deux à trois fois et un risque accru de dépression du post-partum chez les femmes exposées aux violences conjugales par rapport aux femmes non exposées (51). L'OMS retrouve les mêmes chiffres (11). D'après O'Campo *et al.* en 2006, une association dépression-état de stress post-traumatique était retrouvée chez 19,7% des victimes versus 4,5% chez les non victimes (52).

Selon ENVEFF, 22% des victimes consomment davantage de psychotropes (13). D'après une étude néerlandaise de Prosman *et al.*, la prise d'antidépresseurs est significativement plus fréquente chez les femmes victimes (RR=4,1)(53). On retrouve les mêmes chiffres dans le rapport Henrion de 2001 (4). Selon une étude scandinave de 2010, les victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles consommaient 1,7 fois plus d'anxiolytiques et 1,5 fois plus d'antidépresseurs que les personnes non victimes (54). Lors de violences psychologiques isolées, 1,6 fois plus d'antidépresseurs étaient utilisés (54).

L'issue des violences conjugales peut être mortelle, qu'il s'agisse d'homicide ou de suicide (3). D'après Ellsberg *et al.*, il existe une association significative entre violences conjugales, détresse émotionnelle, idées suicidaires (RR 2,9) et tentatives de suicide (RR 3,8) par rapport aux femmes non victimes (42). Dans une étude suédoise de 2015, la majoration d'idées suicidaires chez les personnes exposées aux violences conjugales était retrouvée chez les femmes et les hommes (55). En cas de décès d'une femme, quel que soit son âge, la question des violences conjugales doit être envisagée surtout en cas de mort inexplicée.

Les conséquences sont multiples mais la cause souvent non identifiée car les femmes parlent rarement des violences aux soignants. Les victimes ont peur des effets de la découverte des violences (implication des services sociaux, réaction du partenaire qui le découvre)(4,56). La charge traumatique et le poids des représentations sociales s'exerçant sur les victimes peuvent conduire à leur isolement, renforçant l'impact sur leur santé (4). Le retentissement est aggravé par la proximité avec l'agresseur, par la combinaison de plusieurs formes de violences et leur installation dans la durée (33).

VII. Violences conjugales et grossesse

La grossesse est une période propice à l'instauration et/ou à l'intensification des violences dans le couple (4,6,25,29,33–40). Les chiffres de prévalence de violences conjugales pendant la grossesse varient beaucoup selon les études et les pays avec une moyenne comprise entre 3 et 13 % (4,29,34,48,57,58). Le continent africain est le plus touché avec près de 57% des femmes enceintes victimes (59).

La gravité des violences conjugales pendant la grossesse réside dans un retentissement double, à la fois sur la mère et le fœtus (60). La grossesse peut être désirée par le couple pendant une période d'accalmie, la conséquence d'un viol conjugal, ou l'impossibilité pour la femme d'utiliser une contraception (4).

Les grossesses peuvent alors aboutir à des IVG, à des déclarations tardives et des grossesses mal surveillées (4,7,47,57,61). Selon ENVEFF, les IVG sont deux fois plus fréquentes et plus tardives (13). Elles sont réalisées dans des conditions dangereuses, parfois sous la pression du partenaire ou sans que celui-ci n'en soit informé (10). Une méta-analyse internationale de 2014, retrouve une prévalence des violences conjugales entre 2,5% et 30% dans l'année précédant une IVG.

D'après Parker *et al.*, les premières consultations se déroulent au 3^{ème} trimestre dans 21,9% des cas chez les adolescentes victimes de violences (versus 7,5% pour celles non victimes) et dans 15,8% des cas chez les adultes (versus 8,7% pour celles non victimes) (62).

Les violences conjugales pendant la grossesse ont des conséquences graves (3,4,7,33,47,57,61,63–67), notamment l'augmentation du risque de :

- fausses-couches spontanées ;
- accouchements prématurés, ruptures prématurées des membranes ;
- RCIU, faible poids à la naissance ;
- hématomes rétro-placentaires ou décollements placentaires ;
- hémorragies fœto-maternelles, ruptures utérines ;
- mort maternelle, fœtale et néonatale.

Les lésions fœtales directes sont très rares (plaies par arme blanche ou fracture de membre) car le fœtus est protégé par le liquide amniotique (4). Tout traumatisme pendant la grossesse doit être exploré, les violences conjugales représentant l'une des causes principales de traumatisme pendant la grossesse (68).

La prévalence des fausses-couches et des accouchements prématurés diffère selon les pays et les années. Au Guatemala en 2011, 10% des femmes non exposées aux violences de leur partenaire faisaient une fausse-couche, contre 14% pour les victimes, avec un risque relatif de 1,88 (69). En 2012, d'après une étude réalisée au sein de l'association "SOS Femmes 93", sur soixante-deux grossesses, onze se sont terminées par une fausse couche (17,7%) et cinq par une IVG (8%)(35). Les accouchements prématurés compliquaient 23% des grossesses (35). Le risque de prématurité est 1,6 fois plus important selon ENVEFF (13) et 1,41 fois selon l'OMS (11). Selon Silverman *et al.*, le risque de RCIU est de 17% avec une majoration de 30% du risque de nécessiter une hospitalisation en soins intensifs néonataux (70). D'après Parker *et al.*, 9,5% des enfants de victimes pesaient moins de 2500g à la naissance (62).

Aux violences s'associent souvent un tabagisme, parfois le mésusage d'alcool ou de toxiques, une anémie maternelle, des infections urinaires plus fréquentes, retentissant sur l'évolution de la grossesse et la croissance de l'enfant (4,62).

Après l'accouchement, une absence de soins immédiats à l'enfant, un allaitement déficient ou absent, des douleurs persistantes à distance de l'accouchement peuvent être un signe d'alerte (4). L'isolement est prédominant. D'après Saurel-Cubizolles *et al.*, un an après la naissance de leur enfant, 46% des victimes n'ont personne dans leur entourage à qui se confier (66).

La mort maternelle est possible suite à un homicide ou à des complications de la grossesse. Aux Etats-Unis, les traumatismes sont la cause principale de mortalité maternelle non obstétricale (68,71). Au Royaume-Uni, entre 2006 et 2008, 13% des femmes décédées pendant la grossesse avaient auparavant rapporté être victimes de violences conjugales (72). Le rapport français sur les morts maternelles de 2017 ne mentionne pas les décès liés aux violences conjugales (73).

VIII. Impact sur les enfants

La violence physique ou verbale dont l'enfant est témoin a les mêmes effets sur lui que s'il en était victime, qu'il soit présent ou non lors des violences (4). Les troubles comportementaux et émotionnels susceptibles de l'amener ultérieurement à commettre des actes violents ou à en être victime sont fréquents (3), la reproduction de la violence étant le seul modèle de communication connu (74).

Sudermann et Jaffe ont établi une classification selon l'âge, des conséquences chez l'enfant de l'exposition à la violence conjugale sur la santé physique et mentale, le développement global, le mode de fonctionnement et les habilités sociales (75).

La mortalité est plus élevée chez les enfants de victimes (3). En 2017, en France, 11 enfants sont décédés concomitamment à l'homicide de leur père et/ou mère, et 14 enfants ont été tués dans le cadre de violences conjugales sans que l'autre parent ne soit tué (17).

IX. Sur le plan juridique

Le Code pénal en vigueur depuis le 1^{er} mars 1994 (loi de juillet 1992), complété en 2006 et 2010 (76–78), mentionne que la qualité de conjoint, concubin, partenaire de PACS, ex-conjoint, ex-concubin et ex-partenaire de PACS de la victime constitue une circonstance aggravante « *des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne* ».

Les violences conjugales constituent un délit et sont passibles du tribunal correctionnel, même sans entraîner d'ITT (4). Pour une ITT inférieure à 8 jours, elles sont punies de 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende. Pour une ITT supérieure à 8 jours, la pénalité s'élève à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros.

Pour les médecins appelés à prendre en charge une victime de violence conjugale, la difficulté réside dans la balance entre le devoir de protection de la santé des patients et les impératifs du secret professionnel (4).

La règle du secret médical ne fait pas obstacle à ce que le médecin signale les sévices qu'il a constatés : l'article 226-14 du code pénal (79) établit à ce sujet une dérogation au secret médical (article 226-13). De plus, l'absence d'intervention est répréhensible lorsque le médecin suspecte des sévices (80).

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable (79) :

1) A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices [...] dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger [...];

2) Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques [...] ont été commises [...];

3) Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet [...] du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une » (79). « Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi » (79).

La loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les sexes (81) a permis des avancées concrètes (82) :

- l'ordonnance de protection renforcée, même sans dépôt de plainte;
- le téléphone grave danger généralisé ; 530 ont été distribués en 2016 (83);
- la remise en question systématique de l'autorité parentale de l'auteur des violences;
- la limitation de la médiation pénale aux cas de demandes express par la victime;
- l'éviction du conjoint du domicile comme règle;
- la création d'un stage de responsabilisation pour les auteurs de violences;
- la garantie d'une confidentialité dans les centres d'hébergement;
- une délivrance et un renouvellement gratuits pour les titres de séjour des victimes étrangères.

X. Dépistage

Le rôle du médecin généraliste est primordial dans le repérage des violences conjugales et dans la prise en charge des femmes victimes. En effet, le médecin traitant est souvent le premier interlocuteur (84). L'étude ENVEFF le confirme : dans 24% des cas, les victimes d'agressions physiques se confient en premier lieu au médecin (13). D'après une méta-analyse de 2006, les femmes désignent les personnels soignants comme les professionnels auxquels elles seraient les plus enclines à déclarer ce qu'elles ont subi (85,86). D'après Prosman *et al.*, les victimes consultent deux fois plus souvent leur médecin généraliste que les patientes non victimes (53), mais seulement une minorité consulte pour ce motif (23).

Devant des lésions physiques visibles multiples et/ou avec une topographie suggestive, le dépistage est facilité (4). Cependant, aucun des signes plus généraux (douleurs, anxiété...) est assez spécifique pour être un indicateur de violence (87). En l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique, essentiel dans d'autres pays d'Europe et d'Amérique du Nord et très peu fait par les médecins français (4,57).

Selon l'étude qualitative française de Canuet et Belin en 2010, aucun des médecins généralistes interrogés n'a évoqué spontanément le dépistage systématique, certains y étant totalement opposés (88). Ce type de dépistage semblait être ressenti comme différent des autres dépistages effectués en médecine générale (88). D'après Renker et coll, 97% des victimes ne sont pas offensées lorsque la question des violences conjugales est posée (89). Elles souhaitent au contraire que cela soit le cas plus fréquemment (87,90,91). Selon l'agence européenne des droits fondamentaux, 87% des femmes consentiraient à ce que les médecins posent, systématiquement et dans le cadre de leur travail, des questions sur les violences subies (92). Selon Palisse *et al.* en 2013 (93), 83% des femmes consultant leur médecin généraliste considéraient qu'il s'agissait d'un de ses rôles de s'intéresser aux éventuelles violences sexuelles subies. Deux femmes sur trois qui ne s'étaient jamais confiées auparavant auraient souhaité que le sujet soit abordé en consultation (93).

Il n'y a pas de consensus quant à la meilleure manière de dépister mais deux méta-analyses récentes ont montré qu'un dépistage systématique des violences conjugales augmente de façon significative le nombre de victimes identifiées, sans preuve d'une amélioration de leur état de santé (10,94,95). Les conséquences néfastes du dépistage sont quant à elles rares (94).

En France, il n'y a pas de questionnaire de dépistage validé. Le seul outil adapté aux soins primaires en version francophone est le WAST (Woman Abuse Screening Tool) (96). Une étude canadienne a montré sa fiabilité et l'a validé comme instrument de dépistage pour discriminer les femmes victimes de violence des non victimes (96).

Pour les soignants, la meilleure façon de dépister la violence conjugale est d'y penser systématiquement pour toutes les patientes, et de poser la question dès que la patiente consulte seule et qu'il règne une atmosphère de confidentialité (10,97).

Dans le cadre de la grossesse, en France, un dépistage systématique est préconisé par la HAS au cours de la deuxième consultation prénatale. Celui-ci est à réaliser avant 15 semaines d'aménorrhées révolues par le professionnel confirmant la grossesse (98,99). Un entretien individuel cherchant les facteurs de vulnérabilité, dont les violences conjugales, doit être systématiquement proposé afin d'orienter la patiente vers un soutien spécialisé ou un réseau d'écoute le cas échéant (98,99).

XI. Prise en charge

Les associations spécialisées dans la prise en charge des victimes de violences conjugales comprennent des professionnels (psychologues, juristes, assistantes sociales, etc.) qui pourront aider la victime à faire face à sa situation et à organiser un éventuel départ. En effet, les obstacles à quitter le domicile conjugal sont nombreux. Très souvent, l'isolement est total. La perte d'autonomie, d'estime de soi, l'absence d'entourage ainsi que l'impossibilité de subvenir financièrement à ses besoins et à ceux des enfants génèrent un blocage, surtout lorsque la victime ne travaille pas ou plus (32).

L'emprise du partenaire est telle que la peur de l'agresseur, des représailles et du jugement des autres empêche toute démarche. De plus, les victimes ont souvent un espoir d'amélioration de la situation par amour pour leur partenaire et pour maintenir une « famille unie » (25). Une projection est impossible sur tous les plans (professionnel, juridique, financier...). Pour toutes ces raisons, un départ est difficile et doit s'anticiper (4).

Seul un accompagnement pluridisciplinaire en respectant le rythme de la victime permettra à celle-ci de sortir du cycle et de se reconstruire (82). Le repérage, l'accompagnement et la prise en charge s'articulent entre les professionnels de santé, la police, les avocats, le juge aux affaires familiales, le procureur de la République, les associations spécialisées, le 3919 et les services sociaux (82).

Lors du passage à l'acte violent, si la patiente consulte, la prise en charge sera souvent inefficace car l'auteur des violences aura déjà fait ses excuses, le couple sera dans la phase de transfert de la culpabilité et les conseils donnés à la patiente ne seront pas forcément entendus. Afin d'optimiser la réceptivité de la victime, les explications doivent être transmises lors de la phase de tension. Lors de celle-ci, il est plus facile de programmer un départ ou une séparation. La distinction avec les conflits conjugaux rend non indiquée une médiation familiale en cas de violences conjugales, celle-ci renforçant la prise de position de l'agresseur vis-à-vis de la victime (106).

Selon l'enquête CVS de 2018, en moyenne, entre 2011 et 2017, 69% des victimes de violences vivant avec leur conjoint au moment de l'enquête n'ont pas fait appel à un professionnel pour les aider (14). Moins d'une victime sur cinq de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple déclare avoir déposé plainte (14,15). En moyenne, entre 2015 et 2018, parmi les victimes connues subissant des violences conjugales physiques et/ou sexuelles exercées par le conjoint ou ex-conjoint, 30% ont consulté un psychiatre ou un psychologue, 27% ont vu un médecin généraliste et 21 % ont contacté les services sociaux. Près d'une victime sur dix a appelé un numéro vert et la même proportion a rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes (15).

Le rôle des médecins dans la prise en charge des violences conjugales est souvent résumé à la rédaction de certificats médicaux et aux soins d'urgence (4,88). Les principaux motifs de consultation en urgence cités par les médecins sont les blessures physiques, sexuelles et le retentissement psychologique (13,88,100,101).

Le rôle d'accompagnement est essentiel : en étant à l'écoute, en donnant des conseils aux femmes, en les informant de leurs droits (64) et en les orientant vers les structures spécialisées, pour les inciter à prévoir des mesures de protection pour elles-mêmes et leurs enfants (4,10,32). L'absence de jugement et le respect du choix d'une victime qui refuse la prise en charge sont primordiaux (32). Dans ce cas-là, il convient de rester à disposition pour aider la patiente si elle change d'avis (10). Nommer la violence, rappeler l'interdit et le cadre légal peut également déculpabiliser la victime (82).

Tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, ont l'obligation d'établir un certificat médical initial attestant des violences volontaires ou des blessures involontaires subies en cas de demande spontanée de la victime (102). Le certificat médical est à dater du jour de l'examen et à remettre en main propre à la victime ou à son représentant légal. Un double est à conserver dans le dossier (102). Même en l'absence de demande d'un certificat médical, il est recommandé par l'ordre des médecins français d'en rédiger un dans le dossier médical, avec l'accord de la patiente, pour l'utiliser à distance si la patiente décide de porter plainte (103).

Les numéros d'urgence, les numéros spécialisés, dont le 3919, et les contacts d'associations spécialisées locales communiqués à la patiente, lui permettront de discuter des violences subies une fois prête. Les affiches informatives et les brochures en libre-service mises dans les salles d'attentes informent les victimes que la discussion est possible et le praticien sensibilisé au sujet (82).

En raison de l'absence de formation, certains professionnels de santé déclarent : « qu'ils ne se sentent pas compétents pour prendre en charge les victimes » (88). Dans une étude réalisée en Loire-Atlantique par Chambonnet *et al.*, 82% des médecins généralistes considéraient que « c'est une situation difficile à gérer » (101).

Le malaise s'exprime par le doute, la méfiance, le sentiment d'impuissance et la banalisation (88). Les médecins relient leurs difficultés à l'ambivalence de la victime, aux contraintes temporelles de l'exercice, à la représentation qu'ils ont des victimes et à la crainte de réactions négatives (88,104). La prise en charge est gênée dans un cas sur deux environ par le fait de connaître l'agresseur en tant que patient (105). D'après Chambonnet *et al.* (101), deux tiers des médecins généralistes interrogés géraient seuls la problématique, 10% hospitalisent leur patiente, 45% donnent des informations ou des brochures, 81% effectuent une prescription médicamenteuse : d'anxiolytiques (76%), d'antalgiques (71%), d'antidépresseurs (69%) et/ou d'hypnotiques (63%) (101).

Il convient d'évaluer l'intensité et/ou l'aggravation des violences, mettant en danger la patiente et ses enfants, et de rechercher des facteurs aggravants (grossesse, séparation récente) (4). En cas de risque de passage à l'acte létal avec menaces de mort, l'hospitalisation en urgence est de rigueur (80). La victime peut également être accueillie, avec ses enfants, dans des centres d'hébergement d'urgence ou appeler le 115. Elle peut demander l'éviction du conjoint du domicile conjugal. En l'absence d'urgence, le manque de places disponibles dans les centres d'accueil justifie l'anticipation.

En France, entre 2014 et 2016, le 4^{ème} plan de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes a fait du « 3919 » un numéro de référence d'accueil téléphonique et d'orientation des femmes victimes de violences (107). L'écoute est anonyme, gratuite et ouverte sept jours sur sept. L'entourage de la victime et les professionnels concernés peuvent également appeler. Les plaintes sont maintenant enregistrées et le recours aux mains courantes limité (107). En cas de refus de dépôt de plainte, le protocole rend systématique l'orientation vers une structure d'accompagnement (107). Une mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences nommée MIPROF assure un programme de formation initiale et continue spécifique à ces violences pour tous les professionnels prenant en charge les victimes. Elle nomme des référents départementaux et joue un rôle d'observatoire des violences. En 2016, 300 000 professionnels ont été formés (83).

Deuxième partie

Etude d'impact d'une sensibilisation aux violences conjugales au sein du réseau périnatal de Roubaix

I. Introduction

Les violences faites aux femmes sont de plus en plus connues et davantage dénoncées, en particulier les violences conjugales (83). Les professionnels de santé ont un rôle de dépistage et d'orientation des victimes.

La grossesse est un moment privilégié pour dépister les violences conjugales, de par la fréquence des consultations et le climat de confiance établi au cours du suivi (4,97,108). Le nombre de consultations prénatales par patiente était en moyenne de dix en France en 2016 (108). De plus, c'est une période propice à l'instauration et à l'aggravation des violences dans le couple (4,6,29,33–40).

Cependant, le dépistage est limité par la méconnaissance de nombreux professionnels de santé de la fréquence, de la gravité et des mécanismes des violences conjugales (4). Plusieurs études soulignent la nécessité d'une formation des professionnels de santé à grande échelle (88,90,101) mais aucun travail n'a évalué l'efficacité d'une sensibilisation courte aux violences conjugales.

Devant ce constat, l'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact d'une sensibilisation aux violences conjugales auprès des professionnels de santé du réseau périnatal de Roubaix.

II. Matériels et méthodes

Dans le cadre de ce travail, une étude d'impact, comparative, avant/après, monocentrique, fut menée entre janvier 2018 et décembre 2018 au sein du réseau de périnatalité de Roubaix. Les 11 janvier, 15 février et 22 mars 2018, des sessions identiques de quatre heures ont été organisées pour sensibiliser les professionnels de santé aux violences conjugales. Elles étaient animées par une intervenante unique, Mme Sandrine Ballonet, juriste de formation, référente départementale des violences conjugales et directrice de l'association d'aide aux victimes Louise Michel à Villeneuve d'Ascq.

L'ensemble du réseau de périnatalité de Roubaix a été convié à participer : médecins généralistes, sages-femmes libérales, PMI, professionnels médicaux et paramédicaux du centre hospitalier. Plus de 500 invitations (numériques et postales) ainsi qu'un communiqué de presse local ont été envoyés via le service de communication du centre hospitalier de Roubaix.

Le recueil des données a été effectué par questionnaires d'évaluation. Il a été créé avec l'aide du service Méthodologie et Biostatistiques du CHU de Lille et de la référente départementale des violences conjugales. La compréhension des questions a été testée auprès de trente personnes de la population générale.

Le questionnaire se déroule en 3 parties : données épidémiologiques, évaluation des connaissances puis des pratiques. Au total, vingt-sept questions étaient posées, principalement fermées et anonymisées.

La distribution s'est effectuée en format papier, avant la sensibilisation en pré-test et juste après en post-test (Annexes 1 et 2). A 6 mois, les réponses ont été collectées en ligne via Googleform après envoi par courriel sur les adresses professionnelles (Annexe 3).

Ont été inclus dans l'étude les participants diplômés ayant au moins rempli le questionnaire pré-test. Ont été exclus les participants n'ayant pas rempli de questionnaire pré-test et les étudiants.

Les données épidémiologiques regroupaient : le sexe, la profession, l'âge, l'année d'obtention du diplôme de fin d'études et la participation à des formations sur le même sujet.

Les questions sur les connaissances concernaient : la prévalence, le cycle des violences conjugales, les types de violences, la différence entre conflits conjugaux et violences conjugales, les conséquences sur la grossesse, les facteurs de risques, les solutions d'hébergement d'urgence, l'impact des violences conjugales sur les enfants, les chiffres de mortalité, les circonstances aggravantes d'après la justice, le type d'infraction pénale.

Pour les pratiques ont été évalués : la fréquence de confrontation aux violences conjugales, le dépistage systématique, le respect d'un temps d'écoute, l'orientation des victimes, la transmission des cas de violences conjugales, l'aide obtenue par d'autres professionnels et les outils à disposition.

A 6 mois de notre intervention, ont été recherchés : le fait de poser plus fréquemment la question des violences conjugales, les modifications réalisées dans les différentes structures de soins, les recherches et formations supplémentaires effectuées sur le sujet suite à notre intervention et l'intérêt de la sensibilisation pour la pratique future (Annexe 3).

Les connaissances globales ont été analysées grâce à un score sur 16 points. Chaque bonne réponse valait un point pour les questions à choix unique. Les questions 10 et 12 du questionnaire pré-test, qui comprenaient deux bonnes réponses, étaient sur deux points.

Concernant la question « Je me sens capable de repérer une situation de violences conjugales ? », les items ont été cotés entre 1 et 5 (1 correspondant à « pas du tout d'accord » et 5 à « tout à fait d'accord »).

Les réponses aux questionnaires ont été traitées dans un fichier Excel (version Windows 2016) et les statistiques réalisées avec l'aide du site internet Biostatgv recommandé par le service Méthodologie et Biostatistiques du CHU de Lille.

Pour comparer des valeurs ordinales non paramétriques sur des groupes appariés, le test des rangs signés de Wilcoxon a été utilisé afin de valider statistiquement nos résultats à 6 mois.

Les données utilisées n'impliquant pas la personne humaine, le travail se situe hors loi Jardé (109) et l'avis d'un CPP n'était pas nécessaire. Les données recueillies ont cependant été inscrites, suivant les recommandations de la CNIL, au sein d'un registre tenu par le délégué de la protection des données de l'hôpital de Roubaix.

III. Résultats

Les sessions de sensibilisation se sont déroulées sur le premier trimestre de 2018. Il y a eu 17 participants à la première session en janvier, 36 à la seconde en février et 46 à la troisième en mars soit 99 participants au total.

Sur 99 participants, 8 ont été exclus de l'étude. En pré-test, 91 questionnaires ont été analysés et 87 questionnaires en post-test (figure 1). A 6 mois, 58 participants ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 64%.

Les caractéristiques de la population sont représentées dans le tableau 1. Deux hommes ont participé à la première session dont un étudiant qui a été exclu. L'âge des participants inclus s'étendait de 23 à 63 ans avec une moyenne de 40,3 ans. La médiane de la série des valeurs correspondant aux années d'obtention des diplômes est 2004 [1979-2017].

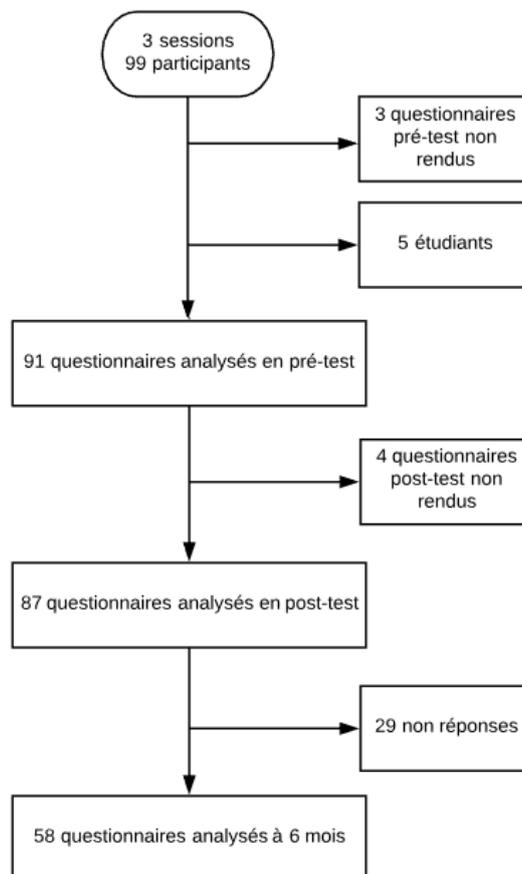


Figure 1 : Flow-chart

En post-test, quatre femmes n'ont pas rendu leur questionnaire : deux gynécologues, une sage-femme et une puéricultrice, âgées de 31 à 63 ans. Trois sur quatre n'avaient pas réalisé de formation sur le sujet antérieurement. Toutes avaient déjà été confrontées à des situations de violences conjugales. Une seule se sentait capable en pré-test de repérer une situation de violence conjugale et posait la question systématiquement. Les scores sur 16 aux questions concernant les connaissances étaient en moyenne de 9/16 en pré-test.

A 6 mois, trente-trois femmes n'ont pas répondu : dix-huit sages-femmes, cinq puéricultrices, quatre infirmières, deux travailleuses sociales, deux aides-soignantes, une médecin généraliste et une gynécologue. La moyenne d'âge était de 40,6 ans [23-59]. Seize participantes avaient été formées sur le sujet antérieurement. Trois participantes n'avaient jamais été confrontées aux violences conjugales. Les scores sur 16 aux questions concernant les connaissances étaient en moyenne de 7,2/16 en pré-test. Concernant le ressenti de chacune à savoir repérer une situation de violence conjugale, la moyenne des scores sur 5 était à 2,94. La question du dépistage était posée systématiquement par quatre participantes sur trente-trois.

Parmi les participants ayant répondu en pré-test, 49% avaient déjà suivi une formation sur le sujet : 36% au cours de leur cursus universitaire, 13% lors d'un congrès, 9% pendant un diplôme universitaire, 56% lors de formations multi-thèmes, 4% lors d'échanges dans des groupes de pairs et 7% lors de leur formation médicale continue.

En cas de formation antérieure, 87% des personnes la considéraient insuffisante. Les raisons évoquées étaient pour 46% un temps de formation trop court, pour 36% des formations pas assez fréquentes et pour 26% des formations pas assez concrètes.

Toutes les sages-femmes ayant passé leur diplôme depuis 2012 ont mentionné avoir eu une formation aux violences conjugales au cours de leur cursus. Les médecins, quant à eux, n'ont pas évoqué avoir bénéficié d'une formation sur le sujet au cours de leurs études.

Concernant les connaissances, en pré-test, il y a eu 45% de réponses correctes, 77% en post-test et 61% à 6 mois (tableau 2). Le score global était en moyenne en pré-test à 7,5/16, en post-test à 12,7/16 et à 6 mois à 10,2/16. L'amélioration des connaissances est statistiquement significative entre le pré et le post-test ($p < 0,001$) ($n=87$). De la même façon, l'amélioration des connaissances, malgré un déclin, reste significative à 6 mois ($p < 0,001$) ($n=58$).

Les résultats détaillés aux questions concernant les connaissances sont repris dans le tableau 2.

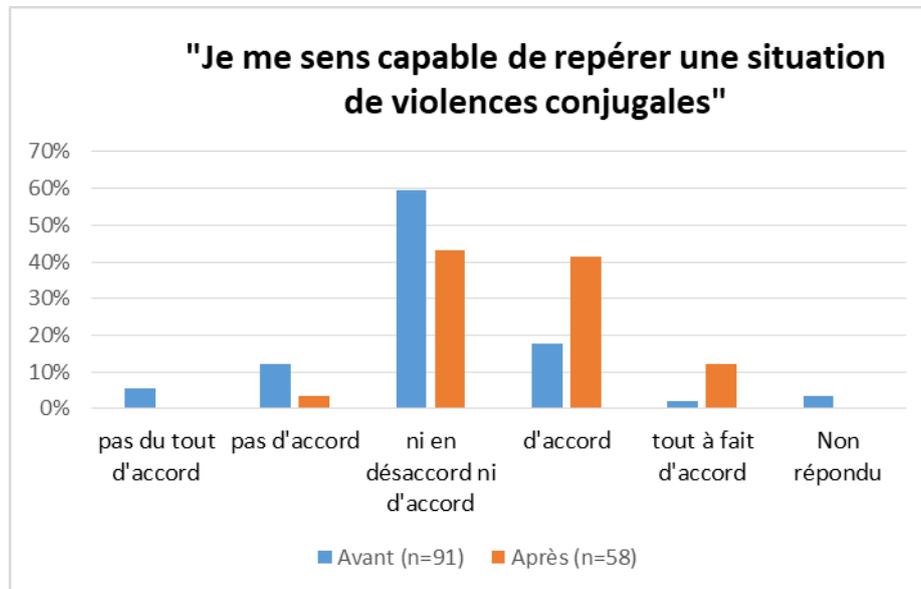
En pré-test, 69% des participants savaient que la grossesse est un facteur aggravant des violences conjugales préexistantes ($n=91$), versus 94% en post-test ($n=87$) et 98% à 6 mois ($n=58$).

Les facteurs de risques létaux choisis par les participants sont détaillés dans le tableau 3.

En pré-test, le facteur le plus déterminant pour une personne de devenir victime de violence conjugale était, pour 34% des participants, les antécédents familiaux ($n=91$) versus 3% en post-test ($n=87$) et 17% à 6 mois ($n=58$). Pour 18% d'entre eux il s'agissait de la toxicomanie ou l'alcoolisme versus 9% en post-test et 12% à 6 mois. 29% avaient la réponse correcte (être une femme), versus 80% en post-test et 62% à 6 mois. A noter, 20% ne savaient pas en pré-test, 5% en post-test et 7% à 6 mois.

A 6 mois de la formation, 90% des participants signalent des modifications de leurs pratiques (IC 95% [0,82-0,97] ($n=58$)), 69% [0,57-0,81] posent davantage la question en dépistage systématique, 43% [0,30-0,56] ont effectué des recherches sur le sujet, 22% [0,12-0,33] ont effectué des modifications sur leur lieu de travail et 10% [0,03-0,18] ont effectué des formations complémentaires sur la thématique.

A 6 mois, les participants déclarent se sentir davantage capable de repérer une situation de violence conjugale ($p < 0,001$) ($n=58$). La moyenne à cette question en pré-test était de 2,99 sur 5 ($n=91$) et de 3,64 sur 5 à 6 mois ($n=58$).



En pré-test, 5% des professionnels de santé n'ont jamais été confrontés à une situation de violences conjugales, 11% une seule fois, 71% plusieurs fois et 12% plus de trente fois. 1% des participants n'avaient pas répondu à cet item ($n=91$). A 6 mois de la sensibilisation, 43% des participants n'y ont pas été confrontés depuis ($n=58$).

En pré-test, 13% des professionnels de santé posaient systématiquement la question : « Etes-vous victime de violences conjugales ? » ($n=91$). A 6 mois, le fait de poser la question systématiquement a été doublé significativement (26%, $p=0,039$, IC 95% [0,15-0,37]) ($n=58$).

Parmi les participants ne dépistant pas de façon systématique, 13% d'entre eux attendaient que la patiente en parle spontanément en pré-test ($n=76$), contre 2% à 6 mois ($n=43$). Avant la sensibilisation, 28% posaient uniquement la question lorsque la patiente consulte seule, contre 35% après sensibilisation. 76% questionnaient uniquement devant des indices comportementaux, psychologiques et physiques chez

la patiente en pré-test, contre 58% à 6 mois. 37% interrogeaient la patiente seulement devant des indices comportementaux chez le partenaire en abordant le sujet à une prochaine consultation en pré-test, contre 23% à 6 mois. 21% ne se sentaient pas à l'aise avec le sujet en pré-test, contre 5% à 6 mois. En pré-test, 3% des participants ont mentionnés l'auto-questionnaire utilisé lors des consultations prénatales afin d'aborder le sujet.

Une fois la situation de violences conjugales révélée, un temps d'écoute était respecté systématiquement par 81% des participants en pré-test (n=91) contre 90% des professionnels à 6 mois (n=58). Dans le cas contraire en pré-test (n=17), les raisons évoquées étaient le sentiment d'incompétence pour aider la victime (64,7%), le fait de ne savoir que dire à la victime (17,6%) et le manque de temps au cours des consultations (1%).

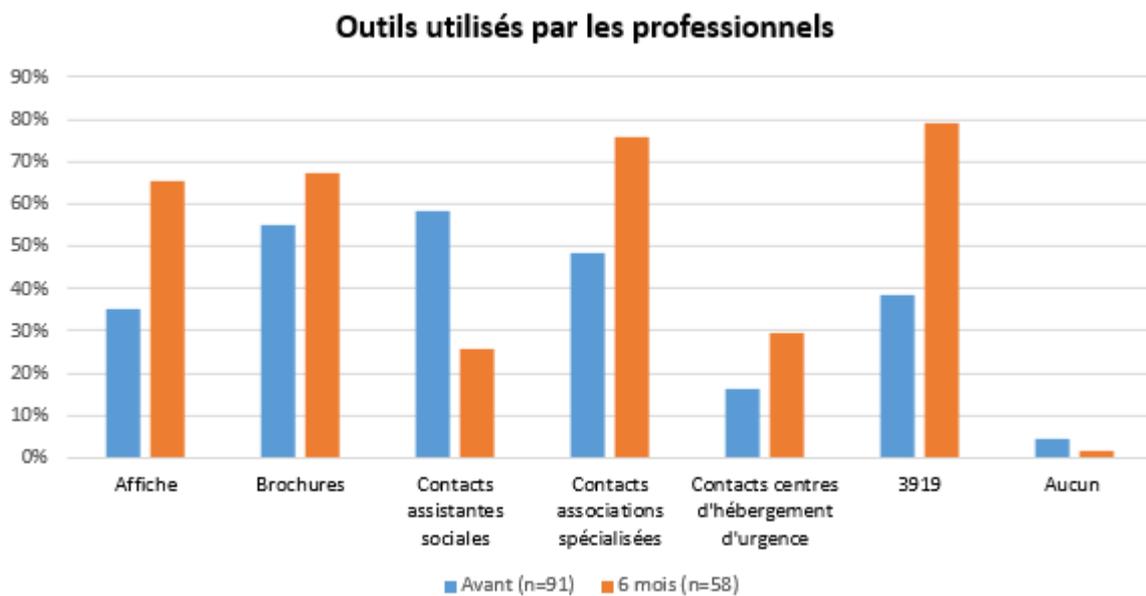
Le détail de l'orientation des victimes en première intention est présenté dans le tableau 4. Il existe une évolution significative avec une orientation plus fréquente vers les associations spécialisées en post test ($p<0,05$)(n=87) et à 6 mois ($p<0,001$)(n=58). Le 3919 est une solution plus fréquemment proposée en post-test ($p<0,001$)(n=87) et à 6 mois ($p<0,05$)(n=58).

En pré-test, une transmission systématique des faits rapportés était réalisée par 81% des participants (n=91), contre 85% à 6 mois (n=58). Les modes de transmission utilisés étaient les suivants en pré-test (n=74) : 66% sur le dossier médical, contre 55% à 6 mois (n=49) ; 14% par le biais d'un certificat médical remis à la patiente, contre 18% à 6 mois ; 4% par le biais d'un certificat médical conservé dans le dossier, contre 31% à 6 mois ; 4% en envoyant un courrier au médecin traitant contre 10% à 6 mois et pour 57% uniquement avec l'accord de la patiente, contre 49% à 6 mois.

Pour les professionnels travaillant dans un établissement le permettant, le dossier était présenté à un staff social dans 90% des cas en pré-test (n=61).

L'aide obtenue par les autres professionnels en cas de violences conjugales avérées est détaillée dans le tableau 5. A 6 mois, les participants ont trouvé significativement plus d'aide auprès du personnel de la PMI ($p=0,02$)($n=33$) et des associations spécialisées ($p=0,03$)($n=33$). En post-test, 6% des participants signalent avoir donné une brochure à la victime ($n=33$).

A 6 mois de la sensibilisation, les professionnels se servent davantage des différents outils à disposition.



IV. Discussion

Grâce à notre travail de sensibilisation des professionnels de santé du réseau périnatal de Roubaix, les connaissances globales ont progressé en post-test. Cette amélioration persiste à 6 mois avec un léger déclin.

Les pratiques à 6 mois ont changé. Neuf participants sur dix signalent des modifications. Le nombre de participants posant systématiquement la question du dépistage des violences conjugales a doublé. Les participants se sentent davantage capable de repérer et de prendre en charge une situation de violence conjugale. Le recours au « 3919 Violences Femmes Info » est trois fois plus fréquent. Les outils utilisés par les professionnels de santé sont beaucoup plus nombreux (affiches informatives, brochures en libre-service, contacts d'assistantes sociales, d'associations spécialisées et de centres d'hébergement).

L'une des forces de notre travail réside dans l'originalité du projet. Une formation des professionnels de santé aux violences conjugales n'avait pas encore été proposée au sein du réseau périnatal de Roubaix. Cette sensibilisation a permis la rencontre des professionnels hospitaliers, libéraux et de PMI facilitant leur coopération et leurs échanges. De plus, ces sensibilisations étaient de qualité, dispensées par la référente départementale dans le domaine, Mme Sandrine Ballonet.

Le questionnaire a été validé par le service Méthodologie et Biostatistiques du CHU de Lille et par la référente départementale des violences conjugales, permettant l'interprétation statistique ultérieure des données.

L'organisation et le déroulement des sessions ont été appréciés des participants puisque l'engouement a été croissant. Notre sensibilisation a ainsi permis de donner les outils nécessaires pour prendre en charge les victimes à près de cent professionnels.

Il existe un biais de sélection des participants. Seuls deux hommes étaient présents. Ce biais est inévitable puisque lié à la féminisation des professions de santé.

Nous pouvons déplorer la faible participation des médecins généralistes. Les sensibilisations n'étaient pas inscrites dans un programme de FMC officiel et se déroulaient au sein de la maternité, une matinée en semaine. On peut penser qu'il est difficile de se détacher des obligations professionnelles quotidiennes, de plus la sensibilisation était assurée par une personne n'appartenant pas au corps médical, juriste de formation. A l'inverse, les professionnels de santé appartenant à la maternité ont pu inscrire ces sensibilisations dans leurs temps de formation, favorisant leur présence.

Avant la sensibilisation, 95% des participants avaient déjà été confrontés à un cas de violence conjugale. Ce chiffre peut à la fois être un biais de sélection mais également renforcer la nécessité de former des professionnels presque tous confrontés à la problématique.

A 6 mois de la sensibilisation, on constate une décroissance du taux de bonnes réponses concernant les connaissances, qui reste cependant supérieur aux résultats en pré-test. Il est bien connu que l'efficacité d'une formation est proportionnelle à sa durée et au nombre de sessions (110). Notre unique séance nécessitera des répétitions.

De nombreuses études se sont intéressées à l'impact des formations, notamment la FMC qui semble être efficace (111). Leurs évaluations peuvent être effectuées sur plusieurs niveaux (112). L'échelle de pertinence la plus reconnue, est celle de Donald L. et James D. Kirkpatrick, qui comprend quatre niveaux (112,113) :

- Niveau 1 : satisfaction des participants ou enquête d'opinion (« reaction »).
- Niveau 2 : évolution des connaissances ou mesure des acquis (« learning »).
- Niveau 3 : évolution des pratiques ou application des nouvelles compétences (« behavior »).
- Niveau 4 : effets au sein de la discipline ou sur l'environnement (« results »).

L'évaluation de notre sensibilisation correspond aux niveaux 2 et 3 de cette classification (113).

Nos résultats positifs nous laissent penser qu'une simple sensibilisation est efficace pour modifier les connaissances et pratiques sur les violences conjugales. Il sera nécessaire d'effectuer une évaluation de niveau 4 pour connaître le réel impact sur la prise en charge des victimes.

Concernant le recueil des données à 6 mois, il existe un biais d'attrition. Notre taux de perdus de vue est de 37%, soit environ deux tiers de répondants. Notre étude est également impactée par des données manquantes car certains participants n'ont pas répondu à toutes les questions. De plus, le biais de mémorisation est non négligeable avec l'utilisation de questions fermées.

Le score global des connaissances des trente-trois non-répondants était en moyenne à 7,2 sur 16 en pré-test. Ce score est très proche de celui retrouvé pour les quatre-vingt-onze participants en pré-test qui était de 7,5 sur 16. Cela nous permet de supposer que l'évolution des connaissances à 6 mois aurait été identique chez les non-répondants.

La méconnaissance du taux de prévalence en pré-test (16%) au regard des résultats concernant le cycle des violences conjugales et les différents types de violences conjugales (respectivement 57% et 87%) prouvent que les violences conjugales sont connues mais minimisées.

Le caractère inégalitaire de la relation ainsi que la différence avec les conflits conjugaux est peu compris (8% en pré-test). Le score est doublé à 6 mois mais reste faible. L'emprise du partenaire et la dangerosité sont sous-estimés, puisque 18% des professionnels continuent de remettre systématiquement un certificat médical à la patiente (versus 14% en pré-test). Heureusement, une transmission par le biais d'un certificat médical conservé dans le dossier, plus sécuritaire pour la patiente, est huit fois plus fréquent à 6 mois.

Dans l'étude de Canuet et Belin, la représentation des violences conjugales selon les médecins généralistes interrogés était proche de celle de la population générale : « *la violence c'est les coups* » (88). Le partenaire violent était ainsi décrit comme

« un malade psychiatrique, alcoolique, ayant subi des violences dans l'enfance ou contrôlant mal ses pulsions, appartenant à un milieu social défavorisé », avec « une partenaire ambivalente » (88). Dans notre étude, les préjugés sont également présents, avec en pré-test, 34% des participants qui choisissent les antécédents familiaux comme facteur déterminant principal et 17% la toxicomanie et l'alcoolisme. A 6 mois, ces résultats persistent dans une moindre mesure (17% incriminent les antécédents familiaux et 12% la toxicomanie et l'alcoolisme).

Le fait de poser systématiquement la question du dépistage des violences conjugales a doublé en 6 mois. Ce résultat est probablement minimisé. En effet, parmi les participants posant systématiquement la question en pré-test, un tiers sont des non-répondants à 6 mois.

Les principaux freins au dépistage systématique en pré-test étaient la présence du partenaire (28%) et le sentiment de ne pas maîtriser le sujet (21%). A 6 mois, seuls 5% se sentent mal à l'aise avec le sujet mais la présence du partenaire comme principal frein est toujours présent. Canuet et Belin (88) retrouvent les mêmes données et les médecins généralistes se sentent insuffisamment formés pour dépister et prendre en charge les victimes (87,88). Dans une étude anglaise de 2012, les barrières au dépistage étaient le manque de temps, le manque d'expérience, le manque de connaissances des ressources disponibles et le manque d'interventions efficaces une fois les violences révélées (114). Le fait de connaître le patient depuis longtemps était à la fois cité comme barrière et facilitateur de la parole (114).

En pré-test, 3% des participants ont mentionné l'auto-questionnaire utilisé lors des consultations prénatales afin d'aborder le sujet. D'après Fliné *et al.* (115), l'utilisation d'un auto-questionnaire avant la première consultation prénatale pourrait permettre de mieux dépister les situations de vulnérabilité des femmes enceintes, telles que les violences. Les chiffres de prévalence retrouvés étaient en effet proches d'autres études, comme l'enquête ENVEFF par exemple (13,115).

Etonnamment, l'HAS considère qu'un questionnaire administré ou auto-administré est contraire à l'établissement d'un climat de confiance, pouvant aboutir à stigmatiser et à augmenter le sentiment de dévalorisation des femmes et des couples en difficulté (116). Elle préconise plutôt un entretien individuel dans le cadre des huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité, pour détecter d'éventuelles violences (98,99).

Il existe une évolution dans les recours professionnels de premier lieu avec notamment une sollicitation plus importante des associations spécialisées à 6 mois. Ce résultat peut cependant être biaisé par le fait que l'intervenante en était elle-même la directrice. Elle a en effet décrit les multiples possibilités d'aide au sein de son association et des associations similaires. De plus, on constate que la sollicitation des assistantes sociales a nettement diminué à 6 mois. Ceci est expliqué par des choix départementaux : un comité technique en juin 2018 a décidé une cessation progressive de l'activité réalisée par les services de PMI au sein des maternités (117). L'assistante sociale du pôle PMI de Roubaix n'était plus présente physiquement au sein de la maternité à 6 mois de la sensibilisation.

L'étude anglaise de Salmon réalisée en 2006 évaluait l'efficacité d'un programme éducatif pour introduire en routine la question des violences conjugales lors des consultations anténatales par des sages-femmes (118). Le programme a permis une amélioration des connaissances et attitudes après formation. Comme dans notre étude, à 6 mois, les résultats déclinent mais restent toujours supérieurs à ceux d'avant formation (118). Le taux de dépistage de routine après formation était plus bas qu'attendu avec un questionnement dans seulement 50% des cas. La principale barrière identifiée étant la présence du partenaire (118).

D'après une méta-analyse Cochrane de 2014, l'efficacité des interventions des professionnels de santé pour prévenir ou réduire les violences conjugales chez les femmes enceintes n'a pas été prouvée par manque de données (119). Une autre revue de la littérature réalisée en 2012 avait le même objectif et mettait en évidence une efficacité des interventions de type conseil et mentorat (37).

Les formations et sensibilisations actuellement réalisables par les médecins s'effectuent en dehors de la formation universitaire obligatoire. Sont uniquement abordées les violences sexuelles au cours du second cycle d'études médicales. Il serait intéressant d'intégrer la thématique des violences conjugales au sein du cursus médical pour qu'un maximum de spécialistes soient sensibilisés, afin d'agir ou soutenir les victimes. De plus, pour les professionnels ayant déjà terminé leur cursus universitaire, l'inclusion plus fréquente de formations sur les violences conjugales dans les programmes de DPC pourrait également améliorer la prise en charge des victimes.

En 2018, le Premier ministre français Edouard Philippe a décidé d'attribuer le label Grande cause nationale à la Fédération Nationale Solidarité Femmes, qui regroupe de nombreuses associations aidant les femmes victimes de violences (120). L'objectif est d'accorder des droits de diffusions gratuites des campagnes de communication et d'information sur les radios et les télévisions publiques (120). Les actualités des deux dernières années ont mis sur le devant de la scène médiatique les violences faites aux femmes sous couvert du sexisme. Il est important de ne pas faire l'amalgame entre les violences conjugales et les violences faites aux femmes en général, la prise en charge étant différente.

V. Conclusion

Cette étude montre qu'une sensibilisation des professionnels de santé aux violences conjugales permet une amélioration des connaissances et un changement des pratiques.

Les participants se sentent davantage capable de repérer et prendre en charge une situation de violence conjugale. Le dépistage systématique est plus fréquent.

La thématique des violences conjugales doit être incluse dans le cursus universitaire ou post-universitaire de tout médecin et par extension de tout professionnel au contact des femmes enceintes.

Il serait cependant nécessaire de développer des études de grande ampleur pour savoir si l'amélioration des connaissances concernant les violences conjugales a un réel impact sur la prise en charge des victimes.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants inclus dans l'étude

	Nombre de participants	%
<i>Sexe</i>		
Femme	90	98,90
Homme	1	1,10
<i>Âge</i>		
Moins de 30 ans	21	23,08
30 – 39	29	31,87
40 – 49	16	17,58
50 – 59	21	23,08
Plus de 60 ans	4	4,39
<i>Professions</i>		
Aide-soignante à la maternité	2	2,20
Assistante sociale à la maternité	2	2,20
Assistante sociale PMI	1	1,10
Conseillère conjugale	2	2,20
Gynécologue médical	1	1,10
Gynécologue obstétricien	4	4,40
Infirmière à la maternité	8	8,79
Médecin généraliste	4	4,40
Médecin PMI	5	5,48
Pharmacienne	1	1,10
Psychologue	2	2,20
Puéricultrice à la maternité	4	4,40
Puéricultrice PMI	6	6,59
Sages-femmes de la maternité	39	42,85
Sages-femmes PMI	9	9,89
Urgentiste	1	1,10

Tableau 2 : Evaluation des connaissances – Taux de bonnes réponses

	Pré-test (n=91)	IC 95%	Post-test (n=87)	IC 95%	A 6 mois (n=58)	IC 95%
Prévalence	16%	[0,09 – 0,24]	89%	[0,82 – 0,95]	36%	[0,24 – 0,49]
Cycle des VC	57%	[0,47 – 0,67]	94%	[0,89 – 0,99]	78%	[0,67 – 0,88]
Types des VC	87%	[0,80 – 0,94]	95%	[0,91 – 1,00]	93%	[0,87 – 1,00]
Grossesse : facteur aggravant	69%	[0,60 – 0,79]	94%	[0,89 – 0,99]	98%	[0,95 – 1,02]
Différence entre conflits et VC	8%	[0,03 – 0,13]	29%	[0,19 – 0,38]	17%	[0,08 – 0,27]
Effets sur la grossesse	58%	[0,48 – 0,68]	67%	[0,57 – 0,77]	74%	[0,63 – 0,85]
Facteurs de haut risque	13%	[0,07 – 0,21]	90%	[0,85 – 0,97]	55%	[0,42 – 0,68]
Facteur de risque déterminant	29%	[0,19 – 0,38]	81%	[0,73 – 0,90]	62%	[0,50 – 0,75]
Hébergement d'urgence	57%	[0,47 – 0,67]	80%	[0,71 – 0,88]	59%	[0,46 – 0,71]
Impact sur les enfants	98%	[0,95 – 1,01]	98%	[0,95 – 1,01]	98%	[0,95 – 1,02]
Mortalité féminine	44%	[0,34 – 0,54]	95%	[0,91 – 1,00]	62%	[0,50 – 0,75]
Mortalité masculine	9%	[0,03 – 0,15]	18%	[0,10 – 0,27]	33%	[0,21 – 0,45]
Circonstances aggravantes	13%	[0,06 – 0,20]	59%	[0,48 – 0,69]	12%	[0,04 – 0,20]
VC = Délit	76%	[0,67 – 0,85]	95%	[0,91 – 1,00]	74%	[0,63 – 0,85]
TOTAL	45%	[0,35 – 0,55]	77%	[0,69 – 0,86]	61%	[0,49 – 0,74]

(VC : Violences Conjugales)

Tableau 3 : Facteurs de risque létaux choisis par les participants

	Pré-test (n=91)	IC 95%	Post-test (n=87)	IC 95%	6 mois (n=58)	IC 95%
Grossesse	32%	[0,22-0,41]	93%	[0,88-0,98]	81%	[0,71-0,91]
Séparation	36%	[0,26-0,46]	93%	[0,88-0,98]	62%	[0,50-0,75]
Chômage	38%	[0,28-0,48]	5%	[0,002-0,09]	19%	[0,09-0,29]
Différence d'âge	10%	[0,04-0,16]	0%	-	7%	[0,004-0,13]
Infidélité	20%	[0,12-0,28]	3%	[-0,004-0,07]	9%	[0,01-0,16]
Précarité	46%	[0,36-0,56]	0%	-	22%	[0,12-0,33]
Ne sait pas	4%	[0,002-0,09]	5%	[0,002-0,09]	0%	-
Non réponse	13%	[0,06-0,20]	1%	[-0,01-0,04]	0%	-

Tableau 4 : Première orientation des victimes de violences conjugales

	Pré-test (n=91)	IC 95%	Post-test (n=87)	IC 95%	p	A 6 mois (n=58)	IC 95%	p
Services judiciaires	21%	[0,13-0,29]	21%	[0,12-0,29]	p=0,56	16%	[0,06-0,25]	p=0,84
Urgences médicales	5%	[0,006-0,10]	2%	[-0,008-0,06]	p=0,27	6%	[0,001-0,13]	p=0,23
Assistante sociale	27%	[0,18-0,36]	8%	[0,02-0,14]	p<0,001	13%	[0,05-0,22]	p=0,08
Association spécialisée	23%	[0,14-0,31]	33%	[0,23-0,43]	p<0,001	31%	[0,19-0,43]	p<0,05
Psychologue	15%	[0,08-0,23]	6%	[0,01-0,11]	p=0,01	8%	[0,01-0,15]	p=0,16
3919	9%	[0,03-0,15]	25%	[0,16-0,34]	p<0,001	22%	[0,12-0,33]	p<0,05
Médecin traitant	1% (n=87)	[-0,01-0,03]	5% (n=83)	[0,03-0,16]	p=0,01	3% (n=55)	[0,004-0,14]	p=0,15

Tableau 5 : Aide obtenue des autres professionnels

	Pré-test (n=86)	IC 95%	A 6 mois (n=33)	IC 95%	p
Sage-femme	16%	[0,08-0,24]	9%	[-0,01-0,19]	p=0,11
Membre PMI	33%	[0,23-0,42]	42%	[0,26-0,59]	p=0,02
Cadre de service en maternité	7%	[0,02-0,12]	0%	-	p=0,15
Gynécologue	12%	[0,05-0,18]	12%	[0,01-0,23]	p=0,78
Association spécialisée	28%	[0,18-0,37]	45%	[0,28-0,62]	p=0,03
Psychologue	34%	[0,24-0,44]	33%	[0,17-0,49]	p=0,02
Services sociaux	58%	[0,48-0,69]	55%	[0,38-0,72]	p<0,001
Aucune aide	3%	[-0,01-0,07]	0%	-	p=1

Références bibliographiques

1. Ministère de la justice R française. Fiche pratique violences conjugales. www.justice.gouv.fr. 2012.
2. Organisation des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, Résolution 48/104 de l'Assemblée générale du 20 décembre 1993.
3. World Health Organization. La violence à l'encontre des femmes.
4. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. 2001 févr.
5. Riendeau L, Prud'homme D. Et si c'était de la violence conjugale?: des repères pour mieux intervenir. Montréal: Regroupement des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale; 2013.
6. World Health Organization. La violence exercée par un partenaire intime. 2012.
7. Heise L, Ellsberg M. Ending violence against women. 1999.
8. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. World report on violence and health. Geneva; 2002. 346 p.
9. Fédération Nationale Solidarité Femmes, Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info » Année 2016.
10. Rédaction Prescrire. Violences conjugales, reconnaître et accompagner les victimes. Revue Prescrire. mars 2018;38(413).
11. Organisation mondiale de la Santé. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. 2013.
12. Larousse É. Définitions : victimation - Dictionnaire de français Larousse.
13. Jaspard M, Saurel-Cubizolles M-J. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF). 2000.
14. INSEE, SSMSI, ONDRP. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » 2018.
15. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2017. Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes n°13. Mission Interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. 2018.
16. Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. 2016;4.
17. Ministère de l'intérieur, République française. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple au cours de 2017.
18. Ministère de l'intérieur, République française. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple au cours de 2016.
19. Welzer-Lang D. Les Hommes violents, Paris, Lierre et Coudrier. 3ème réédition 2005. Petite collection Payot, Paris; 1991.
20. Violences au sein du couple et violences sexuelles en France : Les principales données disponibles pour l'année 2016. Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes n°12.

Mission Interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. 2017.

21. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Suis-je victime de violences conjugales ? Disponible sur: <http://www.solidaritefemmes.org>
22. Secrétariat à la condition féminine du Québec: Violences conjugales. Disponible sur: <http://www.scf.gouv.qc.ca/violences/violence-conjugale/>
23. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Secrétariat d'état chargé de la solidarité. Lutter contre les violences au sein du couple : le rôle des professionnels. 2008.
24. Thibault C. Dépister la violence conjugale pour mieux la prévenir: orientations pour la pratique infirmière. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.); 2004.
25. Lévesque Sylvie (Institut national de santé publique Québec). Violence conjugale et grossesse, information périnatale, fiche pratique. 2018
26. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. BMC Public Health. 16 févr 2011;11:109.
27. Organisation mondiale de la santé. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes intervenir et produire des données. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010.
28. Johnson KB, Das MB. Spousal violence in Bangladesh as reported by men: prevalence and risk factors. J Interpers Violence. juin 2009;24(6):977-95.
29. Garcia-Moreno C, Jansen HA. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. The Lancet. oct 2006;368(9543):1260-9.
30. Ko Ling Chan null. Sexual violence against women and children in Chinese societies. Trauma Violence Abuse. janv 2009;10(1):69-85.
31. Swart L-A, Seedat M, Stevens G, Ricardo I. Violence in adolescents' romantic relationships: Findings from a survey amongst school-going youth in a South African community. J Adolesc. 1 sept 2002;25:385-95.
32. Bureau de l'égalité et de la famille et Commission cantonale contre la violence conjugale. Violence conjugale. Dépistage, soutien, orientation des personnes victimes. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s du canton de Fribourg. 2007.
33. Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes, Lettre de l'Observatoire National des Violences faites aux Femmes n°6. Mission Interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, MIPROF. 2015.
34. Guo SF, Wu JL, Qu CY, Yan RY. Domestic abuse on women in China before, during, and after pregnancy. Chin Med J (Engl). mars 2004;117(3):331-6.
35. Piet E. Violences conjugales et grossesse, une étude réalisée auprès de 28 femmes hébergées par SOS Femmes en Seine-Saint-Denis. 7 nov 2014;
36. Chambliss LR. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. Clin Obstet Gynecol. juin 2008;51(2):385-97.
37. Leneghan S, Gillen P, Sinclair M. Interventions to reduce domestic abuse in pregnancy: a qualitative systematic review. 2012;6.

38. Shadigian EM, Bauer ST. Screening for partner violence during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* mars 2004;84(3):273-80.
39. Secrétariat à la condition féminine Canada, Ministres fédéral provinciaux et territoriaux responsables de la condition féminine. Évaluation de la violence contre les femmes un profil statistique. 2002.
40. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ.* 2 févr 2002;324(7332):274.
41. Hotton T, Centre canadien de la statistique juridique. La violence conjugale après la séparation. 2001;21(85-002-XIF).
42. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet Lond Engl.* 5 avr 2008;371(9619):1165-72.
43. Gottlieb AS. Intimate Partner Violence: A Clinical Review of Screening and Intervention. *Womens Health.* 1 sept 2008;4(5):529-39.
44. PRAISE Investigators, Sprague S, Bhandari M, Della Rocca GJ, Goslings JC, Poolman RW, et al. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. *Lancet Lond Engl.* 7 sept 2013;382(9895):866-76.
45. Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc [Internet].* 2014 [cité 29 janv 2019];17(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3925800/>
46. Lamy C, Dubois F, Jaafari N, Carl T, Gaillard P, Camus V, et al. Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. *Rev Epidémiologie Santé Publique - Vol 57 - N° 4 - P 267-27.* 6 août 2009.
47. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* avr 2008;28(3):266-71.
48. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet Lond Engl.* 13 avr 2002;359(9314):1331-6.
49. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martinez M. The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. *J Womens Health.* 1 juin 2006;15(5):599-611.
50. Stene LE, Jacobsen GW, Dyb G, Tverdal A, Schei B. Intimate Partner Violence and Cardiovascular Risk in Women: A Population-Based Cohort Study. *J Womens Health.* mars 2013;22(3):250-8.
51. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 1982. sept 2012;75(6):959-75.
52. O'Campo P, Kub J, Woods A, Garza M, Jones AS, Gielen AC, et al. Depression, PTSD, and comorbidity related to intimate partner violence in civilian and military women. *Brief Treat Crisis Interv.* mai 2006;6(2):99-110.
53. Prosman G-J, Lo Fo Wong SH, Bulte E, Lagro-Janssen ALM. Healthcare utilization by abused women: A case control study. *Eur J Gen Pract.* juin 2012;18(2):107-13.

54. Stene LE, Dyb G, Jacobsen GW, Schei B. Psychotropic drug use among women exposed to intimate partner violence: A population-based study. *Scand J Public Health*. nov 2010;38(5_suppl):88-95.
55. Dufort M, Stenbacka M, Gumpert CH. Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. *Eur J Public Health*. juin 2015;25(3):413-8.
56. O'Campo P, Ahmad F, Cyriac A. Role of healthcare professionals in preventing and intervening on IPV. In: Keeling J, Mason T, eds. *Domestic Violence: A Multi-Professional Approach for Healthcare Practitioners*. In Open University Press; 2008. p. 107-15.
57. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. nov 2010;18(36):158-70.
58. Daoud N, Urquia ML, O'Campo P, Heaman M, Janssen PA, Smylie J, et al. Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a National Sample of Canadian Women. *Am J Public Health*. oct 2012;102(10):1893-901.
59. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS One*. 8 mars 2011;6(3):e17591.
60. Joudrier H. *Violences conjugales, grossesse et médecine générale, enquête au sein de l'association SOS femmes 93*. 2012.
61. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse During Pregnancy in Industrialized and Developing Countries. *Violence Women*. 1 juill 2004;10(7):770-89.
62. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstet Gynecol*. sept 1994;84(3):323-8.
63. Sigalla GN, Mushi D, Meyrowitsch DW, Manongi R, Rogathi JJ, Gammeltoft T, et al. Intimate partner violence during pregnancy and its association with preterm birth and low birth weight in Tanzania: A prospective cohort study. *PLoS One*. 2017;12(2):e0172540.
64. El Kady D, Gilbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstet Gynecol*. févr 2005;105(2):357-63.
65. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. juill 2004;18(4):260-9.
66. Saurel-Cubizolles MJ, Blondel B, Lelong N, Romito P. [Marital violence after birth]. *Contracept Fertil Sex (Paris)*. févr 1997;25(2):159-64.
67. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2003;188(5):1341-7.
68. Tweddale CJ. Trauma during pregnancy. *Crit Care Nurs Q*. mars 2006;29(1):53-67; quiz 68-9.
69. Johri M, Morales RE, Boivin J-F, Samayoa BE, Hoch JS, Grazioso CF, et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 6 juill 2011;11:49.
70. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol*. juill 2006;195(1):140-8.

71. Fildes J, Reed L, Jones N, Martin M, Barrett J. Trauma: the leading cause of maternal death. *J Trauma*. mai 1992;32(5):643-5.
72. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. mars 2011;118 Suppl 1:1-203.
73. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012. :231.
74. Manseur Z. Entre projet de départ et soumission : la souffrance de la femme battue. *Pensée Plurielle*. 2004;(8):103-18.
75. Sudermann M, Jaffe P, Centre national d'information sur la violence dans la famille (Canada). Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale: guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux. Ottawa: Santé Canada; 1999.
76. République française. LOI n°92-683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions générales du code pénal.
77. République française. LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. 2006-399 avr 4, 2006.
78. République française. LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. 2010-769 juill 9, 2010.
79. Code pénal - Article 226-14. Code pénal français.
80. Article R.4127-44 du code de la santé publique français, avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2012.
81. République française. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.
82. Secrétariat d'état chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
83. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes; 2017-2019. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr>
84. INSEE, SSMSI, ONDRP. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité ». 2017.
85. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med*. 9 janv 2006;166(1):22-37.
86. World Health Organization. Résumé d'orientation : Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes: recommandations cliniques et politiques. 2013
87. Richardson J, Feder G. Domestic violence: a hidden problem for general practice. *Br J Gen Pract*. avr 1996;46(405):239-42.
88. Canuet H, Belin I. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer*. 2010;21(92).
89. Renker PR, Tonkin P. Women's views of prenatal violence screening: acceptability and confidentiality issues. *Obstet Gynecol*. févr 2006;107(2 Pt 1):348-54.

90. Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ*. 20 sept 2003;327(7416):673-6.
91. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*. 10 août 2002;325(7359):314.
92. Violence against women: an EU-wide survey. Main results report. 2014.
93. Palisse M, Lazimi G, Soares A, Beco A de, Chastaing J. Violences sexuelles faites aux femmes. Repérage par le médecin généraliste. Une enquête quantitative en région Île-de-France. *Médecine*. 29 mai 2015;11(4):187-9.
94. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med*. 5 juin 2012;156(11):796-808, W-279, W-280, W-281, W-282.
95. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 22 juill 2015;(7):CD007007.
96. Brown JB, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. Dépistage de la violence faite aux femmes. Epreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français. *Can Fam Physician*. mai 2001;47:988-95.
97. Violences faites aux femmes : les principales données, Lettre de l'Observatoire National des Violences faites aux Femmes n°8. Mission Interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. 2015.
98. HAS. Préparation à la naissance et à la Parentalité. 2005 nov.
99. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées - Recommandations professionnelles. 2016.
100. Shepherd J, Morley R, Adshead G, Gillett G, Knight MA. Should doctors be more proactive as advocates for victims of violence? *BMJ*. 16 déc 1995;311(7020):1617-21.
101. Chambonnet, Douillard, Mallet. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale*. 2000;1481-5.
102. Haute autorité de santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations pour la pratique clinique. HAS; 2011 p. 32.
103. Ordre des médecins. Que faire face à une femme victime de violence ? oct 2017; *Médecins* 2017(51):28.
104. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco AD, Chastaing J, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. *Médecine*. 10 déc 2014;10(9):423-8.
105. Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales : repérer et aider les victimes. *Rev Prat Médecine Générale*. sept 2005;53(945):702/703.
106. Cresson G. Médiation familiale et violence conjugale. *Cah Genre*. 2002;n° 33(2):201-18.
107. 4ème plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes. 2014-2016. Ministère des droits des femmes.
108. Ministère des solidarités et de la santé rédigé par l'INSERM et la D. Enquête nationale périnatale, rapport 2016 - Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010.

109. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
110. Cauffman JG, Forsyth RA, Clark VA. Randomized controlled trials of continuing medical education: what makes them most effective? *The Journal of continuing education in the health professions*. 2002;214-21.
111. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evid ReportTechnology Assess*. janv 2007;(149):1-69.
112. Évaluation d'une formation à la direction de thèse. *Exercer*. 2012;23(103):165-8.
113. Kirkpatrick D. *Evaluating training programs: the four levels*. San Francisco: Berrett-Koehler; 1994.
114. Yeung H, Chowdhury N, Malpass A, Feder GS. Responding to domestic violence in general practice: a qualitative study on perceptions and experiences. *Int J Fam Med*. 2012;2012:960523.
115. Fline-Barthes M-H, Vandendriessche D, Gaugue J, Urso L, Therby D, Subtil D. Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. 30 avr 2014;
116. Haute autorité de santé. Préparation à la naissance et à la parentalité, série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. 2007.
117. Direction générale adjointe de la solidarité, direction enfance famille jeunesse, direction adjointe protection maternelle et infantile, Hauts-de-France. Comité technique du 28 juin 2018, Mise en place d'une coordination avec les maternités et les dispositifs de permanence d'accès aux soins (PASS).
118. Salmon D, Murphy S, Baird K, Price S. An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery*. mars 2006;22(1):6-14.
119. Jahanfar S, Howard LM, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*. 12 nov 2014;(11):CD009414.
120. Communiqué de presse, le label grande cause nationale 2018. gouvernement.fr.
121. Questionnaire PREMIS. Disponible sur: <https://redcap.chu-clermontferrand.fr>

ANNEXES

Annexe n°1 : Questionnaire donné aux professionnels avant la sensibilisation

Dans le cadre de ma thèse, j'ai réalisé un questionnaire pour évaluer les connaissances et les pratiques des professionnels de santé concernant les violences conjugales. Merci de répondre à ces questions. Ce questionnaire sera anonymisé. Vous serez recontacté dans 6 mois pour évaluer par un nouveau questionnaire l'évolution de vos connaissances et pratiques après sensibilisation au sujet.

1. Êtes-vous ? Un homme Une femme

2. Quelle est votre profession ?

- Médecin généraliste
- Gynécologue obstétricien
- Sage-femme en maternité
- Sage-femme libérale ou en PMI
- Urgentiste
- Médecin en PMI
- Infirmière
- Autre :

3. Quel âge avez-vous ? |__|__| ans

4. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? |__|__|__|__|

5. Avez-vous déjà suivi une formation sur la violence conjugale ? Oui Non

5.1. **Si oui**, à quelle(s) occasion(s) ?

- Lors de votre cursus universitaire
- Lors de congrès
- Lors de cours pour un diplôme universitaire
- Lors de formation sur ce thème (½ journées, journées)
- Lors de groupe de pairs
- Lors de votre formation médicale continue

5.2. **Si oui**, considérez-vous cette (ces) formation(s) comme suffisante(s) ? Oui Non

5.3. **Si non** : Pourquoi ?

- Formations pas assez fréquentes
- Temps de formation trop court
- Formations pas assez concrètes

6. Selon l'enquête ENVEFF en 2000, combien de femmes sont victimes de violences conjugales, au moins une fois dans leur vie, en France ? |__|__|__|__|%

7. Le cycle des violences conjugales comprend : *(Plusieurs réponses possibles)*

- Une phase de passage à l'acte violent
- Une phase de tension
- Une phase d'inversion de la culpabilité
- Une phase de lune de miel
- Je ne connais pas ce cycle

8. Quels sont les types de violence conjugale ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- La violence physique
- La violence psychologique
- La violence verbale
- La violence sexuelle
- La violence économique et financière

9. En cas de violences conjugales préexistantes à la grossesse, pendant la grossesse celles-ci :

- diminuent
- restent similaires
- s'aggravent

10. En violences conjugales : *(Plusieurs réponses possibles)*

- Il existe une relation égalitaire entre les deux partenaires
- La victime et l'agresseur sont toujours les mêmes
- L'agresseur peut devenir victime (inversion des rôles)
- Les conflits n'existent plus

11. Quelles conséquences sur la grossesse peuvent avoir les violences conjugales ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Une grossesse déclarée tardivement
- Une majoration des fausses-couches
- Une mort *in utero*
- Un retard de croissance intra-utérin
- Des douleurs pelviennes chroniques
- Un accouchement prématuré

12. Quels sont les 2 facteurs de HAUT RISQUE de violences conjugales ?

- Divorce, séparation
- Chômage
- Précarité
- Différence d'âge
- Grossesse
- Infidélité

13. Parmi les facteurs de risque pour une personne de devenir victime de violence conjugale, lequel est **LE** plus déterminant ? (121)

- Âge jeune (<30 ans)
- Toxicomanie / alcoolisme du conjoint
- Etre une femme
- Antécédents familiaux de maltraitance
- Je ne sais pas

14. Lorsqu'une victime dénonce la violence conjugale qu'elle subit, quelles sont les solutions d'hébergement d'urgence ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Elle est obligée de quitter le domicile et doit se débrouiller pour subvenir à ses besoins
- Elle peut être accueillie dans des centres d'hébergement d'urgence
- Elle peut demander l'éviction du conjoint violent du domicile conjugal
- Elle peut appeler le 115

15. Si la victime de violences conjugales a un ou des enfants :

- Les violences conjugales ont un retentissement sur le ou les enfant(s)
- Les violences conjugales n'ont pas de retentissement sur le ou les enfant(s)
- Les violences conjugales n'ont pas de retentissement sur le ou les enfant(s) sauf s'il est (sont) présent(s) lors des actes violents

16. Les violences conjugales sont actuellement responsables en France, du décès d'une femme :

- Tous les 2 jours
- Tous les 3 jours
- Tous les 7 jours

17. Les violences conjugales sont actuellement responsables en France, du décès d'un homme :

- Tous les 11 jours
- Tous les mois
- Tous les 42 jours

18. En violences conjugales, d'après la justice il est reconnu une circonstance aggravante : (*Plusieurs réponses possibles*)

- Pour les couples mariés
- Pour les couples pacés
- Pour les couples vivant en union libre
- Pour ceux ayant la qualité d'ex

19. Au minimum, les violences conjugales correspondent juridiquement à (quel que soit l'incapacité totale de travail):

- Une contravention
- Un délit
- Un crime

20. Je me sens capable de repérer une situation de violence conjugale ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

21. Dans le cadre de votre exercice professionnel avez-vous déjà été confronté(e) à une situation de violence conjugale ?

- Oui, une fois
- Oui, plusieurs fois
- Oui, de nombreuses fois (> 30 fois)
- Non

22. Posez-vous systématiquement la question aux patientes enceintes : êtes-vous victimes de violences conjugales ?

- Oui
- Non

22.1. **Si non**, pourquoi ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Vous attendez que la patiente vous en parle spontanément
- Vous posez seulement la question lorsque la patiente consulte seule
- Seulement devant des indices comportementaux, psychologiques, physiques
- Seulement devant des indices comportementaux chez le partenaire de votre patiente, vous abordez le sujet à une prochaine consultation
- Je ne me sens pas à l'aise avec le sujet

23. Dans une situation de violence conjugale, une fois la situation révélée, vous prévoyez systématiquement un temps d'écoute ?

- Oui
- Non

23.1. **Si non**, pourquoi ?

- Je n'ai pas le temps au cours des consultations
- Je ne sais pas quoi dire à la victime
- Je ne me sens pas compétent(e) pour aider la victime

24. Dans une situation de violence conjugale, une fois la situation révélée, en dehors d'une urgence, vous orientez en 1^{er} lieu la victime vers :

- La justice (police, gendarmerie, procureur)
- Les urgences médicales
- Une assistante sociale
- Une association spécialisée
- Une ou un psychologue
- Les services d'accueil téléphonique
- Le médecin traitant de la patiente (si vous n'êtes pas le médecin traitant)

25. Vous faites systématiquement une transmission de ce qui vous a été rapporté : Oui Non

25.1. **Si oui**, (*plusieurs réponses possibles*)

- Sur le dossier médical si vous y avez accès
- Par le biais d'un certificat médical que vous remettez à la patiente
- Par le biais d'un certificat médical que vous conservez
- En envoyant un courrier au médecin traitant (si vous n'êtes pas médecin traitant)
- Seulement si vous avez l'accord de la patiente

25.2. Si vous travaillez dans un établissement le permettant, vous présentez le dossier à un staff social : Oui Non

26. Si vous avez eu des patientes enceintes victimes de violences conjugales dans le passé, qui vous a aidé ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Une sage-femme
- Un membre de la PMI
- Un cadre de service en maternité
- Un ou une gynécologue
- Les services sociaux
- Un ou une psychologue
- Une structure extérieure spécialisée (une association par exemple)
- Je n'ai pas trouvé d'aide

27. Quels outils avez-vous à disposition ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Affiche informative dans la salle d'attente
- Brochures en libre-service sur les violences conjugales
- Contacts d'assistantes sociales
- Contacts d'associations spécialisées
- Contacts de centres d'hébergement en urgences
- Numéro national 3919
- Aucun

Annexe n°2 : Questionnaire donné aux professionnels après la sensibilisation

Evaluation des connaissances juste après la sensibilisation. Merci de répondre à ces questions. Vous serez recontacté dans 6 mois pour évaluer par un nouveau questionnaire l'évolution de vos connaissances et pratiques après sensibilisation au sujet.

1. Selon l'enquête ENVEFF en 2000 , combien de femmes sont victimes de violences conjugales, au moins une fois dans leur vie, en France ? |__|__|__|%

2. Le cycle des violences conjugales comprend : (*Plusieurs réponses possibles*)

- Une phase de passage à l'acte violent
- Une phase de tension
- Une phase d'inversion de la culpabilité
- Une phase de lune de miel
- Je ne connais pas ce cycle (dans ce cas-là merci de ne cocher que la dernière réponse)

3. Quels sont les types de violence conjugale ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- La violence physique
- La violence psychologique
- La violence verbale
- La violence sexuelle
- La violence économique et financière

4. En cas de violences conjugales préexistantes à la grossesse, pendant la grossesse celles-ci :

- diminuent
- restent similaires
- s'aggravent

5. En violences conjugales : (*Plusieurs réponses possibles*)

- Il existe une relation égalitaire entre les deux partenaires
- La victime et l'agresseur sont toujours les mêmes
- L'agresseur peut devenir victime (inversion des rôles)
- Les conflits n'existent plus

6. Quelles conséquences sur la grossesse peuvent avoir les violences conjugales ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Une grossesse déclarée tardivement
- Une majoration du nombre de fausse couche
- Une mort *in utero*
- Un retard de croissance intra-utérin
- Des douleurs pelviennes chroniques
- Un accouchement prématuré

7. Quels sont les 2 facteurs de HAUT RISQUE de violences conjugales ?

- Divorce, séparation
- Chômage
- Précarité
- Différence d'âge
- Grossesse
- Infidélité

8. Parmi les facteurs de risque pour une personne de devenir victime de violence conjugale, lequel est **LE** plus déterminant ? (121)

- Âge jeune (<30 ans)
- Toxicomanie / alcoolisme du conjoint
- Etre une femme
- Antécédents familiaux de maltraitance
- Je ne sais pas

9. Lorsqu'une victime dénonce la violence conjugale qu'elle subit, quelles sont les solutions d'hébergement d'urgence ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Elle est obligée de quitter le domicile et doit se débrouiller pour subvenir à ses besoins
- Elle peut être accueillie dans des centres d'hébergement d'urgence
- Elle peut demander l'éviction du conjoint violent du domicile conjugal
- Elle peut appeler le 115

10. Si la victime de violences conjugales a un ou des enfants :

- Les violences conjugales ont un retentissement sur le ou les enfant(s)
- Les violences conjugales n'ont pas de retentissement sur le ou les enfant(s)
- Les violences conjugales n'ont pas de retentissement sur le ou les enfant(s) sauf s'il est (sont) présent(s) lors des actes violents

11. Les violences conjugales sont actuellement responsables en France, du décès d'une femme :

- Tous les 2 jours
- Tous les 3 jours
- Tous les 7 jours

12. Les violences conjugales sont actuellement responsables en France, du décès d'un homme :

- Tous les 11 jours
- Tous les mois
- Tous les 42 jours

13. En violences conjugales, d'après la justice il est reconnu une circonstance aggravante : (*Plusieurs réponses possibles*)

- Pour les couples mariés
- Pour les couples pacsés
- Pour les couples vivant en union libre
- Pour ceux ayant la qualité d'ex

14. Au minimum, les violences conjugales correspondent juridiquement à (quel que soit l'incapacité totale de travail):

- Une contravention
- Un délit
- Un crime

15. Dans une situation de violence conjugale, une fois la situation révélée, en dehors d'une urgence, vous orienterez en 1^{er} lieu la victime vers :

- La justice (police, gendarmerie, procureur)
- Les urgences médicales
- Une assistante sociale
- Une association spécialisée
- Une ou un psychologue
- Les services d'accueil téléphonique (3919)
- Le médecin traitant de la patiente (si vous n'êtes pas le médecin traitant)

Annexe n°3 : Questionnaire donné aux professionnels à 6 mois

1. Selon l'enquête ENVEFF en 2000 , combien de femmes sont victimes de violences conjugales, au moins une fois dans leur vie, en France ? |__|__|__|%

2. Le cycle des violences conjugales comprend : (*Plusieurs réponses possibles*)

- Une phase de passage à l'acte violent
- Une phase de tension
- Une phase d'inversion de la culpabilité
- Une phase de lune de miel
- Je ne connais pas ce cycle (dans ce cas-là merci de ne cocher que la dernière réponse)

3. Quels sont les types de violence conjugale ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- La violence physique
- La violence psychologique
- La violence verbale
- La violence sexuelle
- La violence économique et financière

4. En cas de violences conjugales préexistantes à la grossesse, pendant la grossesse celles-ci :

- diminuent
- restent similaires
- s'aggravent

5. En violences conjugales : (*Plusieurs réponses possibles*)

- Il existe une relation égalitaire entre les deux partenaires
- La victime et l'agresseur sont toujours les mêmes
- L'agresseur peut devenir victime (inversion des rôles)
- Les conflits n'existent plus

6. Quelles conséquences sur la grossesse peuvent avoir les violences conjugales ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Une grossesse déclarée tardivement
- Une majoration du nombre de fausse couche
- Une mort *in utero*
- Un retard de croissance intra-utérin
- Des douleurs pelviennes chroniques
- Un accouchement prématuré

7. Quels sont les 2 facteurs de HAUT RISQUE de violences conjugales ?

- Divorce, séparation
- Chômage
- Précarité
- Différence d'âge
- Grossesse
- Infidélité

8. Parmi les facteurs de risque pour une personne de devenir victime de violence conjugale, lequel est **LE** plus déterminant ? (121)

- Âge jeune (<30 ans)
- Toxicomanie / alcoolisme du conjoint
- Etre une femme
- Antécédents familiaux de maltraitance
- Je ne sais pas

9. Lorsqu'une victime dénonce la violence conjugale qu'elle subit, quelles sont les solutions d'hébergement d'urgence ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Elle est obligée de quitter le domicile et doit se débrouiller pour subvenir à ses besoins
- Elle peut être accueillie dans des centres d'hébergement d'urgence
- Elle peut demander l'éviction du conjoint violent du domicile conjugal
- Elle peut appeler le 115

10. Si la victime de violences conjugales a un ou des enfants :
- Les violences conjugales ont un retentissement sur le ou les enfant(s)
 - Les violences conjugales n'ont pas de retentissement sur le ou les enfant(s)
 - Les violences conjugales n'ont pas de retentissement sur le ou les enfant(s) sauf s'il est (sont) présent(s) lors des actes violents
11. Les violences conjugales sont actuellement responsables en France, du décès d'une femme :
- Tous les 2 jours
 - Tous les 3 jours
 - Tous les 7 jours
12. Les violences conjugales sont actuellement responsables en France, du décès d'un homme :
- Tous les 11 jours
 - Tous les mois
 - Tous les 42 jours
13. En violences conjugales, d'après la justice il est reconnu une circonstance aggravante : (*Plusieurs réponses possibles*)
- Pour les couples mariés
 - Pour les couples pacsés
 - Pour les couples vivant en union libre
 - Pour ceux ayant la qualité d'ex
14. Au minimum, les violences conjugales correspondent juridiquement à (quel que soit l'incapacité totale de travail):
- Une contravention
 - Un délit
 - Un crime
15. Je me sens capable de repérer une situation de violence conjugale ?
- Tout à fait d'accord
 - D'accord
 - Ni en désaccord ni d'accord
 - Pas d'accord
 - Pas du tout d'accord
16. Dans le cadre de votre exercice professionnel avez-vous déjà été confronté(e) à une situation de violence conjugale ?
- Oui, une fois
 - Oui, plusieurs fois
 - Oui, de nombreuses fois (plus de 30 fois)
 - Non
17. Posez-vous systématiquement la question aux patientes enceintes : êtes-vous victimes de violences conjugales ? Oui Non
- 17.1. **Si non**, pourquoi ? (*plusieurs réponses possibles*)
- Vous attendez que la patiente vous en parle spontanément
 - Vous posez seulement la question lorsque la patiente consulte seule
 - Seulement devant des indices comportementaux, psychologiques, physiques
 - Seulement devant des indices comportementaux chez le partenaire de votre patiente, vous abordez le sujet à une prochaine consultation
 - Je ne me sens pas à l'aise avec le sujet
18. Depuis la formation, avez-vous augmenté la fréquence à laquelle vous posez la question ?
- Oui
 - Non
19. Dans une situation de violence conjugale, une fois la situation révélée, vous prévoyez systématiquement un temps d'écoute ? Oui Non
- 19.1. **Si non**, pourquoi ?
- Je n'ai pas le temps au cours des consultations
 - Je ne sais pas quoi dire à la victime
 - Je ne me sens pas compétent(e) pour aider la victime

20. Dans une situation de violence conjugale, une fois la situation révélée, en dehors d'une urgence, vous orientez en 1^{er} lieu la victime vers :

- La justice (police, gendarmerie, procureur)
- Les urgences médicales
- Une assistante sociale
- Une association spécialisée
- Une ou un psychologue
- Les services d'accueil téléphonique (3919)
- Le médecin traitant de la patiente (si vous n'êtes pas le médecin traitant)

21. Vous faites systématiquement une transmission de ce qui vous a été rapporté : Oui Non

21.1. **Si oui, (plusieurs réponses possibles)**

- Sur le dossier médical si vous y avez accès
- Par le biais d'un certificat médical que vous remettez à la patiente
- Par le biais d'un certificat médical que vous conservez
- En envoyant un courrier au médecin traitant (si vous n'êtes pas médecin traitant)
- Seulement si vous avez l'accord de la patiente

21.2. Si vous travaillez dans un établissement le permettant, vous présentez le dossier à un staff social : Oui Non

22. Si vous avez eu des patientes enceintes victimes de violences conjugales depuis la formation, qui vous a aidé ? (Plusieurs réponses possibles)

- Une sage-femme
- Un membre de la PMI
- Un cadre de service en maternité
- Un ou une gynécologue
- Les services sociaux
- Un ou une psychologue
- Une structure extérieure spécialisée (une association par exemple)
- Je n'ai pas trouvé d'aide
- Je n'ai pas été confronté à un cas de violences conjugales les 6 derniers mois

23. Quels outils avez-vous maintenant à disposition ? (Plusieurs réponses possibles)

- Affiche informative dans la salle d'attente
- Brochures en libre-service sur les violences conjugales
- Contacts d'assistantes sociales
- Contacts d'associations spécialisées
- Contacts de centres d'hébergement en urgences
- Numéro national 3919
- Aucun

24. Pensez-vous que cette demi-journée de sensibilisation a changé vos pratiques ? Oui Non

24.1. Si non, pourquoi ?

25. Depuis la formation, avez-vous effectué :

- des recherches sur le sujet
- d'autres formations sur le sujet
- des modifications dans votre service ou structure
- Autre.....

26. Avez-vous des remarques ?

AUTEUR : THIEFFRY Aurélia

Date de Soutenance : 28 février 2019

Titre de la Thèse : Violences conjugales et grossesse : étude d'impact d'une sensibilisation au sein du réseau périnatal de Roubaix

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine Générale, Gynécologie-Obstétrique

DES de Médecine Générale

Mots-clés : partner abuse, domestic violence, domestic abuse, intimate partner violence, pregnancy, awareness, health care providers, screening

Résumé :

Contexte : Malgré la prévalence des violences conjugales (une femme sur dix), la méconnaissance des professionnels de santé persiste. Il est nécessaire de sensibiliser un plus grand nombre d'entre eux. La grossesse est un moment privilégié pour dépister les violences conjugales, de par la fréquence des consultations et le climat de confiance établi au cours du suivi. De plus, c'est une période propice à l'instauration et l'aggravation de ces violences. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact d'une sensibilisation aux violences conjugales.

Méthode : Etude d'impact comparative avant/après, monocentrique, réalisée de janvier 2018 à décembre 2018. Quatre-vingt-dix-neuf professionnels de santé du réseau périnatal de Roubaix ont participé à une demi-journée de sensibilisation sur trois dates différentes. Des questionnaires avant, après et à six mois de la formation ont été utilisés pour évaluer les connaissances et les pratiques.

Résultats: En pré-test, 91 questionnaires ont été analysés, 87 en post-test et 58 à six mois. Le taux de réponses était de 64% à six mois. Concernant les connaissances globales, il y a eu 45% de bonnes réponses en pré-test, 77% en post-test et 61% à six mois. Cette amélioration des connaissances globales est significative entre le pré et le post-test ($p < 0,001$) ($n=87$) et à six mois ($p < 0,001$) ($n=58$). A six mois de la formation, neuf participants sur dix signalent des modifications de leurs pratiques (IC 95% [0,82-0,97] ($n=58$)). Le nombre de participants posant systématiquement la question de l'existence de violences conjugales a doublé significativement ($p=0,039$) (IC 95% [0,15-0,37]) ($n=58$). Les participants se sentent davantage capables de repérer et prendre en charge une situation de violence conjugale à six mois ($p < 0,001$) ($n=58$). Les outils de prise en charge utilisés sont beaucoup plus nombreux.

Conclusion: Une sensibilisation des professionnels de santé aux violences conjugales permet une amélioration des connaissances et un changement des pratiques à six mois. Des études de grande ampleur sont nécessaires pour connaître le réel impact sur la prise en charge des victimes.

Composition du jury :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN,
Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR,
Madame le Docteur Anastasia CHUDZINSKI**