

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Maé LE CAM

Le 14 mars 2023

DÉPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES AU COURS DU SUIVI MÉDICAL DU NOURRISSON : ENQUÊTE D'ACCEPTABILITÉ AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET DE PMI DES HAUTES-PYRÉNÉES

Directeur de thèse : Dr Guenaëlle MESTHÉ

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Madame le Docteur Lisa OUANHNON

Assesseur

Madame le Docteur Marie GALY-NORMAND

Assesseur

Madame le Docteur Guenaëlle MESTHÉ

Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeurs Associés

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BOYER Pierre
M. CHICOULAA Bruno
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements

À Monsieur le Professeur Pierre Mesthé, cher maître, vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Je suis fière d'avoir profité de vos enseignements et de vos conseils, toujours dispensés avec bienveillance et sincérité, et qui m'accompagnent aujourd'hui dans ma pratique.

À Madame le Docteur Lisa Ouahnon, je vous remercie de participer à l'évaluation de mon travail et de votre enthousiasme pour ce sujet qui me tient tellement à cœur. Merci de contribuer, à travers vos enseignements, à améliorer le soin de la femme et de l'enfant en médecine générale.

À Madame le Docteur Marie Galy, j'admire ton engagement au service de la santé des femmes et des enfants, que tu ne manques pas de faire partager à toutes les personnes qui ont la chance de travailler avec toi. A l'issue de mon stage à tes côtés, j'ai su non seulement quel médecin je voulais être, mais aussi quelle femme j'ambitionnais de devenir et pour cela je te suis profondément reconnaissante.

À Madame le Docteur Guenaëlle Mesthé, je suis d'autant plus fière de ce travail que nous l'avons mené ensemble durant cette année si particulière. J'ai été profondément touchée que tu acceptes de diriger ma thèse et cela m'a poussé à donner le meilleur de moi-même. J'espère que la direction de thèse aura été à la hauteur de tes attentes et que nous resterons amies. Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir toujours répondu présente dans les moments de doute.

Aux médecins généralistes et de PMI des Hautes-Pyrénées, merci de l'intérêt que vous avez porté à mon sujet et pour votre présence tous les jours, aux côtés des femmes et des enfants aux prises avec la violence. Merci en particulier à Monsieur le Docteur Hervé Gachies d'avoir diffusé mon enquête et pour sa bienveillance à l'égard des étudiants du département.

À toute l'équipe de la MSP d'Ayzac Ost, merci de m'avoir accueillie et soutenue durant toute une année. Travailler à vos côtés est un honneur et un réel plaisir, comptez sur moi pour le « pôle santé de la femme » d'Ayzac-Ost !

À ma grand-mère, Mie Jo, toi qui incarnes à mes yeux tous les combats des femmes, je sais que ce travail t'aurait rendue fière, et tu m'as accompagnée tout au long de sa rédaction. Tu m'as donné assez d'amour pour une vie entière, tu me manques chaque jour.

À Pierre pour ta gentillesse et ta générosité, merci d'avoir toujours été là pour chacun d'entre nous. Mamie et toi m'avez transmis le goût de la fête et du voyage, et fait découvrir les Pyrénées auxquelles je suis si attachée.

À mes parents, pour les valeurs que vous m'avez transmises, merci de votre amour inconditionnel et pour la fierté que je devine dans votre voix, même à l'autre bout de la planète.

À Morgane, grande petite sœur, j'admire la femme que tu es devenue. Le monde est à toi, tu n'as qu'à tendre les bras, et saches que tu pourras toujours compter sur mon soutien et mon amour.

À Raphaël et Muriel, merci de m'avoir accueillie, en toute simplicité, pour profiter de ces moments précieux de réconfort autour d'une gaufre ou deux. Votre porte a toujours été ouverte et vous m'avez offert un foyer où me ressourcer durant mes années rennaises.

À Miti et Tom ; à Léa et sa petite famille ; à Jocelyn, Sarah et leurs enfants ; à Gaël et papy Daniel ; à Carine et Lucas ; à nos réunions de famille toujours si animées, vous rendez ma vie plus belle et je vous aime.

À Sylvette et Olivier, merci pour votre amour et votre soutien sans faille depuis le tout début de mon aventure dans les Pyrénées. Je mesure ma chance de faire partie de votre famille et je sais que les années à venir seront remplies de bonheur à vos côtés.

Aux rennais du KARCHER, Marine, Claire, DLM, Marie, Anne-Clo, Anne-Marie, Mathilde, Mathieu, Kévin, Loulou, Caro, Pauline, Fabian, Béné, Sylvain, Armel et Mathieu. Grâce à vous ces années de fac restent gravées parmi mes plus beaux souvenirs. À toutes nos excursions, nos soirées « vin-fromage » où l'on ne mangeait pas beaucoup de fromage, à nos sessions de wakeboard, à nos bains de boue et nos bains de minuit. Avoir 20 ans en votre compagnie c'était le paradis.

À ma Marion, la meilleure compagne de voyage dont je puisse rêver, tu me connais par cœur. Tu es la personne la plus courageuse et la plus aimante que je connaisse, ton amitié est la plus précieuse à mes yeux.

Aux copains de l'internat, Lulu, PM, Cha, Sarah, Théo, Manu, Anne, Mathilde, Martin, Léa, Raph et Lois. Vous êtes les meilleurs coloc / compagnons de ski / adversaires de belote ou partenaires de danse (Aïchaaa) de tout le Sud-Ouest, et moi j'ai eu la chance de tomber sur vous, à Saint-Girons qui plus est ! Avec vous je me sens en famille, et je sais que je peux compter sur vous pour la prochaine crémaillère (encore !?!) !

Et à Nicolas, mon amour, tu as fait de ces 5 dernières années une merveilleuse aventure et tous les jours je contemple mon bonheur de vivre à tes côtés. J'ai hâte de découvrir ce que la vie nous réserve. Je t'aime.

« Tout le chemin consiste à comprendre qu'on a été la victime.
A partir de là, nous pouvons cesser de l'être. »

Giulia Foïs
24 novembre 2022

Table des matières

ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	5
I. Les violences conjugales : définition et enjeux	5
A. Définitions	5
B. Épidémiologie	5
C. Les mécanismes de la violence	6
D. Enfants exposés aux violences conjugales	7
E. Conséquences des violences conjugales	8
1. Conséquences sur la santé des femmes	8
2. Impact des violences conjugales sur les enfants	9
3. Impact sur la parentalité	11
II. Les violences conjugales en médecine générale	13
A. Quel rôle pour le médecin généraliste ?	13
1. Le premier recours des femmes victimes	13
2. Formation des médecins généralistes	14
3. Recommandations et outils à destination des généralistes	14
4. Cadre législatif et déontologique	15
B. État des pratiques actuelles et perspectives	17
1. Principaux freins au dépistage	17
2. Perspectives d'évolution des pratiques	18
III. Pertinence d'un dépistage ciblé des violences conjugales en période périnatale	20
A. A propos du dépistage des violences conjugales	20
B. Les enjeux de la période périnatale	21
1. La périnatalité : une période charnière	21
2. Envisager ensemble la sphère de la mère et de l'enfant	22
C. Les outils du dépistage : le questionnaire WAST	23
HYPOTHESE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	24
MATERIEL ET METHODE	25
1. Type d'étude et considérations éthiques	25
2. Population étudiée	25
3. Schéma expérimental	25
4. Recueil des données	26
5. Analyse des données	26
RESULTATS	27
A. Échantillon d'étude	27
1. Participation	27
2. Caractéristiques de l'échantillon étudié	27
B. Pratiques autodéclarées	28
1. Fréquence des violences conjugales en consultation	28
2. Pratiques de dépistage des violences conjugales	28
3. Freins au dépistage	29
C. Le carnet de santé : support de prévention ?	29

D.	Acceptabilité du dépistage des violences conjugales	30
1.	Opportunité de la consultation du nourrisson	30
2.	Mise en pratique du WAST-short	30
3.	Niveau d'aise lors de l'utilisation du WAST-short	30
4.	Avantages du protocole de dépistage	31
5.	Inconvénients	32
6.	Intégration du WAST-short au carnet de santé.....	32
DISCUSSION.....		34
1.	Acceptabilité du dépistage lors de la consultation du nourrisson	34
2.	Utilité du carnet de santé pour la sensibilisation et le dépistage des violences conjugales	36
3.	Forces et limites de l'étude	37
CONCLUSION.....		39
BIBLIOGRAPHIE		40
ANNEXES		46
	Annexe 1 : Critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise	46
	Annexe 2 : Modèle de rédaction d'un signalement.....	48
	Annexe 3 : HAS : Outil d'aide au repérage des violences conjugales	50
	Annexe 4 : Woman Abused Screening Tool (WAST)	51
	Annexe 5 : Mail de recrutement des participants	52
	Annexe 6 : Fiche « Ressources et outils »	53
	Annexe 7 : Questionnaire de recherche	54

Abréviations

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CIIVISE : Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants

CMI : Certificat Médical Initial

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRIP : Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes

EPP : Entretien Prénatal Précoce

ECN : Épreuves Classantes Nationales

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

FRA : Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National d'Études Démographiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ITT : Incapacité Totale de Travail

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

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

NICE : National Institute for health and Clinical Excellence

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONVFF : Observatoire National des Violences Faites aux Femmes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SOGC : Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

SSPT : Syndrome de Stress Post-Traumatique

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

VIRAGE : Violences et Rapports de Genre

WAST : Woman Abused Screening Tool

Introduction

Les violences subies par les femmes constituent l'une des violations des droits humains les plus répandues dans le monde. Les attitudes traditionnelles faisant de la femme un objet de soumission ou lui assignant un rôle stéréotypé perpétuent l'usage répandu de la violence ou de la contrainte, y compris au sein de la famille. La violence conjugale existe dans toute société, elle est l'une des formes les plus insidieuses de violence exercée contre les femmes.(1) En France en 2021, 122 femmes sont décédées sous les coups de leur conjoint.(2)

Le 25 novembre 2022, à l'occasion de la journée internationale de la lutte contre les violences faites aux femmes, la Haute Autorité de Santé a diffusé, avec l'appui de l'Assurance Maladie, un nouvel outil pour encourager les médecins généralistes à rechercher systématiquement une situation de violences conjugales, actuelle ou passée. L'enjeu est de briser les tabous, et d'encourager une attitude volontariste face aux violences de couple. Ainsi la question n'est plus de savoir si nous devrions « dépister » les violences conjugales, mais comment mieux aborder le sujet et répondre de manière adéquate aux femmes qui les subissent, afin de les aider à accéder à leurs droits et les accompagner dans leur parcours au mieux de nos compétences.(3)

L'expérimentation menée par la HAS suggère que les médecins disposant d'outils adaptés sont plus susceptibles d'aborder le sujet des violences avec leurs patientes. Notre étude propose de formaliser le dépistage au cours de la consultation du nourrisson, grâce à un outil standardisé, le questionnaire WAST-short.

Contexte et justification de l'étude

I. Les violences conjugales : définition et enjeux

A. Définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les violences conjugales regroupent « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination ».

La violence conjugale se distingue du conflit de couple par son caractère inégalitaire : l'un des partenaires domine, asservit, humilie, revendique un statut supérieur à l'autre, nie son identité propre et brise son estime de lui-même. Les faits de violence sont récurrents et cumulatifs, s'aggravent, s'accélèrent, et sont inscrits dans un rapport de force asymétrique et figé.(4)

Dans la Convention d'Istanbul, ratifiée en 2011, le Conseil de l'Europe distingue quatre formes de violences conjugales : les violences physiques (coups, destruction de biens), psychologiques ou verbales (insultes, cris, menaces, chantage, harcèlement), économiques (contrôle des dépenses, interdiction de travailler) ou encore les violences sexuelles (viols, prostitution).(5)

Ce travail de recherche se concentre sur les violences perpétrées à l'encontre des femmes par un conjoint masculin. Selon le rapport annuel de la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences (MIPROF), en 2021, 87% des victimes de violences commises par un partenaire enregistrées par les services de police et de gendarmerie sont des femmes.(6) De plus, selon l'enquête Violences et Rapports de Genres (VIRAGE) publiée en 2020, les violences commises par les hommes sont à la fois plus fréquentes et plus graves, elles regroupent un plus large spectre de faits répétés et durables, qui s'appuient sur les rôles au sein du couple et touchent au registre de l'intime (violences sexuelles, instauration d'un sentiment d'insécurité et de honte, menaces et violences sur les enfants).(7)

B. Épidémiologie

Selon un rapport de l'OMS publié en 2018, environ 27% des femmes de 20 à 44 ans à travers le monde ont subi des violences physiques ou sexuelles au moins une fois de la part de leur conjoint (actuel ou ex-partenaire). Concernant la France, l'OMS estime ce chiffre à 22%. 5% des femmes interrogées avaient subi des violences physiques de la part de leur conjoint dans les 12 mois précédents.(8) Ce rapport ne mentionne pas les violences psychologiques, car il n'existe pas de critères de jugement standardisés permettant de les mesurer.

En France, la première enquête nationale ayant permis de quantifier le phénomène des violences conjugales est l'enquête ENVEFF, dirigée par Mme Maryse Jaspard et publiée en 2000. Cette enquête a révélé qu'une femme sur 10 en France est victime de violences au

sein de son couple. Les conclusions de l'ENVEFF sont présentées dans le rapport Henrion consacré au rôle des professionnels de santé en matière de violences conjugales et qui marque le début de la reconnaissance d'un problème social majeur.(9)

Depuis 2013, le Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes publie chaque année une estimation de la prévalence des violences conjugales en France. En 2021 ce sont 213 000 femmes majeures qui déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un conjoint ou ex-conjoint au cours de l'année.(6) Les données sont basées sur le recueil du nombre de victimes enregistrées auprès des services de police et de gendarmerie, du nombre de morts liées à des violences conjugales et du nombre de condamnations judiciaires pour l'année écoulée. Ces statistiques ne rendent compte que de la partie révélée des violences commises par un des partenaires sur l'autre, le phénomène est par conséquent largement sous-estimé.(10) Les violences physiques sont davantage reportées que les violences verbales, sexuelles ou psychologiques qui sont plus difficilement identifiables par les victimes et/ou font l'objet d'un tabou social persistant. Dans le cadre conjugal en particulier, la perception de la violence n'est pas toujours immédiate, tant pour les auteurs que pour les victimes ou leur entourage. Par-delà les actes violents caractérisés (brutalités physiques et sexuelles), l'accumulation de faits, de gestes, de paroles en apparence sans gravité peut constituer un comportement violent. Perpétrés dans la durée, les actes violents forment un continuum, si bien que distinguer violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles s'avère peu pertinent.(9)

C. Les mécanismes de la violence

La violence est le moyen utilisé par l'un des partenaires pour contrôler et dominer l'autre. L'acte de violence est une négation de l'autre, une volonté de l'asservir, de le rendre vulnérable.

Le « cycle des violences » est un modèle développé en 1979 par la psychologue américaine Lenore Walker pour illustrer l'évolution des violences conjugales dans le temps. Il décrit l'alternance de quatre phases successives, de la montée en tension jusqu'à la crise et l'explosion de la violence, puis une phase de justification et enfin une phase d'apaisement aussi appelée « lune de miel ». Ce cycle se répète et s'accélère dans le temps, il tend à prendre une forme binaire : tension et agression se succédant sans justification ni réconciliation.(11)

L'agresseur utilise la violence pour maintenir l'agressé dans un état de domination. Plus l'exposition à la violence est durable, plus la vulnérabilité de la victime augmente ainsi que sa dépendance envers l'agresseur. En 1981, dans la nouvelle revue de psychanalyse, Roger Dorey utilise le terme d'« emprise ». Ainsi dévalorisée en permanence, isolée, rabaissée, la victime est incapable de distinguer ce qui relève d'un comportement normal et acceptable.(12) L'éclairage sur ces stratégies permet d'envisager la femme qui subit des violences conjugales non plus comme une « victime » mais comme l'instrument d'un fonctionnement complexe. Les différents mécanismes d'adaptation au processus d'emprise permettent de comprendre puis d'accepter l'ambivalence de ces femmes qui peut souvent déstabiliser les soignants.

La violence existe à tous les âges et dans tous les milieux socio-économiques. Il n'y a pas de facteurs de risque clairement établis à devenir victime ou d'exercer de la violence dans un contexte conjugal. Certains facteurs sont cependant décrits comme « favorisant » : inégalités socio-économiques entre les conjoints, chômage, isolement social, jeune âge, faible niveau d'instruction, maladies chroniques ou handicap.(3) L'exposition à la violence dans l'enfance est un élément fréquent dans l'histoire de vie de ces femmes et ces hommes, qu'il s'agisse de maltraitance directe ou de violences entre les parents.(13) Dans l'enquête ENVEFF, les violences conjugales étaient 4 fois plus fréquentes chez les femmes ayant été témoins de violences conjugales, et 10 fois plus fréquentes chez les femmes victimes de maltraitance dans l'enfance.(9)

De même qu'il n'y a pas de victime « type », les profils de l'homme violent sont variés. Certains traits de caractères sont fréquemment retrouvés chez les auteurs de violences : égocentrisme, faible estime de soi, intolérance à la frustration, rigidité, impulsivité, manque d'empathie, ou encore angoisse de l'abandon. Lorsque ces caractères sont surexprimés, ils constituent un trouble de la personnalité.(14) La survenue de violences conjugales est fortement corrélée à l'existence de troubles mentaux (dépression, syndrome de stress post-traumatique ou d'anxiété généralisée) ainsi qu'aux addictions (alcool et drogue).(15)

Les éléments « déclencheurs » des violences ont le plus souvent trait à l'organisation de la relation conjugale : l'emménagement ensemble ou une naissance étant plus souvent mentionnés dans les situations de violence déclarées par les femmes, ce qui implique des répercussions longues pour ces dernières, impactant l'ensemble de la vie familiale et leur maternité. Dans l'étude de L. Chamberlain et al., une grossesse au cours de l'année écoulée doublait le risque de subir des violences de la part du partenaire.(16) Enfin les violences ne prennent pas fin après une séparation, les violences exercées par des ex-conjoints sont similaires à celles vécues au sein du couple.(7)

D. Enfants exposés aux violences conjugales

Pour désigner l'enfant qui grandit dans un foyer où les parents sont aux prises avec la violence conjugale, la MIPROF choisit le terme de « co-victime ».(17) L'exposition à la violence regroupe un large éventail de situations, de la simple perception d'un climat de tension, jusqu'à être témoin des violences voire acteur (c'est-à-dire s'interposer, être victime directe, ou même participer aux violences) qui engendrent toutes un préjudice pour l'enfant.

En France, l'exposition aux violences conjugales n'est pas clairement listée comme un motif de saisine des services de protection de l'enfance. L'article 375 du code civil, modifié par la loi du 7 février 2022, appréhende cependant la notion d'« enfant en danger » : « l'enfant est en danger lorsque la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont en danger ou risquent de l'être, ou lorsque les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ». La loi du 14 mars 2016 introduit la possibilité du retrait total de l'autorité parentale par le juge aux affaires familiales, en dehors de toute condamnation pénale, lorsque l'enfant est témoin des violences conjugales physiques ou psychiques.

La violence intra-familiale expose l'enfant à de nombreuses formes de mauvais traitements psychologiques : terrorisme, isolement par crainte ou honte de la violence, rejet, indifférence émotionnelle, négligence ou encore corruption en le socialisant à l'abus de pouvoir et à des formes inadaptées de relations interpersonnelles. La notion de terrorisme renvoie au fait que l'enfant vit avec la peur d'être abandonné, blessé, ou arraché à sa famille. Le foyer n'est plus un endroit sûr, stable et protecteur. Le fait d'être témoin de la victimisation des personnes en charge de sa protection impacte négativement le sentiment de sécurité indispensable à son bien-être.(18) En cela l'exposition aux violences rejoint la maltraitance psychologique, aujourd'hui reconnue comme la forme de maltraitance la plus répandue et la plus destructrice pour l'enfant, car elle attaque la représentation de soi et le sentiment de sa propre valeur.

Selon les estimations de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), 4 millions d'enfants en France seraient concernés. Ce chiffre est probablement sous-estimé, car il est issu des déclarations des mères or dans certains cas, celles-ci ne soupçonnent pas que leurs enfants soient impactés par les violences au sein du couple. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), dans une enquête publiée en 2006, parle des « victimes oubliées » des violences conjugales. Selon ce rapport, 275 millions d'enfants seraient concernés dans le monde.(19)

D'après le rapport de l'ONED, les enfants d'âge préscolaire, qui passent plus de temps au domicile familial, sont plus exposés aux violences conjugales que les enfants plus âgés. Plus la violence est ancienne, plus la part d'enfants témoins augmente : 7 % des femmes interrogées dans l'enquête ENVEFF rapportent que les enfants assistent souvent aux scènes de violences à leur début, contre 27% au bout de sept ans. La probabilité que les enfants assistent aux violences augmente aussi lorsque plusieurs formes d'agressions co-existent, près de deux tiers des mères en situation de cumul de violences ont indiqué que leurs enfants en étaient témoins.(20)

E. Conséquences des violences conjugales

1. Conséquences sur la santé des femmes

Les violences impactent les femmes dans tous les domaines de leur vie : affectif, familial, social et professionnel. Toutes les formes de violence ont des effets négatifs sur la santé, ces conséquences sont d'autant plus lourdes que différentes formes de violences se cumulent et se perpétuent. Dans l'enquête Cadre de Vie et Sécurité menée entre 2011 et 2018, 42 % des victimes rapportent que les violences subies au sein du ménage ont entraîné des perturbations dans leur vie quotidienne, notamment professionnelle. Cette proportion est plus élevée parmi les victimes de violences répétées (51 %) que parmi les victimes d'un incident isolé au cours des 24 derniers mois (25 %).(21)

Outre les coups et blessures, pouvant aller jusqu'au meurtre, les conséquences sur la santé physique des femmes sont multiples : troubles digestifs ou gynécologiques (dyspareunies, dysménorrhées, infections sexuellement transmissibles (IST), grossesses involontaires), douleurs chroniques (céphalées, lombalgies, fibromyalgies...), exacerbation de pathologies chroniques par défaut de suivi (asthme, diabète...).

La violence s'accompagne pour les femmes d'un risque accru de troubles de la santé mentale. Les plus courants comprennent la dépression, les troubles anxieux et les phobies, les tentatives de suicide, l'état de stress post-traumatique, les troubles du sommeil ou de l'alimentation, les troubles psychosomatiques et la mauvaise estime de soi. Les addictions (alcoolisme, toxicomanie, tabagisme) sont également plus fréquentes dans cette population.(22)

Les données disponibles montrent que, comparées à l'ensemble de la population, les femmes subissant des violences au sein de leur couple s'estiment en moins bon état de santé.(23) Dans ce groupe, les affections chroniques sont plus fréquentes et la probabilité d'avoir été hospitalisées au cours des douze derniers mois, quel que soit le motif médical, est significativement plus élevée. Enfin, elles ont une consommation accrue de médicaments psychotropes (22 % dans l'enquête ENVEFF) et de soins médicaux.(9) Selon l'OMS, ces femmes perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé.(24)

Les femmes victimes de violences de la part d'un partenaire intime ont davantage de besoins en matière de soins et ont plus fréquemment recours aux services de santé que la population générale. En revanche, ces femmes ont moins tendance à solliciter des soins préventifs, tels que les mammographies, les contrôles du bilan biologique et de la tension artérielle, et le dépistage du cancer. Ceci a des répercussions évidentes sur la santé générale des femmes exposées à la violence, ainsi que sur le coût des soins de santé, les soins à visée curative étant habituellement plus onéreux que les soins de prévention.(22)

2. Impact des violences conjugales sur les enfants

L'état actuel des connaissances ne laisse plus aucun doute sur la gravité des conséquences sur le plan psychologique et comportemental pour les enfants témoins d'actes de violence familiale, ainsi que sur leur développement social et scolaire. L'exposition aux violences conjugales est directement impliquée dans l'apparition de divers troubles du développement de l'enfant, similaires à ceux observés chez les enfants victimes de mauvais traitements (violences physiques, sexuelles, psychologiques, ou négligences lourdes).(25)

Sur le plan de la santé physique, les enfants exposés aux violences peuvent présenter divers symptômes : maux de tête ou d'estomac, allergies, affections cutanées, problèmes d'asthme ou d'énurésie, anorexie, troubles du sommeil ou somatisation (douleurs sans substrat physiologique, cortège de symptômes variés évoqués par l'enfant).

Concernant la santé mentale de l'enfant, les auteurs différencient les manifestations « extériorisées » (agressivité, hyperactivité, comportements anti-sociaux) des effets « intériorisés » des violences qui regroupent la faible estime de soi, la mauvaise gestion des émotions, l'anxiété, l'angoisse de la séparation, jusqu'à la dépression et le syndrome de stress post-traumatique. Selon les études, une proportion variable des enfants exposés présente des symptômes correspondant aux critères du SSPT définis par le DSM-V : hypervigilance (anxiété, crainte, irritabilité, troubles de la concentration et du sommeil), reviviscences (pensées importunes, rappels d'images violentes, cauchemars), altérations négatives de la pensée et de l'humeur (pessimisme, culpabilité, désintérêt, tristesse) et

éviter des situations qui rappellent à l'enfant les actes de violence dont il a été témoin.(26)

L'exposition aux violences au sein du foyer peut avoir un retentissement sur le développement des liens sociaux de l'enfant et sa scolarité. Les difficultés de concentration sont fréquentes chez les enfants exposés à la violence, et peuvent entraîner un retard scolaire faisant souvent évoquer à tort un trouble de l'attention (TDAH). Ces enfants présentent des déficiences importantes dans la gestion de leurs émotions, ce qui peut se traduire par des comportements agressifs, une incapacité à résoudre les conflits autrement que par la violence, et contribuer à les isoler de leurs camarades. Leur perception des rôles de l'homme et de la femme est inscrite dans un schéma dominant/dominé, ce qui amène les jeunes à reproduire la violence ou la victimisation dans leurs relations amoureuses. Le risque de reproduction sociale a été démontré dans de nombreuses études canadiennes. Dans leur étude prospective menée sur 20 ans, M. Ehrensaft et al. ont démontré que l'exposition des garçons à la violence conjugale dans l'enfance multipliait par 3 le risque d'être auteur de violence conjugale, indépendamment de l'exposition à d'autres formes de violence ou de mauvais traitements.(27)

Les conséquences de l'exposition aux violences conjugales pour l'enfant dépendent de nombreux facteurs : âge au moment des faits, type et durée d'exposition, environnement social, qualité de l'agresseur (père, beau-père...). Comme pour leur mère, la répétition des épisodes va de pair avec la gravité des conséquences sur la santé des enfants. A. Levendosky et al. ont montré que la répétition des violences augmente le risque et la gravité d'un SSPT.(28) Cependant, une étude de G. Bogat et al. suggère que plus que la durée d'exposition, c'est l'intensité du retentissement des violences sur la santé de la mère qui influence la gravité des conséquences pour son enfant.(29)

Les séquelles des violences sont visibles à tous les âges y compris chez le nourrisson. Dans l'étude de G. Bogat et al., des symptômes en lien avec un SSPT (principalement un état d'hypervigilance) sont observés dès l'âge de 1 an. Les recherches tendent à montrer que l'enfant en bas âge, du fait de sa plus grande dépendance physique, psychique et émotionnelle envers ses parents, est d'autant plus exposé aux situations de violences. Le bébé est constamment présent au domicile, et il encourt le risque d'être frappé lorsqu'il se trouve dans les bras de ses parents. De nombreux travaux suggèrent que les stress périnataux ont des effets sur la construction de l'architecture cérébrale au niveau neuronal et synaptique, avec des impacts significatifs à long terme sur le développement, le comportement, la cognition, les capacités relationnelles et affectives, et peuvent impliquer un risque psychopathologique à long terme.(30) Par ailleurs chez les enfants d'âge préscolaire, le facteur de protection que peuvent constituer des relations extra-familiales positives et un environnement social sain (professeurs et éducateurs, camarades) est absent, ce qui explique un plus grand nombre de troubles du comportement observés dans ce groupe. L'isolement social engendré par les situations d'abus peut également limiter le recours aux soins pour le bébé (consultation en PMI, fréquentation d'une halte-garderie...).(31)

Enfin l'exposition à la violence conjugale est associée à un ensemble de conditions de vie de nature à rendre l'enfant vulnérable. Le fait de vivre dans un foyer où surviennent des violences entre partenaires augmente le risque pour les enfants d'être victimes de maltraitances directes : on parle de co-occurrence entre l'exposition à la violence conjugale

et la maltraitance. Dans leur revue de 31 études, A. Appel et G. Holden ont estimé qu'aux États Unis, 40% des enfants exposés à des violences conjugales subissent des violences physiques. La prévalence des situations de co-occurrence variait de 5% à 100% selon la population interrogée. Les violences envers l'enfant étaient commises par le père, la mère ou les deux parents.(32)

La violence conjugale, avec la toxicomanie, les problèmes de santé mentale et les déficits cognitifs, fait partie des quatre problématiques les plus associées aux mauvais traitements envers les enfants.(25) Il semble donc primordial de se poser la question de la maltraitance infantile dans un cas de violence conjugale mais également de rechercher la violence conjugale devant des signes de maltraitance infantile.

3. Impact sur la parentalité

Pour expliquer l'impact des violences conjugales sur le jeune enfant, la plupart des chercheurs se basent sur la « théorie de l'attachement », selon laquelle une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de l'enfant de façon cohérente et continue est une condition de son développement normal, dans la mesure où il ne peut se laisser aller à explorer son environnement que s'il se sent suffisamment en sécurité.(33) L'exposition à la violence suppose un ensemble de conditions de vie qui limitent la sensibilité et l'énergie que les parents sont en mesure de mobiliser pour leur enfant. Aucun adulte n'est suffisamment disponible pour l'écouter, le rassurer ou même répondre à ses besoins les plus élémentaires.

En 1990, P. Jaffe et ses collaborateurs développent le modèle de la « dysfonction familiale ». Il est postulé que l'enfant réagit à la violence conjugale en éprouvant de la peur et de la détresse. Il intègre aussi les conduites violentes par apprentissage social. Ces manifestations, en particulier les conduites agressives, feraient peser un stress supplémentaire sur la relation conjugale et la relation mère-enfant. De façon réciproque, la mère doit composer avec les effets de sa propre victimisation. Sa détresse et ses autres symptômes sont susceptibles de diminuer ses habiletés parentales et rendre l'exercice de son rôle maternel plus ardu. La relation mère-enfant deviendrait moins efficace pour réassurer l'enfant alors que son angoisse et ses besoins de soutien sont exacerbés. La violence influencerait donc directement l'adaptation de l'enfant, mais agirait aussi indirectement par ses effets néfastes sur la relation mère-enfant. L'étude de A. Levendosky et al. révèle que des troubles de la relation mère-enfants précèdent l'apparition de troubles du comportement chez le nourrisson.(34)

Les conséquences pour les enfants d'un contexte de violences conjugales, si elles font l'objet d'un consensus fort, restent difficiles à cerner et mettre en évidence, et cela d'autant plus qu'ils n'auront pas été victimes directes de ces violences et qu'ils ne sont pas en âge ou en capacité de s'exprimer directement. Les femmes violentées ont souvent recours à des rationalisations et à des mécanismes de défense comme le déni et la dissociation pour se protéger d'un univers qui autrement se révèle choquant et désorganisant pour la psyché. Ces protections atténuent leur conscience de la violence dans leur vie et celle de leurs enfants.(35)

Les études de C. Bourassa et al. et F. Buchanan et al. ont, au travers d'entretiens avec des mères vivant dans un foyer violent, mis en lumière la diversité et la complexité des expériences maternelles dans de telles situations. La plupart des femmes disent ne pas être soutenues dans leur rôle de mère jusqu'à être dénigrées par l'auteur, qui manifeste une jalousie à l'égard de la relation entre la mère et l'enfant. Elles développent des stratégies d'évitement en tentant de répondre aux exigences de leur compagnon afin qu'il n'ait pas recours à la violence, ce qui accroît leur épuisement physique et moral. D'après ces études, la violence accentuerait le besoin des mères de protéger leur enfant.(36,37)

L'étude de E. De La Sablonnière et A. Fortin met en lumière un effet modérateur de la santé des mères sur leurs pratiques éducatives : quand elles présentent peu ou pas de problèmes de santé physique ou de détresse psychologique, plus la violence conjugale devient fréquente et sévère, plus elles manifestent des conduites maternelles d'affection ou de soutien et moins elles adoptent des conduites de contrôle. En revanche, quand les problèmes de santé physique et les niveaux de détresse psychologique sont élevés, le phénomène inverse est observé. La répétition et la pérennisation des violences peuvent conduire à dépasser les capacités d'adaptation des mères, avec un risque de maltraitance pour l'enfant.(38)

Dans l'étude de A. Levendosky et al., les mères violentées présentant une mauvaise santé psychologique se perçoivent elles-mêmes comme de mauvaises mères, alors que les mesures objectives ne retrouvent pas de différence dans la qualité de leur éducation comparée au reste de la population étudiée.(34) Les actions menées auprès des femmes pour les soutenir dans leur recherche de solutions et de moyens pour contrer les effets négatifs de la violence sur elles-mêmes sont déjà une aide à l'enfant. Cela traduit une conviction profonde, celle que la mère est une personne essentielle au développement de l'enfant et que l'on ne peut aider l'enfant exposé à la violence conjugale sans soutenir la mère victime de cette violence.(39)

Le père auteur de violences, quant à lui, tend à être davantage centré sur ses besoins personnels et peu impliqué dans l'éducation de ses enfants. Il utilise le renforcement négatif comme méthode éducative, s'emportant facilement et susceptible d'utiliser la force physique ou verbale à des fins disciplinaires.(40) Être parent c'est être confronté à la frustration, faire preuve de prévisibilité, de constance et d'empathie pour son enfant. Dans son intervention enregistrée pour les 10^e journées de la MIPROF en novembre 2022, le magistrat E. Durand conclut : « en somme il faut présumer qu'un conjoint violent est un père dangeureux. »(41) Or la prise en charge du conjoint auteur de violence interroge rarement sa parentalité. Les femmes sont davantage considérées comme des mères que les hommes comme des pères, ce qui suggère une responsabilité individuelle plus forte dans l'éducation des enfants, et donc une culpabilité accrue : la mère est tenue pour responsable de n'avoir pas su protéger ses enfants.

II. Les violences conjugales en médecine générale

A. Quel rôle pour le médecin généraliste ?

1. Le premier recours des femmes victimes

Le premier recours des femmes victimes de violences sont les professionnels de santé. Selon les données de la MIPROF, en 2021 seules 45% des femmes victimes ont entrepris une démarche auprès d'un professionnel de santé, d'un travailleur social, d'une association ou d'un service téléphonique d'aide aux victimes. Plus de la moitié d'entre elles se tournent vers un médecin.(6)

4 patientes sur 10 consultant en médecine générale ont été victimes de violences de la part d'un partenaire intime au cours de leur vie.(42) L'isolement qui découle de l'emprise exercée par le conjoint explique que le médecin généraliste fasse partie des rares personnes vers qui les femmes peuvent se tourner. Dans l'étude de S. Wong et al, les chercheurs constatent que les femmes victimes de violence consultent plus fréquemment leur médecin traitant que le groupe témoin. Les motifs principaux de consultation sont les rachialgies, les douleurs abdominales, les céphalées, ainsi que les problèmes de santé mentale : dépression, troubles du sommeil, anxiété.(43)

Dans l'étude de H. Canuet et al. parue en 2010 dans la revue *Exercer*, les médecins interrogés ont désigné la relation de confiance, inscrite dans la durée, qui unit le médecin et son patient, comme préalable indispensable aux confidences.(44) La connaissance de ses patients permet également au médecin de percevoir une évolution, de détecter un changement de façon objective.(45)

C'est le privilège du médecin généraliste de pouvoir poser des questions concernant la vie privée des femmes sans que cela soit perçu comme une intrusion dans leurs vies. Dans l'enquête de C. Assier réalisée auprès de 84 femmes au sein de différentes structures d'aide aux victimes, 91,25 % des femmes interrogées ont répondu « oui » ou « plutôt oui » à la question « Est-ce que vous auriez aimé que la question des violences conjugales soit posée par le médecin généraliste ? » La même proportion de cet échantillon considère que le fait d'aborder la question de violences conjugales fait partie du rôle du médecin généraliste.(46)

Souvent amené à prendre en charge tous les membres d'une famille, le médecin généraliste a une vision de la dynamique familiale que peu d'autres professionnels peuvent avoir. Cette situation, bien que délicate par certains aspects, peut constituer un avantage pour une approche globale du problème. Le suivi régulier des enfants lui permet de détecter des changements de comportement, des anomalies dans la relation parents-enfants, qui peuvent être autant de signes de violence intrafamiliale. Cependant des études ont montré que bien que la plupart des professionnels reconnaissent que les violences conjugales sont un risque pour le bien-être et la santé de l'enfant, ils sont peu nombreux dans leur pratique à faire le lien entre violences dans le couple et besoin de protection de l'enfant.(47)

2. Formation des médecins généralistes

Depuis 2013, l'OMS recommande que les médecins, infirmiers et sages-femmes bénéficient d'une formation au soutien de première intention pour les femmes victimes d'actes de violence entre partenaires intimes ou d'une agression sexuelle, en amont de l'obtention de leur diplôme, mais aussi en cours d'emploi.(48) En France, la formation initiale des médecins est organisée indépendamment par chaque faculté, au cours du second cycle (cours magistraux et travaux pratiques) et du troisième cycle de médecine générale (semestre « santé de la femme et de l'enfant »). La formation continue (séminaires, soirées de formation, revues médicales, diplômes universitaires) relève de la responsabilité individuelle de chaque praticien. Dans la thèse de A. Marly qui a interrogé les médecins généralistes de l'Eure en 2016, les participants au sondage étaient 55,8% à avoir reçu une formation sur le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale. Parmi eux, 50% avaient été formés au cours de leur cursus initial. 75% des médecins ayant reçu une formation initiale exerçaient depuis moins de 5 ans.(49)

Le lien entre violences domestiques et mise en danger de l'enfant est rarement fait au cours de la formation des généralistes, en France comme à l'étranger. Dans l'étude de E. Szilassy et al. au Royaume Uni, 80% des professionnels formés à la prise en charge des violences conjugales déclarent que leur formation n'a pas abordé le soin des enfants exposés. Si la formation incluait parfois un aparté sur la rédaction d'un signalement, elle n'abordait jamais les besoins des parents en situation de violence.(47) Réciproquement, dans le cursus français, la formation sur la maltraitance infantile n'intègre pas la notion d'exposition aux violences conjugales (Item 55 de l'ECNi).

3. Recommandations et outils à destination des généralistes

Le médecin généraliste est un maillon essentiel dans la prise en charge des violences conjugales : c'est un consensus dans la littérature internationale. Il occupe une place cruciale pour détecter, prévenir et intervenir. Cette mission est assurée en complémentarité avec les autres acteurs du réseau : associations d'aide aux victimes de violences conjugales, unités médico-judiciaires, police et gendarmerie, foyers d'hébergement, justice...

De nombreux outils ont été élaborés depuis 20 ans pour aider le médecin généraliste dans sa prise en charge : guides méthodologiques d'aide à l'entretien, modèles pour la rédaction d'un certificat médical initial (CMI), plaquettes d'information regroupant les numéros d'urgences et services locaux.(50) En France, un numéro unique a été créé en 2007 pour répondre au besoin des professionnels et des patients, il s'agit du 3919. Depuis 2019, le site internet « declicviolence.fr » édité par le Département de Médecine Générale Auvergnat, détaille les recommandations de bonnes pratiques pour chaque étape du suivi des familles. Une carte interactive permet d'identifier les réseaux départementaux auxquels les professionnels peuvent faire appel.(51)

S'il n'existe pas de consensus sur l'étendue du rôle du médecin généraliste dans la gestion des situations de violences conjugales, toutes les recommandations françaises et internationales, à l'image de celles émises par l'OMS en 2013, rappellent les prérequis à la

consultation et l'importance de l'attitude du professionnel face à la révélation de violences(3,48,52) :

- Disposer de temps et d'un environnement adéquat, permettant de respecter la confidentialité des patients. Paraître concerné en disposant des affiches ou autre matériel didactique. Dans la revue de la littérature du National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) de 2013, les femmes étaient plus enclines à révéler une situation de violences lorsqu'elles avaient remarqué le matériel d'information affiché lors de la consultation.(53)
- Être sensibilisé et vigilant, avoir des connaissances sur le phénomène (ampleur, universalité, gravité, complexité, chronicité, barrières empêchant la révélation du problème...), reconnaître les signes d'alerte. Être capable d'apporter des informations aux patientes et connaître les ressources locales.
- Dépister de façon adaptée, savoir accueillir les réponses sans jugement. Respecter la décision de la patiente si elle choisit de ne pas révéler l'existence de violences.
- Lors de la révélation de violences : écouter sans mettre en doute ni banaliser. Rappeler ses droits à la patiente et le fait qu'elle n'est pas responsable de cette violence, que ses sentiments sont normaux. Expliquer le cycle de la violence, les conséquences pour sa santé et celle de ses enfants.
- Réaliser un interrogatoire et un examen clinique détaillé, compléter le dossier médical, et rédiger un CMI. Rappeler que le médecin est soumis au secret médical.
- Évaluer la gravité : repérer les éléments évoquant un danger immédiat (risque suicidaire, menaces, présence d'une arme au domicile, conduites addictives).
- Orienter vers les services médicaux, juridiques, sociaux ou associations de victimes. Établir un scénario de protection, identifier les personnes ressources et organiser un éventuel suivi.

Tout au long de cette prise en charge, le praticien doit s'efforcer de respecter l'autonomie de la patiente en acceptant ses choix, en l'aidant à prendre ses propres décisions et à identifier ses propres besoins. Les recommandations résumées ci-dessus sont sous-tendues par les fondamentaux de l'entretien motivationnel quant à l'attitude du praticien en consultation. Les recherches sur le sujet montrent que l'empathie de l'intervenant peut être un déterminant significatif de la réponse du patient au traitement proposé.

4. Cadre législatif et déontologique

L'article 44 du code de déontologie médicale impose au médecin de « mettre en œuvre les moyens les plus adéquats » pour protéger une personne majeure victime de sévices ou de privations « en faisant preuve de prudence et de circonspection ». Dans les situations graves nécessitant une protection judiciaire sans délai, le médecin peut réaliser un signalement au Procureur de la République (joignable 24h sur 24). Le signalement constitue une dérogation au secret médical, il nécessite l'accord préalable de la personne majeure.

Lorsque la victime est un mineur ou n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas une condition obligatoire.

La loi du 30 juillet 2020 a étendu les possibilités de signalement par les médecins dans un cadre bien précis. La violation du secret professionnel n'est pas applicable « au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple [...], lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ».

Il appartient au médecin d'apprécier si ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et si celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de l'emprise exercée par l'agresseur. Un outil d'évaluation du danger et de l'emprise a été élaboré pour aider le médecin dans cette appréciation (annexe 1). Le conseil de l'ordre met également à disposition des praticiens un modèle de signalement (annexe 2). Nul tiers ne doit être mis en cause dans ces écrits. Le signalement n'est pas une expertise, ni un certificat médical. Il ne s'agit pas de constituer des preuves dans l'optique d'un procès, mais, de donner des indices pour qu'une évaluation croisée de la situation soit réalisée et que les secours les plus adaptés soient mobilisés.

Par ailleurs, le code de déontologie rappelle que « le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. » Il est établi que les enfants exposés aux violences conjugales constituent une catégorie d'enfant en danger. En cas de faits graves ou de danger imminent, le médecin doit signaler directement au Procureur ou à la Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP).

En l'absence de faits graves, le médecin peut adresser à la CRIP une information préoccupante. Aux termes de l'article R. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles « l'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale [...] pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, [...] pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être. La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier ».

L'ONED rappelle qu'une information préoccupante peut être adressée sur la base de simples soupçons, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétudes sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur, ou encore d'une vague impression de dysfonctionnement au niveau de la cellule familiale.(26) Dans le cadre de la transmission d'informations, un médecin n'est pas enquêteur. Il porte à la connaissance de la cellule ses appréhensions. Il ne peut pas être poursuivi pour diffamation même si elles

ne sont pas confirmées, car seules les informations qu'il saurait être fausses, et qu'il transmettrait, seraient de la diffamation.

Ces démarches suscitent certaines réticences auprès d'une partie des professionnels qui voient la transmission d'une information préoccupante comme l'entrée dans un « engrenage » susceptible de conduire au placement de l'enfant. Cette représentation de l'intervention des services de l'Aide Sociale à l'Enfance, également répandue dans le grand public, n'est pourtant pas conformes aux textes et aux pratiques. L'ASE a pour but d'intervenir le plus précocement possible, afin de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, et d'accompagner les familles. La mesure de placement imposée par décision de justice est subsidiaire et n'intervient qu'en ultime recours. Dans la pratique, l'exposition aux violences conjugales ne motive pratiquement jamais à elle seule une décision de placement. L'ASE intervient généralement lorsque les situations conjuguent un grand nombre de difficultés familiales particulièrement complexes, mais aussi, et surtout, lorsque la violence conjugale s'accompagne de mauvais traitements à l'égard des enfants.(54) La situation actuelle se caractérise donc plutôt pas un défaut de saisine que par une intervention excessive.

B. État des pratiques actuelles et perspectives

1. Principaux freins au dépistage

Dans une étude londonienne réalisée en 2002, 41% des 1200 femmes interrogées dans la salle d'attente de leur généraliste avaient déjà subi de la violence au sein de leur couple mais seules 4% avaient été interrogées à ce sujet par le médecin.(55) Dans une grande majorité des cas (84% dans l'étude de C. Morvant et al.), c'est la patiente elle-même qui évoque le sujet, sans que le médecin ne pose la question.(56)

Dans l'étude de H. Canuet et al., la prévalence des violences conjugales dans leur patientèle est largement sous-estimée par les médecins interrogés. Les généralistes réalisent majoritairement un dépistage ciblé auprès d'une partie de leur patientèle (contexte de chômage, alcoolisme...). Les violences recherchées sont principalement physiques au détriment des violences psychologiques et sexuelles. La confusion est souvent faite avec le conflit conjugal. Les auteurs concluent que cette vision réductrice semble participer au processus de banalisation de la violence et constituer un frein au repérage et à un accompagnement adapté des femmes.(44)

Même lorsqu'il suspecte une situation de violence au sein du couple, le médecin ne pose pas systématiquement la question. Dans une enquête réalisée auprès des médecins généralistes du Pays Basque par A. Ledoux, un tiers des médecins qui avaient suspecté l'existence de violences conjugales n'en avaient pas parlé à la patiente.(57) Le soin des femmes subissant des violences semble provoquer davantage de questionnements et de craintes que d'autres situations délicates en médecine générale (alcoolisme, consommation de drogues). La violence conjugale est une remise en cause des notions de famille et d'amour, de rapports entre les êtres humains. Ces consultations sont perçues comme « difficiles » par les soignants (78.6% des interrogés dans la thèse de M. Barroso-Debel).(58) La banalisation est un moyen de se protéger de l'épuisement professionnel et émotionnel, c'est une stratégie d'évitement.

En 2016, dans une revue systématique de la littérature, M. Dautrevaux classe les freins au repérage selon 3 catégories : les freins liés au professionnel de santé, les freins liés au cadre professionnel, au premier rang desquels figurent les contraintes de temps, la peur des retombées médico-légales ou de perdre la confiance de la patientèle, et les freins liés à la patiente elle-même (dissimulation des violences subies voire déni, ambivalence).(59)

Les freins liés aux professionnels de santé sont proportionnellement les plus fréquents, qu'ils soient conscients ou non, en particulier le sentiment d'impuissance et la peur de l'échec dans la prise en charge de ces patientes. L'accompagnement de la victime par le médecin n'est pas toujours perçu comme efficace, ce ressenti peut en partie être lié à une méconnaissance du cycle des violences et des processus psychopathologiques à l'œuvre. Dans la pratique courante, le praticien veut tendre vers la guérison ou la stabilisation des pathologies, ce qui apporte une satisfaction professionnelle recherchée par tout médecin. La prise en charge des violences aboutit rarement à une « guérison », ce qui peut engendrer de la frustration.(60)

Dans une autre thèse réalisée en Haute-Garonne, les principaux freins évoqués par les généralistes sont le manque de formation (67.5%), et la méconnaissance des réseaux (57.5%).(61) Les généralistes se sentent isolés des acteurs sociaux en charge de la protection des femmes et des enfants. Ils reconnaissent que l'absence de liens informels est un frein à la collaboration et au soin. Ils gèrent souvent seul le problème, la prise en charge se limitant à l'écoute et la rédaction d'un certificat, ainsi que la prescription de traitements symptomatiques en vue d'atténuer momentanément l'angoisse.(4,46)

Enfin la place de « médecin de famille » peut aussi être génératrice d'ambiguïté. Dans l'étude de A. Taft et al., la connaissance de l'homme violent est source d'inconfort pour le médecin et soulève le problème du secret médical lorsque des informations sont révélées par l'un des membres du couple.(62) Dans l'étude de E. Szilassy et al., les généralistes semblaient incertains quant à la façon de concilier confidentialité et mise à l'abri lorsqu'ils envisageaient de rédiger un certificat, un signalement, ou simplement de compléter le dossier médical des différents membres de la famille : les violences doivent-elles être mentionnées dans le dossier de la mère, de ses enfants ou de l'agresseur ?(47)

Dans cette même étude, les médecins n'expriment pas de difficultés à réaliser un signalement lorsque l'enfant est victime de maltraitance. En revanche ils sont réticents à faire un signalement lorsque l'enfant est exposé aux violences dans le couple. Ils craignent de rompre le lien de confiance avec la mère lorsqu'ils savent qu'en cas de signalement, une intervention des services de protection de l'enfance est probable. Bien que les généralistes soient prêts à déroger au secret en cas de péril imminent pour l'enfant, le degré de danger pour lequel un signalement sera fait varie d'un professionnel à un autre.

2. Perspectives d'évolution des pratiques

En 2000, le rapport Henrion définissait 5 axes prioritaires pour améliorer la prise en charge des violences conjugales, au premier rang desquels figuraient la sensibilisation du public et des professionnels de la santé ainsi que la formation de ces derniers.(4)

Vingt ans après, l'enquête de A. Ledoux met en lumière l'efficacité de la formation pour améliorer les pratiques dans le soin des femmes victimes de violences de la part de leur conjoint. Lors de l'entretien avec ces patientes, la plupart des généralistes proposent une écoute active et bienveillante (95%), procèdent à un examen physique et psychologique (respectivement 95% et 85%), conservent les données dans le dossier (92%), rédigent un CMI (61%), ou adressent la victime vers un acteur tiers quel qu'il soit (93%). Le taux de médecins déclarant méconnaître les réseaux de prise en charge passe de 71% à 45% chez les médecins « formés ». Les réseaux les plus utilisés sont les réseaux nationaux, en particulier le planning familial et le 3919.(57)

D'après la revue systématique de W. Turner et al, les formations améliorent les connaissances, l'attitude et les pratiques des professionnels de santé face aux enfants exposés pendant l'année suivante. Les praticiens ont aussi une meilleure perception de leurs propres compétences. Il est cependant difficile d'évaluer si leur prise en charge est ressentie comme un bénéfice pour les familles car ces dernières sont rarement interrogées. Les auteurs signalent que ces changements d'attitude thérapeutique ne sont pas durables dans le temps et que des rappels sont nécessaires.(63)

En ce qui concerne le dépistage des violences conjugales, l'étude de S. Wong montrait que la participation à une formation multipliait le taux de détection des violences conjugales par 4,5. Le simple fait de participer à des groupes de pairs permettait de sensibiliser les médecins et de doubler le taux de détection.(64) Dans la thèse de A. Ledoux, les médecins ayant participé à une formation déclarent rencontrer plus de cas de violences intrafamiliales dans leur pratique : 76,2% des médecins formés y ont été confrontés au cours des 12 derniers mois contre 41,7% dans le groupe des médecins non formés.(57)

La thèse de A. Cornilleau compare les pratiques des généralistes franciliens entre 2000 et 2011. Dans cette étude, les médecins se sentent moins bien formés en 2011 qu'ils ne l'étaient en 2000, l'auteur émet l'hypothèse que les professionnels expriment un plus grand sentiment d'impuissance plus qu'un manque de formation. Cette augmentation est corrélée à une prise de conscience de l'ampleur du phénomène et des conséquences pour la santé des femmes et de leurs enfants.(65) Les impairs dans la formation contribuent au sentiment d'impuissance des généralistes, c'est pourquoi elle doit être adéquate et répondre à des objectifs précis.(47)

Il persiste encore de nombreux a priori émanant des professionnels de santé concernant les violences dans le couple, mais les campagnes d'information lancées par les pouvoirs publics sont efficaces pour sensibiliser les praticiens à cette problématique. En 2000, R. Thompson et al. ont montré dans une étude randomisée qu'une intervention de sensibilisation auprès de généralistes et la disposition en évidence de documentation sur la violence conjugale dans les cabinets permettaient d'augmenter le dépistage de la violence conjugale de plus de 14%.(66) Ces campagnes permettent aux femmes de se rendre compte que la situation qu'elles vivent est anormale et qu'elles peuvent demander de l'aide. Mais elles interpellent aussi les médecins : dans la thèse de A. Marly, 97,6% des généralistes sondés considéraient que la place du médecin traitant est importante voire primordiale dans la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale.(49)

III. Pertinence d'un dépistage ciblé des violences conjugales en période périnatale

A. A propos du dépistage des violences conjugales

Le dépistage « opportuniste » des violences conjugales basé sur le repérage de signes d'alerte se heurte à plusieurs difficultés, parmi lesquelles la non-spécificité des symptômes et l'absence de profil type des victimes de violence conjugale. Le rapport Henrion a conclu qu'en l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de mettre en lumière les violences est le dépistage systématique.(4)

En 2015, une revue de la littérature de la Cochrane a montré que le dépistage systématique dans les établissements de soins fait doubler le taux de femmes identifiées comme victimes de violences exercées par un partenaire intime. Cependant la prévalence reste inférieure à la prévalence réelle estimée, car les femmes peuvent choisir de ne pas se confier au médecin qui les interroge.(67)

D'après la méta-analyse de G. Feder et al., le dépistage lors de la consultation de médecine générale est généralement bien accepté par les patientes (80%). Les auteurs n'ont pas retrouvé d'effets adverses du dépistage pour les personnes interrogées.(68) Cette démarche augmente leurs connaissances de la problématique, permet de lever la stigmatisation, de gagner en estime de soi et d'obtenir un soutien.(69) Pour le Professeur Gilles Lazimi, le fait de donner aux femmes la possibilité de s'exprimer constitue un premier geste thérapeutique.(42)

Les principales réticences au dépistage systématique sont liées aux soignants eux-mêmes.(70) L'étude de C. Picatto a montré qu'un dépistage systématique de toutes les patientes à chaque consultation n'est pas réalisable car il provoque un épuisement des soignants.(71) Ce risque de burn-out est l'une des raisons pour lesquelles l'OMS ne recommande pas le dépistage systématique des violences conjugales. En outre la preuve de l'efficacité d'une telle démarche sur la morbidité n'a pas été apportée.(48)

A ce jour, aucune étude n'a clairement démontré l'efficacité du dépistage pour réduire la mortalité ou la morbidité parmi les victimes de violences conjugales. Aucun bénéfice sur la qualité de vie des femmes pour l'année suivante, ni sur le taux de récidives ou de recours aux soins n'a été mis en évidence. Certaines études ont montré une diminution peu significative des symptômes dépressifs, ainsi qu'une plus grande conscientisation parmi les femmes violentées. Dans l'étude de H. McMillan et al., 44% des femmes dépistées ont abordé le thème des violences conjugales avec leur médecin suite à ce dépistage contre 8% des femmes non dépistées, les auteurs concluent que le dépistage augmente le "self-report".(67,68,72,73)

Lorsqu'il s'agit de violences conjugales, le terme « dépistage » n'est probablement pas adapté. Les violences intrafamiliales ne sont pas une maladie, c'est un phénomène social complexe, un dépistage comme on le pratique pour le cancer ou le diabète n'est pas applicable. Le manque d'étude de grande ampleur avec une méthodologie suffisamment stricte et superposable empêche de déterminer l'effet du questionnement systématique sur la santé des femmes. Mais surtout le critère de jugement, à savoir l'obtention d'une

« guérison », n'est pas adapté à la problématique, d'autant que les études recherchent principalement des bénéfices à court terme.

Les auteurs distinguent deux types de dépistage systématique. Le dépistage « universel », réalisé selon un protocole identique dans toutes les structures de soins n'est pas acceptable dans la pratique pour les professionnels de santé. En revanche le dépistage « ciblé », qui s'applique à des groupes à risque (femmes enceintes) ou à certains contextes (consultation pré-IVG, consultation de prévention en médecine générale), est aujourd'hui recommandé par de nombreuses sociétés savantes au Canada et aux États Unis.(74) En 2013, l'OMS s'est prononcée en faveur du dépistage systématique des violences conjugales pendant la grossesse, période au cours de laquelle la balance bénéfico-risque est favorable au dépistage.(48) En France, il est réalisé par les sages-femmes lors de l'entretien prénatal précoce (EPP).

A travers la publication de nouvelles recommandations en novembre 2022, la HAS encourage les professionnels de santé à poser la question des violences même en l'absence de signe d'alerte et quel que soit le motif de consultation (annexe 3). Dans son étude, C. Picatto estime qu'un cadre de pratique est nécessaire en vue de faciliter l'initiation et l'ancrage de cette nouvelle habitude de dépistage.(71)

B. Les enjeux de la période périnatale

1. La périnatalité : une période charnière

La périnatalité est considérée ici, dans sa définition la plus large, de la phase pré-conceptionnelle, jusqu'aux deux années suivant l'accouchement. Un déclenchement ou une aggravation des violences peut se produire à cette période. Elle constitue un changement d'état dans la relation de couple : les exigences et les besoins tant physiques et émotionnels que sociaux et économiques évoluent. Le futur enfant peut être perçu comme celui qui rompt le lien exclusif de l'homme avec la femme.(3) L'étude CRESS, menée en 2020 en Nouvelle Aquitaine s'est penchée sur la place des enfants dans les violences conjugales. Dans cette enquête, les mères identifient clairement la grossesse et la maternité comme des éléments déclencheurs des violences.(75)

La violence peut être à l'origine de traumatismes physiques et psychologiques chez la mère, entraîner des complications de la grossesse, de mauvais résultats cliniques pour l'enfant à naître et des difficultés à la mise en place du lien mère/enfant. Les consultations périnatales (pré-conceptionnelle, prénatales et postnatales) sont l'occasion de repérer des facteurs de vulnérabilité (somatique, sociale, psycho-affective) susceptibles de compromettre la santé de la femme ou de son enfant. La fréquence des consultations et le lien de confiance qui s'établit entre le professionnel de santé et la patiente rendent ce moment propice à la révélation d'une situation de violence. Un questionnement répété à chaque consultation permet d'augmenter le taux de repérage. Or dans la thèse de A. Ledoux, ce questionnement n'est réalisé que par 6% des médecins généralistes interrogés en présence d'une femme enceinte ou ayant un projet de grossesse.(57)

Les violences se perpétuent après la naissance de l'enfant. Dans l'étude de A. Agrawal et al., le nombre de femmes victimes augmente significativement entre 6 mois (18% des femmes incluses) et 12 mois post-partum (25%).(76) Or le suivi médical des femmes

s'espace après l'accouchement, pour se concentrer sur leur enfant. A ce jour, la HAS ne recommande pas le dépistage des violences intrafamiliales lors de la consultation du nourrisson. Cependant, le rapport « 1000 premiers jours » publié en septembre 2020 par le Ministère des Solidarités et de la Santé propose de « repérer et questionner systématiquement sur les violences pendant les entretiens fondamentaux du parcours 1000 jours, afin d'aider et de protéger les femmes victimes de violences et leurs enfants ».(77)

La période périnatale est à la fois une période de risque accru, mais aussi, grâce à son suivi médicalisé rapproché, une occasion privilégiée pour repérer et initier une prise en charge pluridisciplinaire adaptée. Dans la thèse de N. Viennot, le taux d'incidence des violences conjugales repérées lors de la consultation du nourrisson était similaire à celui des consultations adultes. Cela appuie l'hypothèse que le questionnement au cours de la consultation du nourrisson pourrait intégrer un panel d'outils pour mieux dépister les violences conjugales en médecine générale.(78)

2. Envisager ensemble la sphère de la mère et de l'enfant

Les témoignages recueillis dans l'étude CRESS laissent entrevoir la place considérable que tiennent les enfants dans le processus de violence intrafamiliale. Ils sont parfois évoqués comme élément déclencheur, de chantage ou encore de culpabilité, mais aussi une motivation au départ, dans la perspective d'une reconstruction personnelle et familiale.

L'étude CRESS montre que si l'existence des enfants et le désir de préserver la vie de famille sont parfois des motivations fortes au maintien de la relation violente, la recherche du bien-être des enfants est aussi souvent décisive pour y mettre un terme. Expliquer le risque que constitue la violence pour la victime, mais aussi pour le développement et l'avenir de ses enfants doit permettre une prise de conscience de la gravité de la situation et de la nécessité d'une mobilisation vers le changement ; c'est une manière « d'autoriser » l'élaboration d'un projet de séparation.(75)

80% des femmes victimes de violences conjugales sont des mères. Les rapports de domination qui interviennent dans la sphère de la conjugalité se jouent aussi dans la sphère de la parentalité.(41) C'est pourquoi l'ONED encourage une approche « globale » de la violence intrafamiliale, qui fait le lien entre conjugalité et parentalité. En effet, une approche ciblant uniquement la parentalité et considérant que la conjugalité relève de « l'intimité » familiale, aboutit à faire peser sur la mère la responsabilité de la protection des enfants, alors qu'elle-même subit la violence et que son conjoint n'est pas interpellé à ce propos. A l'inverse, répondre uniquement à la problématique de conjugalité revient à négliger les enjeux liés aux enfants. Évoquer la dimension de la parentalité avec une femme victime de violence conjugale ne signifie pas sur-responsabiliser, mais au contraire établir un lien de confiance permettant de lui venir en aide sur cette dimension potentiellement source de stress. L'ONED parle d'approche « globale et individualisée » : restituer à chacun son autonomie et répondre à ses besoins propres, mais aussi considérer les problématiques qu'il rencontre via sa place dans le foyer, en tant que parent, enfant, conjoint.(26)

Dans le champ de l'intervention, cette approche décloisonnée est aussi encouragée par les données de la recherche. Les habiletés parentales de la mère, la consistance de ses pratiques, ses conduites de soutien et ses stratégies d'autorité sont mises à l'épreuve par la violence conjugale. Le soutien à la parentalité permet de transmettre certaines clés à la mère (expliquer les réactions de l'enfant, les bénéfices d'une intervention canalisante plutôt que punitive, savoir interpréter les besoins de l'enfant et y répondre de manière adéquate). Il a pour but de valoriser les compétences parentales dont la mère n'a pas forcément conscience. Lorsqu'un travail avec le père peut être réalisé dans les lieux mandatés à cet effet, il suit les mêmes lignes directrices. La revue systématique de C. Rizo et al. recense les études proposant une intervention conjointe auprès de l'enfant et de ses parents. En ce qui concerne les parents, la quasi-totalité de ces études a démontré une réduction du stress lié à l'éducation ainsi qu'une confiance accrue dans leurs compétences éducatives. Une diminution significative et durable dans le temps des troubles du comportement de l'enfant sont observés lorsque la prise en charge comprend une aide psychologique à l'enfant et une aide éducative pour la mère.(79–81)

Si la prise en charge spécifique des enfants exposés à la violence conjugale nécessite des compétences spécialisées, le rôle de repérage et d'aiguillage du médecin généraliste est crucial. L'étude CRESS fait le constat d'un manque "d'outillage" à disposition du médecin généraliste et notamment le besoin d'un support pour aborder avec les parents les conséquences de la situation de violences sur les enfants et les sensibiliser à la nécessité de faire évoluer la situation.(75)

C. Les outils du dépistage : le questionnaire WAST

L'absence d'un protocole de dépistage pourrait expliquer le fait que de nombreux médecins généralistes se sentent démunis face aux situations de violences intra-familiales.(82) Un questionnaire de dépistage adapté doit posséder de bonnes propriétés psychométriques, être facile et rapide d'emploi, être court, tout en explorant l'ensemble des types de violence. Parmi les outils existants, le Woman Abuse Screening Tool (WAST), questionnaire canadien en anglais, possède ces différentes propriétés (annexe 4). Il a été développé en 1996 par J. Brown et al., à destination des médecins généralistes dans le but d'être pratique, adaptable et acceptable par les femmes. Il est utilisable dans le cadre d'un dépistage systématique ou opportuniste, en médecine de ville ou hospitalière. Ce questionnaire est efficace pour discriminer les femmes victimes de violences conjugales avec une sensibilité et une spécificité supérieures à 90%.(83) Le WAST est, à ce jour, le seul outil validé en langue française. Il est composé de huit questions permettant d'obtenir un score total de 0 à 16. Dans l'étude de validité réalisée en 2020 par les chercheurs de l'Université de Clermont Ferrand, une valeur seuil de 5 a permis d'obtenir une sensibilité de 97,7% et une spécificité de 97,1%. Cela signifie qu'un score supérieur ou égal à 5 identifie une femme comme victime potentielle de violence conjugale.(84)

En tenant compte du niveau d'aise ressenti par les femmes lorsqu'elles répondaient aux questions du WAST dans l'étude originale, deux questions ont été choisies pour la version abrégée du WAST (WAST-Short) destiné au « débrouillage » :

1. De manière générale, comment décririez-vous votre relation de couple ?
 - a. Très tendue (1)
 - b. Quelque peu tendue (0)
 - c. Aucune tension (0)
2. Quand il y a une dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...
 - a. Beaucoup de difficultés (1)
 - b. Une certaine difficulté (0)
 - c. Aucune difficulté (0)

En cas de score supérieur ou égal à 1, le dépistage est considéré comme positif. Le WAST-short (dans sa version anglaise et française) a une spécificité de 100%. En revanche il semble moins sensible dans sa version francophone (78,3% contre 91,7% dans la version anglophone).(85)

Dans l'essai randomisé de J. Brown et al. qui testait l'utilisation du WAST en conditions réelles au Canada, 85% des médecins trouvaient les questions claires et 70% se sentaient plus à l'aise pour aborder les violences avec les femmes lorsqu'ils utilisaient ce questionnaire. 75% estimaient qu'ils continueraient d'utiliser le WAST dans leur pratique courante. Concernant les patientes, bien que le niveau d'aise soit élevé, il était significativement inférieur pour les femmes identifiées comme victimes.(86) Dans la thèse de B. Guillou, qui testait la faisabilité du WAST en pratique courante, les participants réalisaient le questionnaire en moyenne en 2 minutes.(87) Dans cette étude ainsi que dans celle de A. Linassier, le taux de soignants français souhaitant continuer à utiliser le WAST est encourageant (60,9 %), même s'il est significativement inférieur à celui observé dans l'étude de J. Brown et al. En revanche la majorité des patientes se sont montrées favorables à la poursuite de l'utilisation du WAST (93,8 %).(88)

Hypothèse et objectifs de l'étude

L'intégration du WAST-short à l'examen de surveillance du 4e mois du nourrisson pourrait permettre de formaliser et d'améliorer les pratiques de dépistage des violences conjugales en réduisant les sources d'inconfort pour les médecins généralistes.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'acceptabilité par les médecins d'un dépistage systématique des violences conjugales au cours de la consultation de suivi du nourrisson.

L'objectif secondaire est de spécifier la place du carnet de santé dans cette démarche : est-ce un outil adapté au dépistage des violences conjugales ?

Matériel et méthode

1. Type d'étude et considérations éthiques

Il s'agit d'une étude quantitative transversale descriptive et prospective sur une période de 4 semaines.

Cette recherche non-interventionnelle se place en dehors du cadre de la loi Jardé.

2. Population étudiée

La population étudiée est constituée par l'ensemble des médecins généralistes et de PMI des Hautes-Pyrénées.

Cette population inclut les médecins généralistes installés ou remplaçants ainsi que les médecins de PMI, exerçant dans le département des Hautes-Pyrénées. Les médecins non thésés ou exerçant en structure hospitalière sont exclus de la population d'étude.

Les participants ont été recrutés par mail grâce aux listes de diffusion du Groupe Enseignement Post-Universitaire 65 et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Hautes-Pyrénées. Une présentation orale de l'étude a eu lieu dans deux maisons de santé du département ainsi qu'auprès des médecins de PMI de Tarbes en septembre 2022.

3. Schéma expérimental

Entre août et septembre 2022, un premier mail a été diffusé à l'ensemble de la population d'étude, expliquant l'objectif et le déroulement de la recherche (annexe 5). Les participants ont été invités à pratiquer un dépistage systématique des violences conjugales au cours d'un examen de suivi du nourrisson âgé de 1 à 5 mois révolus sur une période de quatre semaines consécutives. Le dépistage devait être réalisé à l'aide du questionnaire WAST-short constitué de 2 questions, en présence de la mère, et que son conjoint soit ou non le parent de l'enfant.

Les participants ne devaient pas réaliser le dépistage lors des consultations non programmées c'est-à-dire en dehors du suivi systématique, ou lorsque la mère ne comprenait pas le français.

Les résultats du questionnement ou la révélation de situations de violences n'ont pas fait l'objet d'un recueil de données. Les suites à donner à ce dépistage ont été laissées à la discrétion des professionnels. Il n'était pas obligatoire pour les médecins d'informer les patients du protocole de l'étude ou de rechercher leur consentement avant de les interroger.

Le questionnaire WAST dans son intégralité ainsi qu'une fiche « Ressources et Outils » ont été joints à ce premier mail pour aider les médecins qui le souhaitaient dans leur prise en charge (annexe 6).

Après 4 semaines, un second mail a été envoyé à l'ensemble de la population contenant un lien vers le questionnaire de recherche (annexe 7). Les médecins étaient invités à répondre, qu'ils aient ou non mis en pratique le dépistage au cours de la consultation du nourrisson. Des relances ont été envoyées à intervalle régulier par mail ou par SMS.

4. Recueil des données

La période de recueil des données s'étend de septembre à novembre 2022. Le questionnaire de recherche, comportant 13 questions, était remplissable en quelques minutes et accessible en ligne via la plateforme Google Form.

Le recueil des données répond aux critères de la méthode de référence MR-004 encadrant les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. Une déclaration de conformité auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été déposée en mai 2022.

Les réponses obtenues ont été anonymisées grâce à l'attribution aléatoire pour chaque questionnaire d'un numéro à 2 chiffres. Afin d'être traitées, elles ont été intégrées dans un tableur à l'aide du logiciel Excel. Une sauvegarde des données a été réalisée sur la plateforme dématérialisée pCloud.

5. Analyse des données

Tous les questionnaires recueillis ont été analysés, y compris les questionnaires incomplets.

Une analyse descriptive des données a été réalisée à l'aide des logiciels en ligne BiostaTGV et pvalue.

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test de Fisher adapté aux petits effectifs. Pour comparer les variables de réponse quantitatives, le test de Wilcoxon-Mann Whitney a été utilisé.

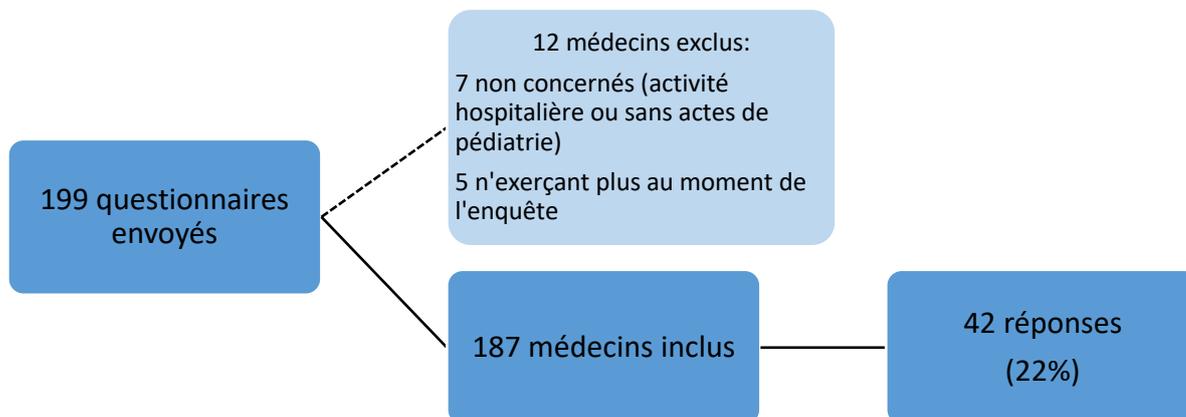
Le risque α de première espèce a été fixé à 5%. Le lien entre deux variables était considéré comme statistiquement significatif lorsque la p-value (p) du test était inférieure à 0.05.

Résultats

A. Échantillon d'étude

1. Participation

Figure 1 : Diagramme de flux des réponses au questionnaire



2. Caractéristiques de l'échantillon étudié

Tableau 1 : Profil démographique des participants à l'étude

		Sexe du praticien					
		Hommes		Femmes		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Mode d'exercice	PMI	0	0%	6	14%	6	14%
	Médecins généralistes installés	9	21%	20	48%	29	69%
	Médecins généralistes remplaçants	5	12%	2	5%	7	17%
Total		14	33%	28	67%	42	100%

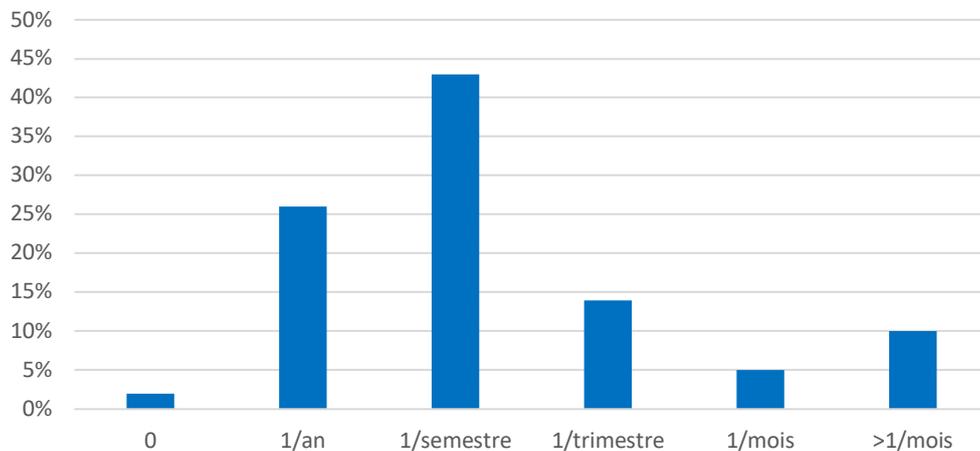
PMI : Protection Maternelle et Infantile

D'après le test de Fisher, la répartition des hommes et des femmes est inhomogène selon le type d'exercice ($p = 0.024$).

B. Pratiques autodéclarées

1. Fréquence des violences conjugales en consultation

Figure 2 : Fréquence des situations de violences conjugales en consultation



83,3% des médecins interrogés déclarent rencontrer entre 1 et 4 situations de violences conjugales par an. La médiane est de 2 situations de violences par an (1 par semestre) sur l'ensemble de l'échantillon.

Les médecins de PMI déclarent rencontrer significativement plus de situations de violences conjugales par an ($p = 0.01$ d'après Wilcoxon). En revanche il n'existe pas de différence significative entre les populations de médecins généralistes remplaçants et installés ($p = 0.81$), ni entre les hommes et les femmes ($p = 0.43$).

2. Pratiques de dépistage des violences conjugales

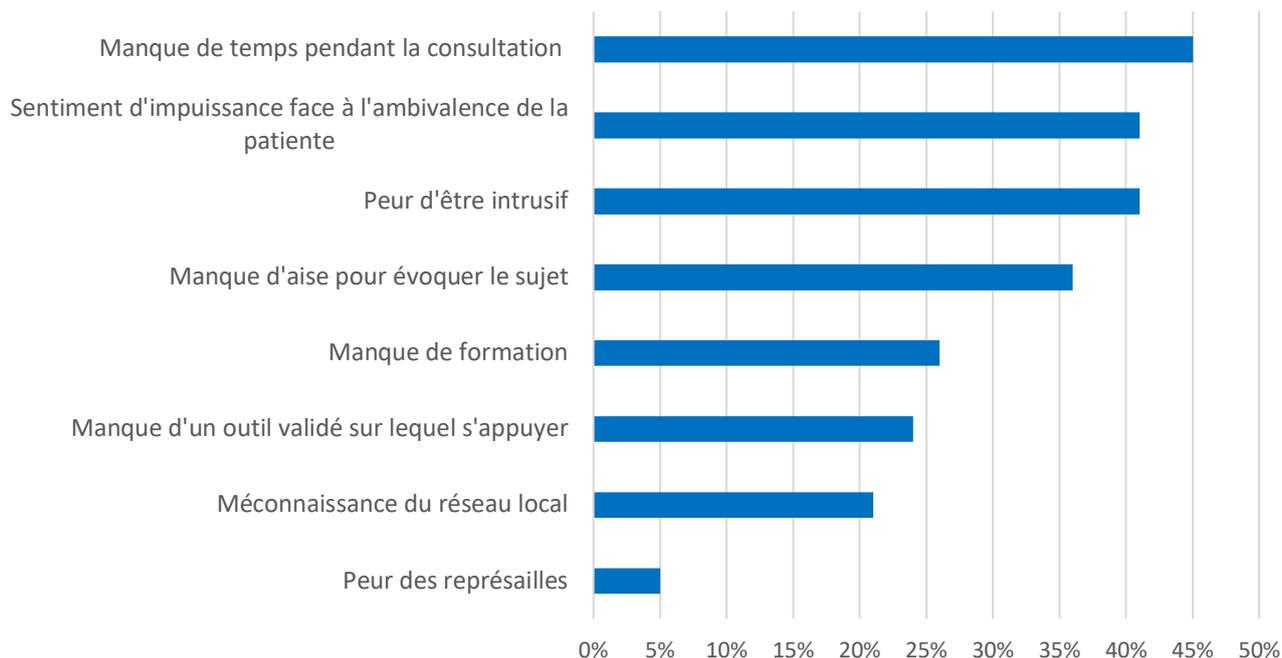
69% des médecins interrogés ($n = 29$) pratiquent habituellement un dépistage « ciblé » en présence de certains signaux d'alerte (symptômes évocateurs, situation de précarité...). 14% ($n = 6$) pratiquent un dépistage systématique (lors de la première consultation, lors de la déclaration de grossesse...). 17% des médecins interrogés ($n = 7$) ne recherchent pas de violences conjugales si la patiente ne les évoque pas.

La comparaison à l'aide du test de Fisher des modes de dépistage ne permet pas de conclure à une différence significative en fonction du type d'exercice ($p = 0.48$).

Pour aborder le sujet des violences conjugales, 86% des participants à l'étude ($n = 36$) utilisent une question ouverte (exemple : « Comment ça se passe à la maison ? »). 17 médecins (41%) ont recours à une question fermée (exemple : « Subissez-vous des violences ? ») et 11 médecins (26%) disposent des affiches ou prospectus en salle d'attente ou les remettent directement aux patientes. Aucun des participants à l'étude n'utilise un outil standardisé de dépistage.

3. Freins au dépistage

Figure 3 : Principaux freins au dépistage des violences conjugales

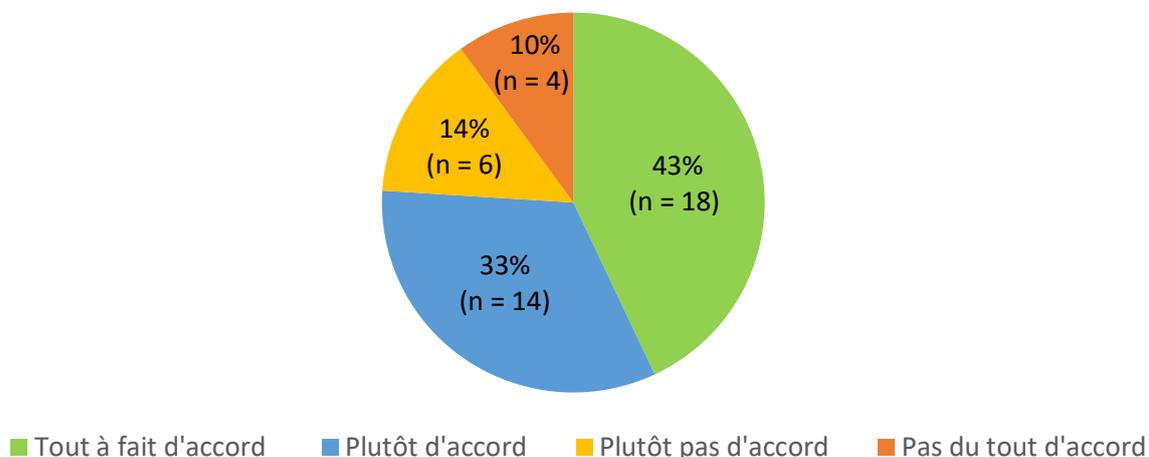


Les principaux freins au dépistage dans l'échantillon sont le manque de temps lors de la consultation (n = 19), le sentiment d'impuissance (n = 17), la peur d'être intrusif (n = 17) et le manque d'aise face aux situations de violences conjugales (n = 15).

C. Le carnet de santé : support de prévention ?

76% des médecins interrogés (n = 32) jugent que le carnet de santé est un support adapté pour adresser des messages de prévention à l'intention des parents.

Figure 4 : Pertinence du carnet de santé pour adresser un message de prévention



88% des médecins interrogés (n = 37) jugent pertinent d'ajouter, dans le carnet de santé, un encadré rappelant que les enfants sont co-victimes des violences conjugales. 5 médecins (12%) ne jugent pas cette démarche pertinente.

D. Acceptabilité du dépistage des violences conjugales

1. Opportunité de la consultation du nourrisson

83% des médecins interrogés (n = 35) estiment que la consultation de suivi du nourrisson est un moment propice pour aborder le thème des violences intrafamiliales (31% tout à fait d'accord et 52% plutôt d'accord). 17% des médecins interrogés (n = 7) ne sont plutôt pas d'accord, aucun n'était pas du tout d'accord.

Le test de Fisher ne permet pas de conclure à une différence significative selon que les médecins exercent en PMI ou en médecine générale ($p = 0.57$).

2. Mise en pratique du WAST-short

27 médecins de l'échantillon (64%) avaient mis en pratique le WAST-short au moins une fois lors de la consultation du nourrisson avant de répondre au questionnaire de recherche. Parmi eux, 8 l'avaient réalisé entre 4 et 8 fois. 15 médecins répondant à l'étude (36%) ne l'avaient pas mis en pratique.

Le taux de mise en pratique était de 90% lorsque les professionnels avaient assisté à une présentation orale du protocole, mais cette différence n'est pas significative ($p = 0.06$).

3. Niveau d'aise lors de l'utilisation du WAST-short

74% des médecins (n = 20) ayant mis en pratique le dépistage étaient à l'aise pour poser les deux questions du WAST-short. 22% (n = 6) étaient mal à l'aise, dont 1 médecin pas du tout à l'aise (4%).

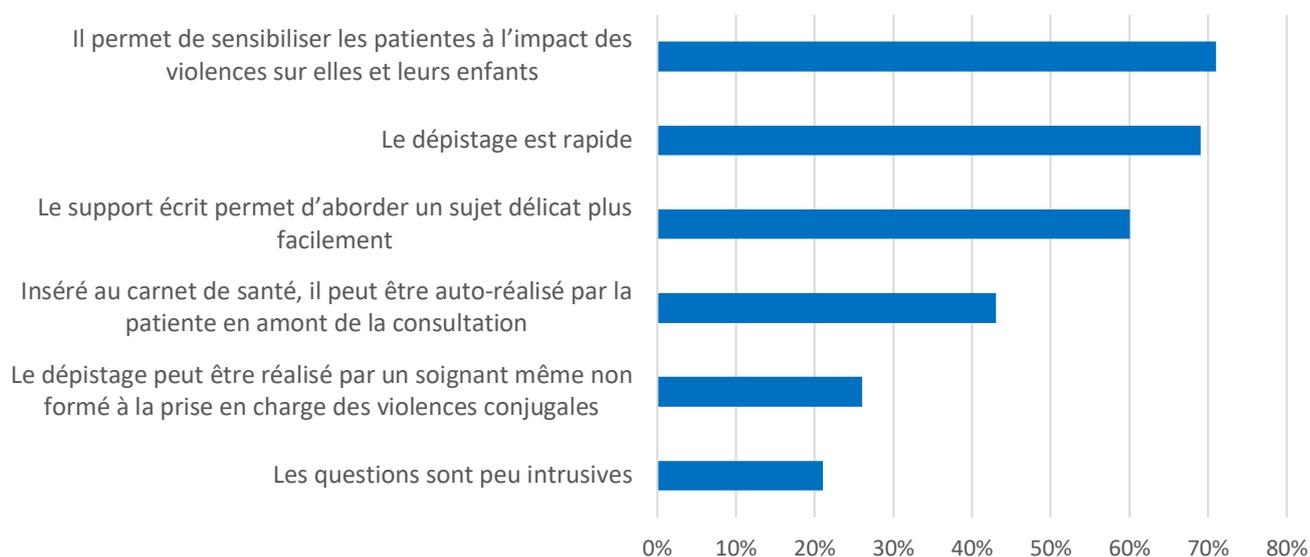
Une comparaison à l'aide d'un test de Wilcoxon-Mann Whitney permet de conclure que le niveau d'aise est significativement différent entre les médecins ayant pratiqué le WAST-short moins de 4 fois ou plus de 4 fois ($p = 0.03$).

Tableau 2 : Niveau d'aise lors de l'utilisation du WAST-short selon le taux de mise en pratique

		Mise en pratique du WAST-short					
		Plus de 4 fois		Entre 1 et 4 fois		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Niveau d'aise des médecins	Très à l'aise	1	4%	0	0%	1	4%
	Plutôt à l'aise	7	26%	12	44%	19	70%
	Plutôt mal à l'aise	0	0%	5	18%	5	18%
	Pas du tout à l'aise	0	0%	1	4%	1	4%
	Inconnu	0	0%	1	4%	1	4%
	Total	8	30%	19	70%	27	100%

4. Avantages du protocole de dépistage

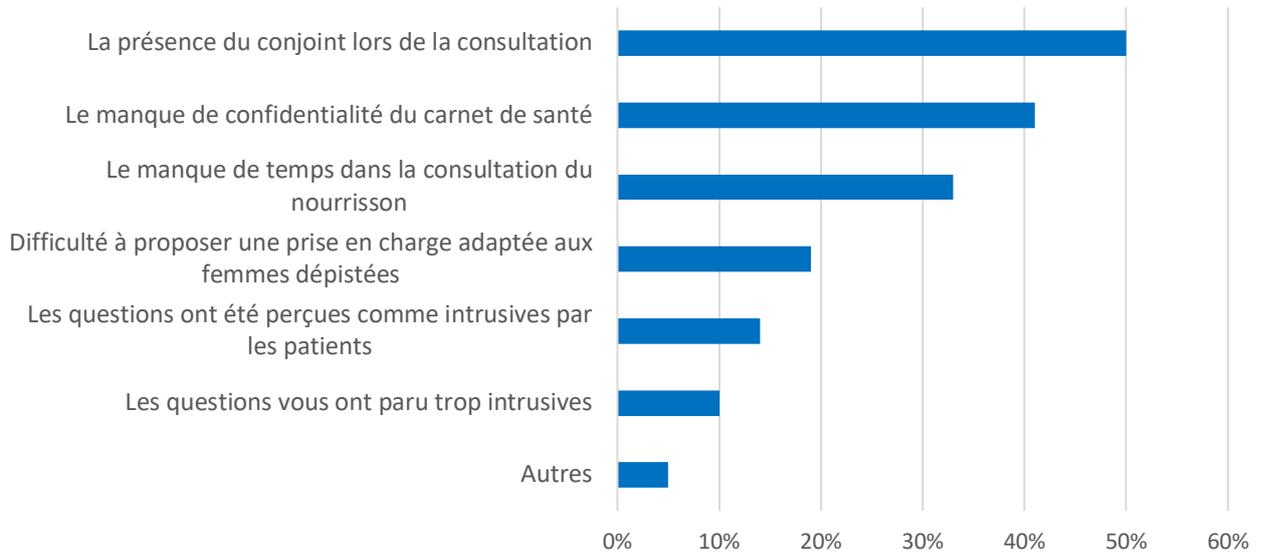
Figure 5 : Avantages du protocole selon les médecins interrogés



30 médecins sur les 42 interrogés estiment que ce mode de dépistage permet de sensibiliser les patientes à l'impact des violences sur elles et leurs enfants. Pour 29 médecins, l'un des avantages du questionnaire est sa rapidité d'exécution. Enfin 25 médecins estiment que le support écrit constitue une aide pour aborder le sujet des violences.

5. Inconvénients

Figure 6 : Obstacles identifiés par les médecins interrogés



21 médecins considèrent que la présence du conjoint lors de la consultation est un obstacle à la réalisation du dépistage tel qu'il est proposé. Le manque de confidentialité du carnet de santé est un obstacle pour 17 médecins parmi les 42 interrogés et le manque de temps pour 14 d'entre eux.

Parmi les autres freins cités, 1 médecin estime que les informations recueillies grâce au WAST-short concernent la mère et ne doivent pas figurer dans le carnet de santé de l'enfant. 1 autre médecin perçoit cette démarche comme stigmatisante envers les hommes, car elle postule que les violences ne sont jamais commises par les femmes.

6. Intégration du WAST-short au carnet de santé

Figure 7 : Avis des médecins concernant l'intégration du WAST-short au carnet de santé

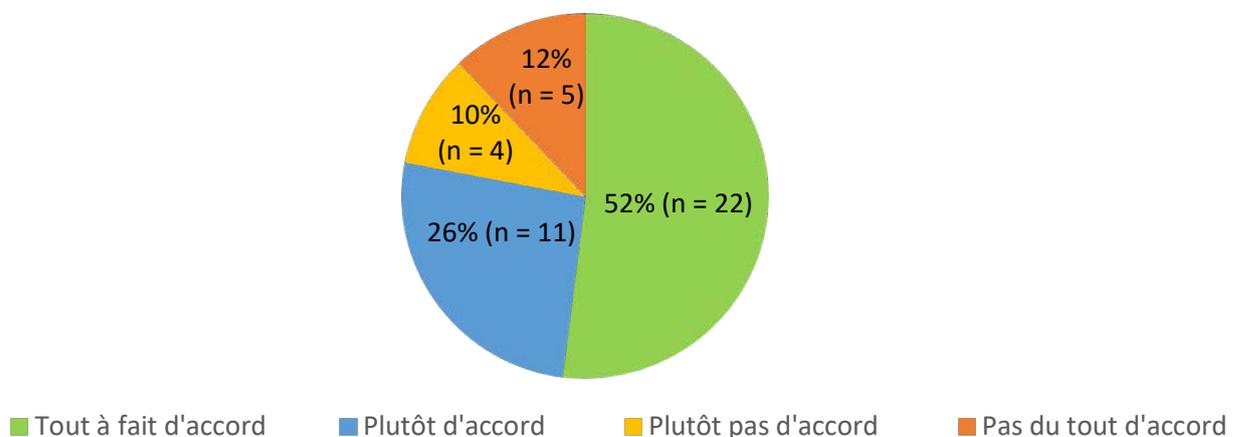


Tableau 3 : Taux d'avis favorables au dépistage selon le sexe, le mode d'exercice et la mise en pratique du protocole durant la période prospective

	Pas du tout d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		Tout à fait d'accord		p
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Échantillon (n = 42)	5	12%	4	10%	11	26%	22	52%	
Sexe du praticien									
Hommes (n = 14)	2	14%	0	0%	6	43%	6	43%	0.2
Femmes (n = 28)	3	11%	4	14%	5	18%	16	57%	
Type d'exercice									
Médecins de PMI (n = 6)	3	50%	1	17%	2	33%	0	0%	0.01
Médecins généralistes installés (n = 29)	1	3%	3	10%	6	21%	19	66%	
Médecins généralistes remplaçants (n = 7)	1	14%	0	0%	3	43%	3	43%	
Mise en pratique du WAST-short au cours des 4 semaines d'étude									
Jamais (n = 15)	1	6.6%	3	20%	7	46.6%	4	26.6%	0.11
Entre 1 et 4 fois (n = 19)	3	16%	1	5%	3	16%	12	63%	
Entre 4 et 8 fois (n = 8)	1	12.5%	0	0%	1	12.5%	6	75%	

Les réponses à la question « Seriez-vous favorable à l'ajout du WAST-short à la page « examen au cours du 4e mois » dans le carnet de santé ? » ne variaient pas significativement selon le sexe du praticien ou s'il avait testé le protocole. En revanche elles étaient significativement différentes selon le lieu d'exercice des médecins interrogés ($p < 0.01$).

Discussion

1. Acceptabilité du dépistage lors de la consultation du nourrisson

Les médecins interrogés pour cette étude sont favorables au protocole de dépistage car c'est un moyen concret d'information et de sensibilisation des familles, il est rapide et fournit une trame à l'entretien.

Les participants à l'étude estiment que la consultation de suivi du nourrisson est un moment pertinent pour rechercher des violences au sein du couple. Ils ont conscience de l'impact de ces violences sur la dynamique familiale et le bien-être des enfants. Cette opinion était également partagée par les pédiatres américains interrogés dans l'étude de M. Blair-Merritt et al. : 93% estimaient que la consultation de pédiatrie est propice au dépistage des violences conjugales.(89)

Le protocole de dépistage proposé permet de contourner les principaux freins évoqués par les médecins dans cette enquête, et en premier lieu le manque de temps. Plus de 2/3 des médecins de l'enquête estiment que le questionnaire est rapide. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par A. Bolot dans son étude. 13 médecins avaient mis en pratique le questionnaire WAST de manière systématique pour un total de 242 questionnaires recueillis. 69,2 % des participants pensaient que le WAST est faisable durant le temps d'une consultation normale.(90)

Les 3/4 des médecins ayant mis en pratique le WAST-short en consultation se sont sentis très à l'aise ou plutôt à l'aise avec le dépistage. Le niveau d'aise est significativement plus élevé chez les médecins l'ayant pratiqué plus de 4 fois. L'étude ne permet pas de déterminer si les médecins à l'aise initialement avec la problématique des violences conjugales ont plus mis en pratique le WAST ou si c'est l'utilisation répétée du questionnaire qui a rendu les médecins plus à l'aise. Une étude avant/après serait nécessaire pour éliminer ce biais de confusion. Dans l'étude de A. Anderzen-Carlsson et al., publiée en 2018, les professionnels de santé devaient réaliser un dépistage systématique des violences conjugales auprès de mères consultant pour l'examen des 8 mois. Les soignants avaient déclaré se sentir plus à l'aise avec la répétition du questionnement.(91)

60% des médecins interrogés estiment que le support écrit permet de faciliter l'interrogatoire. Les médecins disposent ainsi d'une trame à suivre, et se sentent plus efficaces et légitimes grâce à un questionnaire concis, précis, clair, rapide, rigoureux, et reproductible. Il est utilisé par les médecins généralistes comme un « pense-bête », il peut facilement être adapté au contexte. Le support écrit évite une stigmatisation de certaines patientes.(71)

La formulation des questions du WAST-short est un autre avantage du protocole, puisque la majorité des médecins interrogés utilisent déjà une question ouverte pour dépister les violences conjugales. Ce type de question était également privilégié par les médecins généralistes dans la thèse de R. Mu-Sek-Sang (82) et par les sages-femmes dans l'étude de M. Rouveyre. 12% des sages-femmes déclaraient cependant que ce type de question est trop vague pour être réellement efficace.(92) Dans ses recommandations

parues en 2022, la HAS rappelle que la meilleure façon d'aborder la question des violences conjugales c'est celle avec laquelle le professionnel est à l'aise.

Le premier avantage du questionnaire, selon les participants, est qu'il permet de sensibiliser les patientes aux conséquences de la violence conjugale, pour elles et leurs enfants. La recherche du bien-être des enfants peut-être un levier pour amorcer une sortie des violences, en supposant que certaines femmes sont plus enclines à rechercher une aide pour leurs enfants que pour elles-mêmes.(77)

Les différentes revues de la littérature qui étayent les recommandations actuelles confirment que l'interrogatoire, en faisant passer le message que la violence n'est jamais justifiée et a des conséquences graves sur les personnes, est déjà une action concrète. Le questionnement permet d'ouvrir le dialogue, de rompre le silence. Accueillir les confidences de manière empathique permet aux victimes de se sentir écoutées, soutenues et validées, et renforce leur détermination. Le dialogue permet à la honte de changer de camp, de désigner le responsable et ainsi de briser le cycle de l'emprise. Le questionnement progressif, même lorsque la violence n'est pas reconnue, favorise la révélation lors de consultations ultérieures et ouvre la porte à une aide éventuelle.(70)

Dans l'étude de A. Anderzen-Carlsson et al., les soignants ont constaté que le questionnement avait permis de libérer la parole des patientes. Ils avaient le sentiment d'approfondir leur relation avec les femmes et se sont sentis valorisés dans leur pratique. Le retour positif des patientes a également conforté les soignants dans l'utilité de leur intervention.(91)

Pour le professionnel de santé, les consultations avec des victimes de violences sont particulièrement éprouvantes, principalement en raison de la frustration ressentie face à la lenteur des changements et même aux retours en arrière, majorant le sentiment d'échec pour l'intervenant. En comprenant que son rôle est d'informer, de soutenir et d'accompagner la femme dans son parcours, sans s'échiner à résoudre le problème et se heurter invariablement à l'ambivalence de la victime, le soignant se préserve, mais il renforce aussi son sentiment de compétence. Dans le cas de cette étude, un temps d'expérimentation trop court ne permet pas d'évaluer un bénéfice potentiel pour le soignant.

Le principal inconvénient du protocole est la présence du conjoint à la consultation. C'est également la première barrière au dépistage évoquée par les sages-femmes au cours du suivi de la grossesse, comme le montre la revue de la littérature de C. Eicher et V. Rozès. En effet cette présence peut être dommageable pour les femmes en situation d'abus conjugal en les privant de la possibilité de demander de l'aide, elle s'intègre alors dans la stratégie d'emprise de l'agresseur.(94) Par ailleurs, le questionnaire WAST a été validé pour une utilisation en entretien particulier seul avec la patiente. S'il peut être justifié pour une sage-femme de demander au conjoint de quitter la pièce au cours de l'entretien prénatal précoce, cela semble plus difficile à justifier au cours de l'examen du nourrisson.

Que la femme consulte seule ou pour le suivi de son nourrisson, le questionnaire WAST est bien accepté par les patientes.(78,88) Dans l'étude actuelle, 14% des interrogés, estiment que les patientes ont perçu le dépistage comme trop intrusif. Il est possible que ces derniers projettent sur les patientes leur propre malaise à aborder le sujet. Une étude

de faisabilité du protocole devrait inclure un questionnaire « patiente » pour éliminer un biais lié au contre-transfert.

Enfin la mise à disposition de ressources, outils et formations constitue un cadre protecteur pour aborder le sujet des violences conjugales, prérequis indispensable mais insuffisant puisque malgré la fiche « ressources et outils » fournie, 19% des médecins de l'étude éprouvent des difficultés à proposer une prise en charge qu'ils jugent adaptée. H. MacMillan et al. concluent que pour améliorer significativement la qualité de vie des patientes, le dépistage de masse n'apporte qu'un bénéfice modéré, c'est d'avantage le niveau de formation du praticien qui entre en jeu.(73) Le WAST-short est un outil pratique qui présente des bénéfices mais reste insuffisant au regard de la charge mentale et de l'impact émotionnel généré par la problématique des violences conjugales. La formation des professionnels demeure indispensable avant de mettre en place un système de dépistage.

2. Utilité du carnet de santé pour la sensibilisation et le dépistage des violences conjugales

79% des médecins de l'étude sont favorables à l'ajout du questionnaire WAST à la consultation du 4^e mois du carnet de santé. Il existe une différence significative d'opinion entre les médecins généralistes et les médecins exerçant en PMI. Les médecins de PMI interrogés pour cette étude sont réticents à inscrire des informations concernant la mère dans le carnet de santé de l'enfant. Il est possible également qu'ils ne ressentent pas le besoin d'un tel support car le dépistage systématique est ancré dans leur pratique quotidienne. Une étude incluant les pédiatres permettrait de corroborer ou de réfuter cette tendance.

Le carnet de santé a pour vocation d'être le support du dialogue régulier noué entre les professionnels de santé et les familles, au service de la prévention et de l'éducation à la santé des enfants et des adolescents. Il est aussi un support d'informations pour les parents. Sa conception est sous l'autorité du ministère de la Santé, qui organise les remaniements. Sa dernière mise à jour date de 2018. Il est confidentiel, seuls sont autorisés à le consulter, sous réserve de l'accord des parents, les professionnels de santé, dans le cadre d'actions de prévention ou de soins. Toute personne amenée à en prendre connaissance est soumise au secret professionnel.(95) Il a une place centrale dans la consultation du nourrisson, son remplissage est systématique pour la plupart des médecins généralistes.(96) Les médecins de l'étude considèrent que le carnet de santé est un outil utile pour adresser un message de prévention et jugent pertinent d'y intégrer un encadré rappelant que les enfants sont aussi des victimes de la violence conjugale.

Parmi tous les messages inclus dans le carnet de santé, le développement cognitif et émotionnel n'est mentionné qu'anecdotiquement. Le rapport 1000 premiers jours publié en 2020 propose l'ajout d'encarts pédagogiques sur le sujet de la dépression post-natale, du développement de l'attachement, de la régulation émotionnelle, du développement cognitif et de l'importance des interactions bienveillantes. Il propose également l'ajout d'un rappel de l'interdit des violences éducatives ordinaires, verbales et physiques, mais aucune mention n'est faite de la violence conjugale.(77)

S'il est un bon outil d'éducation, le carnet de santé est cependant mal adapté à la transmission d'informations médicales sensibles. Son manque de confidentialité met en péril la sécurité des femmes et de leurs enfants. Il serait inapproprié d'y inscrire le résultat du WAST-short. Par ailleurs le support écrit, en marquant un cadre rigide pour le dépistage, empêche le soignant de s'adapter à la configuration de l'entretien, et notamment à la présence du conjoint.

3. Forces et limites de l'étude

L'ensemble des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre des Hautes-Pyrénées ont été interrogés grâce à la diffusion du questionnaire par le biais du Conseil de l'Ordre. Le questionnaire de recherche était réalisable en seulement 3 minutes, ce qui a permis un taux de participation supérieur à 20%.

Les participants déclarent rencontrer en moyenne deux situations de violences conjugales par an. Ces résultats sont comparables à ceux de l'étude de J. Chambonnet et al., citée dans le rapport Henrion, ce qui corrobore la représentativité de l'échantillon.(97)

Le nombre de situations de violences conjugales rencontrées par an n'est pas homogène au sein de l'échantillon. Les médecins de PMI sont significativement plus confrontés à la violence conjugale que les médecins généralistes libéraux. Cela peut être lié à leur activité centrée sur la femme et l'enfant tandis que le médecin généraliste rencontre dans sa pratique une plus grande diversité de patients. En outre, les médecins de PMI sont formés au repérage des dynamiques intra-familiales qui se mettent en place à la naissance d'un enfant. Enfin il est possible que les médecins de PMI soient d'avantage identifiés comme des interlocuteurs potentiels par les patientes subissant des violences, notamment si elles craignent pour la sécurité de leur enfant.

Plusieurs biais d'échantillonnage impactent la significativité des résultats. 67% des participants à l'étude sont des femmes alors que ces dernières ne représentent que 35% des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées.(98) Les médecins participants sont sensibles à la problématique des violences conjugales, il existe un biais de sélection lié à l'intérêt que portent les médecins au sujet de l'étude. Enfin les pédiatres et les sages-femmes n'ont pas été intégrés à la population d'étude alors qu'ils interviennent également dans le suivi précoce de l'enfant.

Le protocole proposé est original, et permet de répondre aux attentes des médecins du département. L'étude reflète l'intérêt que portent les professionnels à cette problématique et à ses conséquences pour la santé des femmes et des enfants. Les messages d'information et outils à destination des professionnels se multiplient, les médecins n'attendent plus que les femmes abordent elles-mêmes le sujet. La thèse de A. Cornilleau, qui comparait l'évolution des pratiques des médecins généralistes d'Ile-de-France sur une période de 10 ans, montrait que la proportion de cas de violences révélées suite au questionnement du médecin était passée de 7.7% en 2000 à 18.4% en 2011.(65)

Le taux de mise en pratique du protocole est élevé au sein de l'échantillon, que les médecins aient assisté ou non à une présentation orale du protocole. On peut émettre l'hypothèse que le protocole est suffisamment simple pour qu'aucune formation préalable

ne soit nécessaire à sa mise en pratique. Tous les questionnaires ont été inclus, permettant une étude en conditions réelles d'utilisation et limitant les biais d'attrition.

Les résultats de cette étude suggèrent que des outils d'aide à l'entretien sont nécessaires à la mise en œuvre du dépistage par les médecins généralistes. Le manque d'outil validé est évoqué par ¼ des médecins comme un frein au dépistage. Les nouveaux outils de la HAS (annexe 3) ont été diffusés deux semaines après la clôture du recueil de données, il serait intéressant d'étudier leur impact à distance.

Les médecins de l'échantillon étaient libres de mettre en pratique le questionnaire et de choisir la prise en charge qu'ils jugeaient appropriée. Cette démarche a permis une plus grande adhésion au protocole mais induit un manque d'uniformité au sein de l'échantillon. Enfin le temps imparti de 4 semaines pour mettre en pratique le WAST est court et a limité les participants dont la patientèle comprend peu de nourrissons.

L'âge de 4 mois a été fixé arbitrairement. Dans l'étude de A. Anderzen-Carlsson et al., les professionnels de santé devaient réaliser un dépistage systématique à 8 mois. De nombreux investigateurs ont rapporté que ce dépistage intervenait trop tard. Les violences impactent négativement le développement du nourrisson et l'intervention la plus précoce possible permet d'éviter les conséquences néfastes pour l'enfant. En outre à cet âge le suivi de l'enfant tend à s'espacer. Les investigateurs estimaient que la fréquence des consultations en début de vie du nourrisson était plus favorable à l'établissement d'une relation de confiance et plus propice à la confiance. Cependant, afin d'établir cette relation de confiance, la question ne peut pas être posée à la première rencontre et c'est pourquoi l'âge de 4 mois a été choisi pour cette thèse.(91)

Enfin le mode déclaratif du questionnaire induit un biais de mémorisation, mais également un biais de désirabilité sociale, au détriment de l'expression sincère des opinions, ce qui a pour conséquence de réduire la validité des conclusions de l'étude. En outre les questions à choix multiples ont permis de simplifier l'analyse statistique mais ont introduit un biais de suggestion. Pour mieux interroger les opinions et représentations des médecins, une étude qualitative serait appropriée.

Conclusion

Le médecin généraliste est au cœur d'une vague de reconnaissance publique des violences les plus intimes vécues par les femmes. L'évolution récente des conditions de dérogation au secret médical n'est pas une négation de l'autonomie des femmes mais découle d'une prise de conscience des mécanismes de l'emprise et reflète la volonté collective de ne plus être simple spectateur de ces violences.

La consultation du nourrisson est un moment pertinent pour rechercher l'existence de violences conjugales. Ce repérage doit mettre les professionnels en situation de mobiliser des moyens pour venir en aide aux enfants et à leur mère. Lorsque ce repérage ne peut pas être fait, le bien-être de l'enfant se trouve compromis.

Cette étude démontre que le dépistage des violences conjugales au cours de la consultation du nourrisson grâce à l'outil WAST-short est acceptable pour les médecins généralistes et de PMI. Il permet de lever certains freins au questionnement, comme le manque de temps ou le manque d'aise. Cependant il ne peut figurer dans le carnet de santé en raison de son manque de confidentialité. Le carnet de santé reste néanmoins un bon moyen de transmission de l'information et les prochaines mises à jour pourraient rappeler que les enfants sont aussi les victimes de la violence dans le couple.

Le protocole proposé dans cette étude s'inscrit dans un panel d'outils qui doivent être mis à disposition des médecins afin de favoriser la mise en œuvre du dépistage. Comme toute nouvelle pratique, c'est en systématisant le questionnement que ce repérage prendra une tonalité moins grave et pesante pour les intervenants, car comme le dit Sénèque dans ses Lettres à Lucilius : « ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles ».

Vu
Toulouse le 16/02/2023

Toulouse, le 21/02/23

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE
Médecine,
Maïeutique,
Paramédical



Bibliographie

1. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 5e plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes. 2019.
2. Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple. 2021.
3. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Recommandations pour la pratique clinique. Saint Denis La Plaine: HAS; juin 2019.
4. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Paris; 2001.
5. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Istanbul: Conseil de l'Europe; 2011.
6. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Lettre n°18 : Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2021. Paris: MIPROF; nov 2022.
7. Brown E, Debauche A, Hamel C, Mazuy M. Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et par les hommes. Institut national d'études démographiques; nov 2020.
8. Organisation Mondiale de la Santé. Violence against women prevalence estimates, 2018 : global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Genève: OMS; 2021.
9. Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Firdion JM, Houel A, et al. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris, La documentation française; 2003.
10. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. Violence against women survey. Vienne: FRA; 2014.
11. Walker L. The battered woman syndrome, 4th edition. New York: Springer Publishing Company; 2016.
12. Dorey R. La relation d'emprise. *Nouv Rev Psychanal.* 1981;(24):117-40.
13. Bensley L, Van Eenwyk J, Wynkoop Simmons K. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *Am J Prev Med.* 2003;25(1):38-44.
14. Guillam MT, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. *Rev Epidemiol Santé Publique.* sept 2014;62.
15. Peek-Asa C, Zwerling C, Young T, Stromquist A, Burmeister L, Merchant J. A population based study of reporting patterns and characteristics of men who abuse their female partners. *Inj Prev.* juin 2005;11(3):180-5.
16. Chamberlain L, Perham-Hester KA. Physicians' screening practices for female partner abuse during prenatal visits. *Matern Child Health J.* juin 2000;2(2):141-8.
17. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. La formation des professionnels : une étape essentielle pour lutter contre les violences faites aux femmes. 10èmes rencontres interprofessionnelles de la MIPROF; 22 nov 2022; Paris.

18. Holden G. Children exposed to domestic violence and child abuse : terminology and taxonomy. *Clin Child Fam Psychol Rev.* sept 2003;6(3):151-60.
19. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Behind closed doors : the impact of domestic violence on children. New York: UNICEF; 2006.
20. Brown E, Jaspard M. La place de l'enfant dans les conflits et les violences conjugales. *Rev Polit Soc Fam.* 2004;78(1):5-19.
21. INSEE. Enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019. Service statistique ministériel de la Sécurité intérieure; déc 2019.
22. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet.* 13 avr 2002;359:6.
23. Tomasdottir M, Kristjansdottir H, Bjornsdottir A, Getz L, Steingrimsdottir T, Olafsdottir O, et al. History of violence and subjective health of mother and child. *Scand J Prim Health Care.* déc 2016;34(4):394-400.
24. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Popul Rep.* déc 1999;27(4).
25. Lessard G, Paradis F. La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection : recension des écrits. Institut national de santé publique du Québec. Montréal; 2003.
26. Séverac N. Les enfants exposés à la violence conjugale : recherches et pratiques. Observatoire national de l'enfance en danger; déc 2012.
27. Ehrensaft M, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson J. Intergenerational transmission of partner violence : a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol.* août 2003;71(4):741-53.
28. Levendosky A, Bogat G, Martinez-Torteya C. PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence Women.* 17 févr 2013;19(2):187-201.
29. Bogat G, Dejonghe E, Levendosky A, Davidson W, Eye A. Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse Negl.* mars 2006;30:109-25.
30. Perry B. Incubated in terror : neurodevelopmental factors in the cycle of violence. In: *Children, youth and violence : the search for solutions.* J Osofsky Ed. New York; 1997. p. 124-48.
31. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people : a review of the literature. *Child Abuse Negl.* août 2008;32(8):797-810.
32. Appel A, Holden G. The co-occurrence of spouse and physical child abuse : a review and appraisal. *J Fam Psychol.* 1998;12(4):578-99.
33. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation. New York: Psychology Press Classic Editions; 2015.
34. Levendosky A, Huth-Bocks A, Shapiro D, Semel M. The impact of domestic violence on the maternal - child relationship and preschool-age children's functioning. *J Fam Psychol.* oct 2003;17(3):275-87.
35. Racicot K, Fortin A, Dagenais C. Réduire les conséquences de l'exposition de l'enfant à la violence conjugale : pourquoi miser sur la relation mère-enfant ? *Cah Int Psychol Soc.* 2010;(86):321-42.
36. Buchanan F, Power C, Verity F. The effects of domestic violence on the formation of relationships between women and their babies : "I was too busy protecting my baby to attach". *J Fam Violence.* août 2014;29(7):713-24.

37. Bourassa C. La complexité et la pluralité des expériences maternelles en contexte de violence conjugale. *Enfances Fam Génér.* 2010;(12):111-26.
38. De La Sablonnière É, Fortin A. Violence conjugale et qualité de la relation mère-enfant : effet médiateur ou modérateur de la santé des mères ? *Can J Behav Sci.* oct 2010;42(4):212-21.
39. Fortin A. L'enfant exposé à la violence conjugale : quelles difficultés et quels besoins d'aide ? *Empan.* 2009;1(73):119-27.
40. Cavillon M, Vernay A. Les auteurs de violences conjugales : caractéristiques cliniques et socio-démographiques, échelles de repérage de perpétration et modes de parentalité [Thèse d'exercice]. Université de Clermont-Ferrand; 2019.
41. Edouard Durand : l'impact des violences au sein du couple sur les enfants [Internet]. 2022 [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=_VEY-O4URsl
42. Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France & rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. *Cah Santé Publique Prot Soc.* sept 2011;(3):9-18.
43. Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse : a descriptive study on medical records in family practice. *Br J Gen Pract.* mai 2007;57(538):396-400.
44. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer.* 2010;21(92):75-81.
45. Miller D, Jaye C. GPs' perception of their role in the identification and management of family violence. *Fam Pract.* 2007;24(2):95-101.
46. Assier C. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG en Loire-Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2020.
47. Szilassy E, Drinkwater J, Hester M, Larkins C, Stanley N, Turner W, et al. Making the links between domestic violence and child safeguarding : an evidence-based pilot training for general practice. *Health Soc Care Community.* nov 2017;25(6):1722-32.
48. Organisation Mondiale de la Santé. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques. Genève: OMS; 2013.
49. Marly A. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2016.
50. Service de Médecine légale du CHU d'Angers. Violences conjugales : aide à la prise en charge médicale à destination des médecins et des sages-femmes [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.chu-angers.fr/medias/fichier/plaquette-spifev-janvier-2018_1517496918907-pdf?ID_FICHE=15&INLINE=FALSE
51. DMG Auvergnat. Déclic Violence [Internet]. Aide au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/>
52. Offermans AM, Vanhalewyn M, Van der Schueren T, Roland M, Fauquert B, Kacenenbogen N. Détection des violences conjugales : guide de pratique clinique. Société Scientifique de Médecine Générale Belge; mars 2018.
53. Kelly M, Morgan A, Carmona C, Canning U, Haynes C, Hoy A, et al. Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. NICE; avr 2013.

54. Frechon I, Marquet L, Séverac N. Les enfants exposés à des violences et conflits conjugaux : parcours en protection de l'enfance et environnement social et familial. *Polit Soc Fam.* sept 2011;(105):59-72.
55. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence : cross sectional study in primary care. *Br Med J.* 2 févr 2002;324(7332):1-6.
56. Morvant C, Lebas J, Cabanne J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales : repérer et aider les victimes. *Rev Prat Médecine Générale.* sept 2005;19(702-703):945-54.
57. Ledoux A. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2018.
58. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot; 2013.
59. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires? Quelles réponses peut-on apporter? [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2016.
60. Pantaleon M. Le médecin généraliste face aux violences conjugales : représentations et résistances au changement de pratiques. Étude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2013.
61. Quenot Magali. Repérage, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes : à propos d'une enquête en Haute-Garonne [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III; 2016.
62. Taft A, Broom D, Legge D. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family : qualitative study. *Br Med J.* 6 févr 2004;328(7440):618-21.
63. Turner W, Hester M, Broad J, Szilassy E, Feder G, Drinkwater J, et al. Interventions to improve the response of professionals to children exposed to domestic violence and abuse : a systematic review. *Child Abuse Rev.* 2017;26:19-39.
64. Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training : a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* avr 2006;56(525):249-57.
65. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. [Thèse d'exercice]. Université Paris VI; 2012.
66. Thompson R, Rivara F, Thompson D, Barlow W, Sugg N, Maiuro R, et al. Identification and management of domestic violence : a randomized trial. *Am J Prev Med.* 2000;19(4):253-63.
67. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7).
68. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess.* mars 2009;13(16):3-113.
69. Edin KE, Högberg U. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery.* 2002;18(4):268-78.
70. Feder G, Hutson M, Ramsay J, Taket A. Women exposed to intimate partner violence. Expectations and experiences when they encounter health care professionals : a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med.* 2006;166(1):22-37.
71. Picatto C. Ressenti des médecins généralistes lors du dépistage des violences conjugales faites aux femmes [Thèse d'exercice]. Université de Marseille; 2020.

72. Klevens J, Kee R, Trick W, Garcia D, Angulo FR, Jones R, et al. Effect of screening for partner violence on women's quality of life. *JAMA*. 15 août 2012;308(7):681-9.
73. MacMillan H, Wathen N, Jamieson E, Boyle M, Shannon H, Ford-Gilboe M, et al. Screening for intimate partner violence in health care settings : a randomized trial. *JAMA*. 5 août 2009;302(5):493-501.
74. Cherniak D, Grant L, Mason R, Moore B, Pellizzari R. Intimate partner violence consensus statement. *SOGC Clin Pract Guidel*. avr 2005;(157):365-88.
75. Cabinet CRESS. Étude sur les enfants victimes de violences conjugales. Nouvelle Aquitaine: Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale; mai 2020.
76. Agrawal A, Ickovics J, Lewis JB, Magriples U, Kershaw TS. Postpartum intimate partner violence and health risks among young mothers in the United States : a prospective study. *Matern Child Health J*. oct 2014;18(8):1985-92.
77. Cyrulnik B, Benachi A, Filliozat I, Dugravier R, Ansermet F, Casso-Vicarini N, et al. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. Ministère des solidarités et de la santé; sept 2020.
78. Viennot N. Le dépistage des violences conjugales en consultation pédiatrique de médecine générale [Thèse d'exercice]. Paris VII; 2017.
79. Rizo C, Macy R, Ermentrout D, Johns N. A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component. *Aggress Violent Behav*. févr 2011;16:144-66.
80. Jouriles E, McDonald R, Rosenfield D, Stephens N, Corbitt D, Miller P. Reducing conduct problems among children exposed to intimate partner violence : a randomized clinical trial examining effects of project support. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(4):705-17.
81. Graham-Bermann S, Lynch S, Banyard V, DeVoe E, Halabu H. Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence : an efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(2):199-209.
82. Mu-Sek-Sang R. Le dépistage systématique des violences conjugales : étude réalisée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2017 [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2017.
83. Brown J, Lent B, Brett P, Sas G, Pederson L. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med*. juin 1996;28:422-8.
84. Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F, et al. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool). *Bull Épidémiol Hebd*. 2021;(2):32-40.
85. Brown J, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. Dépistage de la violence faite aux femmes : épreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français. *Can Fam Physician*. mai 2001;47:988-95.
86. Brown J, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-Short in the family practice setting. *J Fam Pract*. oct 2000;49(10):896-903.
87. Guillou B. Dépistage des violences conjugales pendant la grossesse : étude de faisabilité du questionnaire WAST-fr en consultation ambulatoire pendant la grossesse en Gironde [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2021.
88. Linassier A. Application du questionnaire WAST en France dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2017.
89. Bair-Merritt M, Giardino A, Turner M, Ganetsky M, Christian C. Pediatric residency training on domestic violence : a national survey. *Ambul Pediatr*. 2004;4(1):24-7.

90. Bolot AL. Repérage des violences conjugales en médecine générale : évaluation de deux types d'interventions [Thèse d'exercice]. Université de Franche-Comté; 2010.
91. Anderzen-Carlsson A, Gillå C, Lind M, Almqvist K, Lindgren Fändriks A, Källström Å. Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence. *J Clin Nurs*. 2017;27(13-14):2752-62.
92. Rouveyre M. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales : état des lieux des pratiques dans le Puy-de-Dôme [Mémoire pour le Diplôme d'État de Sage-Femme]. Université de Clermont-Ferrand; 2012.
93. Bair-Merritt M. Intimate Partner Violence. *Pediatr Rev*. avr 2010;31(4):145-50.
94. Eicher C, Rozès V. Le dépistage systématique des violences conjugales [Mémoire de fin d'études]. Haute École de Santé de Genève; 2014.
95. Article L2132-1 - Code de la santé publique.
96. Geoffroy M. Usage du carnet de santé de l'enfant par son médecin. Étude qualitative auprès des médecins généralistes et pédiatres du Maine et Loire [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 2017.
97. Chambonnet J, Douillard V, Urion J, Mallet R. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. *Rev Prat Med Gen*. 2000;507:1481-5.
98. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2022 [Internet]. Paris: CNOM; 2022. Disponible sur: www.conseil-national.medecin.fr

Annexes

Annexe 1 : Critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise

Le danger

La victime fait-elle état d'une multiplicité de **violences (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques)** et/ou d'une **augmentation de la fréquence** de ces dernières ?

D'après la victime, son partenaire a-t-il eu connaissance de **son projet de séparation** ? En cas de séparation déjà effective, l'ancien partenaire cherche-t-il à connaître le lieu de résidence de la victime ?

S'il y a présence d'enfants, la victime évoque-t-elle des violences de la part de son partenaire ou de son ancien partenaire envers ces derniers (coups, humiliations, privations notamment alimentaires, etc.) ?

La victime craint-elle de nouvelles violences (envers elle, ses enfants, ses proches, etc.) ?

La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire utilise les enfants pour lui faire du chantage ?

La victime dit-elle avoir peur pour elle ou pour ses enfants ?

La victime est-elle enceinte ou a-t-elle un enfant de moins de deux ans ?

La victime évoque-t-elle des éléments laissant penser qu'elle ait pu être incitée au suicide par son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime exprime-elle avoir déjà été empêchée de sortir de chez elle ?

La victime affirme-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire consomme de l'alcool, des drogues et/ou des médicaments ?

La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire a des antécédents psychiatriques ?

Selon les dires de la victime, la police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue au domicile conjugal et/ou partagé ?

À la connaissance de la victime, le partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu des altercations avec la police ou des antécédents judiciaires ?

La victime dit-elle avoir reçu des menaces de mort (notamment scénarisées) adressées directement à elle ou à ses enfants de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime déclare-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire possède des **armes à feu** (déclarées ou non) ?

L'emprise

La victime indique-t-elle recevoir des propos dévalorisants, humiliants, dégradants ou injurieux de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime se sent-elle sous **surveillance permanente** ou harcelée moralement et/ou sexuellement au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres, etc. ? La victime dit-elle disposer librement de son temps ?

La victime se dit-elle empêchée ou restreinte par son partenaire d'entrer en contact avec sa famille et/ou ses amis ?

La victime se sent elle déprimée ou « à bout », sans solution ?

La victime s'estime-t-elle responsable de la dégradation de la situation ?

La victime fait-elle part de menace ou de tentative de suicide par son partenaire ?

La victime paraît-elle en situation de dépendance financière ?
Son partenaire l'empêche-t-elle de disposer librement de son argent ?

La victime se voit-elle confisquer ses documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale etc.) par son partenaire ?

La victime est-elle dépendante des décisions de son partenaire ?
Son partenaire ignore-t-il ses opinions, ses choix ?

La victime évoque-t-elle l'exercice d'un contrôle, de la part de son partenaire, sur ses activités et comportements quotidiens (vêtements, maquillage, sortie, travail, etc.) ?

Annexe 2 : Modèle de rédaction d'un signalement

SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE CONCERNANT UN MAJEUR VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES DANS LE CADRE DU 3° DE L'ARTICLE 226-14 DU CODE PÉNAL

L'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime **en conscience** que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République »

1. AUTEUR DU SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE	
Nom et Prénom	
Profession	
Adresse	
Téléphone	
E.mail	

2. PERSONNE CONCERNÉE			
NOM et Prénom		Nom d'usage	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Situation familiale			
Adresse			
Téléphone		E-mail	
Présence d'enfants à charge	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, nombre :	Âges	

3. ÉLÉMENTS DE LA SITUATION AMENANT LA TRANSMISSION AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

a) Faits ou commémoratifs :
La personne déclare avoir été victime le (date ou période de temps) _____ à (lieu) _____
de : « _____ _____

Annexe 3 : HAS : Outil d'aide au repérage des violences conjugales

Outil d'aide au repérage des violences conjugales

Novembre 2022

Médecins généralistes, vous jouez un rôle-clé dans le **repérage des violences**. Pensez à **dépister toutes vos patientes** pour savoir si elles ont vécu ou vivent des violences conjugales, même en l'absence de signe d'alerte.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Consultez
la recommandation



Pourquoi dépister ?

- **Vos patientes sont concernées :**
sur 10 patientes vues, 3 à 4 femmes pourraient être victimes de violences conjugales¹.
- En tant que médecin généraliste **vous êtes les interlocuteurs privilégiés des femmes** et les premiers acteurs à qui elles s'adressent, avant les forces de l'ordre et les associations².
- **Le dépistage systématique, ça marche :**
vous avez 3 fois plus de chances de dépister des violences en posant directement la question³.
- **Les violences constituent un risque pour la santé des femmes** qui doit être évalué de manière systématique, indépendamment du milieu social.

Quand et comment dépister ?

Questionnez toutes vos patientes lors de l'anamnèse comme vous le faites pour les antécédents médicaux ou la consommation de tabac. **N'hésitez pas à reposer la question ultérieurement** en cas de grossesse ou de séparation.



Aborder le sujet peut vous paraître difficile. Vous pouvez **poser la question en vous aidant des exemples suivants** ou en les reformulant avec vos propres mots :

- comment ça se passe à la maison/avec votre partenaire ?
- pensez-vous avoir subi des violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ?

8 femmes sur 10 pensent qu'il est normal d'aborder ces questions avec son médecin⁴.

Pour normaliser le sujet, vous pouvez **préciser que vous abordez cette question avec toutes vos patientes**.

La prise de conscience et le départ définitif d'une victime découlent d'un long cheminement. Respectez le rythme de la patiente et ne vous découragez pas !

Que faire en cas de violences ?

- **Écouter votre patiente de manière bienveillante**, lui rappeler qu'elle n'est pas seule, que les faits de violences sont punis par la loi et qu'elle peut porter plainte.
- **Compléter le dossier médical avec vos observations**. Proposer si besoin un 2^e rendez-vous pour en reparler.
- **Proposer un accompagnement à votre patiente**, sans la presser à prendre une décision immédiate.

Proposer un accompagnement :

Médical/psychologique

- **15** : Urgences médicales (SAMU)
- **114** : Urgences par sms (sourds et malentendants)
- Unité médico-judiciaire
- Psychologue, psychiatre
- Pédiatre (si enfants présents)

Social

- **115** : Hébergement d'urgence
- **3919** : Violences Femmes Info
- Associations locales : arretonslesviolences.gouv.fr

Judiciaire/juridique

- **17** : Gendarmerie, police
- Accès au droit et informations juridiques : fncidff.info



Si vous avez besoin d'aide, appelez le **3919**, une ligne est dédiée aux professionnels de santé.

Et pour plus de ressources, consultez arretonslesviolences.gouv.fr, decliviolence.fr ou le [vade-mecum sur le secret médical](#) (ministère de la Justice).

1. decliviolences.fr 2. Haute Autorité de Santé (2019). Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Argumentaire scientifique. Saint-Denis La Plaine. 3. O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane database of systematic reviews.(7). 4. Palisse, M. (2013). Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Médecine humaine et pathologie.

Annexe 4 : Woman Abused Screening Tool (WAST)

Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

<p>1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?</p> <p>Très tendue Assez tendue Sans tension</p>	<p>0 1 2</p>
<p>2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?</p> <p>Très difficilement Assez difficilement Sans difficulté</p>	<p>0 1 2</p>
<p>3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?</p> <p>Souvent Parfois Jamais</p>	<p>0 1 2</p>
<p>4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée ?</p> <p>Souvent Parfois Jamais</p>	<p>0 1 2</p>
<p>5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?</p> <p>Souvent Parfois Jamais</p>	<p>0 1 2</p>
<p>6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?</p> <p>Souvent Parfois Jamais</p>	<p>0 1 2</p>
<p>7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?</p> <p>Souvent Parfois Jamais</p>	<p>0 1 2</p>
<p>8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?</p> <p>Souvent Parfois Jamais</p>	<p>0 1 2</p>
<p>Un score total ≥ 5 identifie une femme comme victime potentielle de violences conjugales</p>	<p>.../16</p>

Annexe 5 : Mail de recrutement des participants

Bonjour,

Je m'appelle Maé LE CAM, actuellement remplaçante en médecine générale dans le département des Hautes Pyrénées. Je réalise une thèse portant sur **les violences envers les femmes au sein du couple et leur impact sur les enfants**, sous la direction du Dr Guenaëlle Mesthé.

Je souhaite déterminer si les médecins des Hautes Pyrénées jugent acceptable d'ajouter, dans le carnet de santé, 2 questions à l'examen de surveillance du nourrisson. Ces deux questions sont issues du questionnaire WAST utilisé pour le dépistage des violences conjugales :

1. En général, comment décririez-vous votre relation de couple ?
 - a. très tendue
 - b. quelque peu tendue
 - c. aucune tension
2. Quand il y a une dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec... ? :
 - a. beaucoup de difficultés
 - b. une certaine difficulté
 - c. aucune difficulté

Les réponses « très tendue » ou « beaucoup de difficultés » font suspecter une situation de violence conjugale. S'il le souhaite l'examineur peut poursuivre son interrogatoire avec la version complète du WAST (en annexe).

Je vous invite à poser ces 2 questions lors de tout examen de suivi de nourrissons âgés de 1 à 6 mois sur une période de 2 semaines consécutives de consultations à votre cabinet. Les informations que vous recueillerez ainsi qu'une éventuelle prise en charge restent à votre discrétion.

Critères d'inclusion des sujets :

- Consultation de suivi et prévention du nourrisson
- De 1 à 5 mois révolus
- Mère présente à la consultation
- Mère actuellement en couple, que le conjoint soit ou non le parent de l'enfant

Critères d'exclusion :

- Consultation « aigüe » ou hors suivi systématique
- Mère ne comprenant pas le français

A l'issue de ces 2 semaines, je vous adresserai un questionnaire (3 minutes) pour recueillir vos impressions quant à cette démarche et évaluer votre niveau d'aise à la réalisation du questionnaire. **Toutes vos réponses sont précieuses pour moi, même si vous n'avez que peu (ou pas) mis en pratique le questionnaire.**

Vous trouverez en pièce en jointe le questionnaire WAST complet, ainsi qu'un guide des réseaux locaux d'aide à la prise en charge des victimes de violences.

Je suis disponible par mail pour répondre à toutes vos questions, merci de votre participation et à bientôt,

Maé LE CAM

Annexe 6 : Fiche « Ressources et outils »

Outils numériques :

- **de clic violence.fr** : aide au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale
- **arretonslesviolences.gouv** : kits de formation téléchargeables

Numéros utiles :

- Stop Violences conjugales : **3919**
- Hébergement d'urgence : **115**
- Service National d'Accueil Téléphonique pour l'enfance en Danger : **119**

Contacts locaux :

- Associations d'aide aux victimes de violences conjugales et services départementaux :
 - o Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF 65). Permanence à Tarbes, Lourdes, Vic en Bigorre, Lannemezan et Bagnères de Bigorre : **05.62.93.27.70**
 - o Protection Maternelle et Infantile (PMI) Tarbes : **05 62 56 74 42**
 - o France Victimes 65 : **05.62.51.98.58**
- Hébergement d'urgence :
 - o SIAO Tarbes : **05.62.90.38.59** (24h/24 et 7j/7)
 - o Association Albert Peyriguère à Odos : **05.62.45.02.44**
- Services judiciaires :
 - o Conseil Départemental de l'Accès aux Droits (CDAD Tarbes) : **05.62.34.96.73**
 - o Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) Tarbes : **05.62.56.51.31 / 06.02.10.40.22**

Annexe 7 : Questionnaire de recherche

1. Vous êtes...

Médecin généraliste installé
Médecin généraliste remplaçant
Médecin de PMI

2. A quelle fréquence rencontrez-vous des situations de violences conjugales ?

Jamais
Une fois par an
Une fois tous les 6 mois
Une fois tous les 3 mois
Une fois tous les mois
Plus d'une fois par mois

3. Quel type de dépistage pratiquez-vous habituellement ?

Un dépistage systématique (lors de la première consultation, lors de la déclaration de grossesse...)
Un dépistage « ciblé » en présence de certains signaux d'alerte (symptômes évocateurs, situation de précarité...)
Vous ne recherchez pas de situation de violence si la patiente ne l'évoque pas.
Autre, précisez :

4. Comment abordez-vous le sujet des violences avec vos patientes? (plusieurs réponses possibles)

Par une question ouverte (ex : comment ça se passe à la maison ?)
Par une question fermée (ex : subissez-vous des violences ?)
En utilisant un outil de dépistage standardisé (questionnaire hétéro ou auto-administré)
Via des affiches/prospectus en salle d'attente ou remis directement à la patiente
Je n'aborde pas le sujet
Autre, précisez :

5. Quels sont pour vous les 2 principaux freins au dépistage ?

- Le manque de temps pendant la consultation
- La peur d'être intrusif
- Le manque d'aise pour évoquer le sujet
- Un sentiment d'impuissance face à l'ambivalence de la patiente
- Le manque de formation
- Le manque d'un outil validé sur lequel s'appuyer
- Une méconnaissance du réseau local
- La peur des représailles pour vous ou votre patiente

6. D'après vous, la consultation de suivi du nourrisson est-elle un moment propice pour aborder le thème des violences intrafamiliales ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

7. Pensez-vous que le carnet de santé soit un bon support pour faire passer des messages de prévention aux parents ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

8. Lors de ces 4 semaines, avez-vous réalisé le dépistage

- Plus de 8 fois
- Entre 4 et 8 fois
- Entre 1 et 4 fois
- Jamais

9. Vous êtes-vous senti à l'aise pour poser ces 2 questions lors de la consultation du nourrisson ?

- Pas du tout à l'aise
- Plutôt mal à l'aise
- Plutôt à l'aise
- Très à l'aise

10. Quels obstacles avez-vous pu identifier ?

Le manque de confidentialité du carnet de santé
Le manque de temps dans la consultation du nourrisson
La présence du père lors de la consultation
Les questions vous ont paru trop intrusives
Les questions ont été perçues comme intrusives par les patients
Difficulté à proposer une prise en charge adaptée aux femmes dépistées
Autre, précisez :

11. Selon vous, quels sont les avantages de ce questionnaire ?

Le dépistage est rapide
Le support écrit permet d'aborder un sujet délicat plus facilement
Inséré au carnet de santé, il peut être auto-réalisé par la patiente en amont de la consultation
Les questions sont peu intrusives
Le dépistage peut être réalisé par un soignant même non formé à la prise en charge des violences conjugales
Il permet de sensibiliser les patientes à l'impact des violences sur elles et leur enfant
Autre, précisez :

12. Seriez-vous favorable à l'ajout de ces 2 questions à la page « examen au cours du 4^e mois » dans le carnet de santé ?

Tout à fait d'accord
Plutôt d'accord
Plutôt pas d'accord
Pas du tout d'accord

13. Pensez-vous que l'ajout d'un encadré rappelant que les enfants sont co-victimes des violences conjugales soit pertinent ?

Oui
Non

AUTEUR : Maé LE CAM

TITRE : Dépistage systématique des violences conjugales au cours du suivi médical du nourrisson : enquête d'acceptabilité auprès des médecins généralistes et de PMI des Hautes-Pyrénées.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Guenaëlle MESTHÉ

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Médecine de Toulouse Purpan, le 14 mars 2023.

Contexte : La violence conjugale concerne 1 femme sur 10 en France et a une incidence majeure sur leur santé et celle de leurs enfants. La HAS recommande aux médecins généralistes de dépister la violence conjugale auprès de toutes leurs patientes, et particulièrement durant la période périnatale. Afin de faciliter cette pratique, notre étude propose d'intégrer le questionnaire WAST-short, outil de repérage des violences conjugales, à l'examen de surveillance médicale au 4e mois du nourrisson.

Objectifs : Déterminer l'acceptabilité par les médecins généralistes et de PMI d'un dépistage systématique des violences conjugales au cours de la consultation de suivi médical du nourrisson et spécifier la place du carnet de santé dans cette démarche.

Matériels et méthode : Étude quantitative transversale descriptive et prospective à partir de questionnaires anonymes recueillis entre septembre et novembre 2022 auprès des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées.

Résultats : 83% des médecins interrogés estiment que la consultation de suivi du nourrisson est un moment propice au repérage des violences conjugales. Les médecins sont à l'aise avec les questions du WAST-short. Ce protocole de dépistage permet de sensibiliser les patients à l'impact des violences sur l'enfant, en revanche il n'est pas réalisable systématiquement en raison de la présence du conjoint à la consultation. 88% des médecins de l'étude jugent pertinent d'ajouter une information sur la violence conjugale dans le carnet de santé et 78% sont favorables à l'ajout du WAST-short à l'examen du 4^e mois.

Conclusion : Le dépistage des violences conjugales grâce à l'outil WAST-short lors de la consultation de suivi du nourrisson est acceptable et pertinent. La prochaine mise à jour du carnet de santé pourrait intégrer une information sur la violence conjugale et son impact sur le développement du nourrisson.

Title : General practitioners' perceptions of asking about intimate partner violence during infants' routine checkup: a prospective survey.

Background : Intimate partner violence (IPV) is frequent amongst primary care patients and has long-term health consequences for women and their children. The postpartum period is considered a time of increased risk of IPV for mothers. General practitioners should screen for IPV but there are many difficulties which hamper the implementation of a routine enquiry protocol. This study investigates a domestic violence assessment protocol during infants' 4-month checkup, using the WAST-short tool.

Objectives : To assess general practitioners' perceptions after asking about IPV during infants' routine checkup and to examine whether the WAST-short could be included into the child's health booklet.

Methods : This is a prospective study conducted in a primary care setting in Hautes-Pyrénées. Data were collected through self-completed questionnaires, following the implementation of the protocol over a 4-week period.

Results : 83% of the participants thought the infants' routine checkup is an appropriate setting to screen for IPV. Physicians were comfortable administering the WAST-short. This screening method conveys the idea that IPV has health consequences on children. But the partner's presence at the interview was an issue for the participants. 88% of the physicians find appropriate to add information about IPV in the child's health booklet and 78% are in favor of including the WAST-short to the infants' 4-month checkup.

Conclusions : Screening for IPV during the infants' routine checkup using the WAST-short questionnaire is relevant. The child's health booklet is an appropriate medium to enlighten families about IPV's consequences on children's development and health.

Mots-clés : violences conjugales, dépistage, santé de la femme, suivi médical du nourrisson, WAST-short

Mesh-terms : intimate partner violence, screening, women's health, infant's routine checkup, WAST-short

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE
