

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2010-2011

N° 39

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

Diplôme d'Etat

Par

*Madame HASSAN-ABDALLAH Sahar, Wafa MOUBINE
Née le 23 avril 1981 à Djeddah en Arabie Saoudite*

Présentée et soutenue publiquement le 21 juin 2011

Violences conjugales. Enquête en médecine générale.
Proposition d'un test de dépistage

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur CAMUS Vincent
Membres du jury : Monsieur le Professeur LANSAC Jacques,
Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne Marie,
Monsieur le Professeur CHANDENIER Jacques,
Monsieur le Docteur GIRARD Jean-Jacques,
Madame le Docteur SAINT-MARTIN Pauline

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERAL

Monsieur Patrick HOARAU

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Jacques LANSAC
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LAUGIER
G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN - J. MOLINE
Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA -
Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT
B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	AUTRET Alain	Neurologie
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BESNARD Jean-Claude	Biophysique et Médecine nucléaire
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques

LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEMARIE Etienne	Pneumologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
MAILLOT François	Médecine Interne
MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
NIVET Hubert	Néphrologie
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
ROBERT Michel	Chirurgie Infantile
ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	HUAS Dominique	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
MM.	POTIER Alain	Médecine Générale
	TEIXEIRA Mauro	Immunologie

PROFESSEUR détaché auprès de l'Ambassade de France à Washington pour exercer les fonctions de Conseiller pour les affaires sociales

M.	DRUCKER Jacques	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention
----	-----------------	--

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBELLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
Mlle	BLECHET Claire	Anatomie et Cytologie pathologiques
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
Mmes	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
	BRECHOT Marie-Claude	Biochimie et Biologie moléculaire
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DUONG Thanh Hai	Parasitologie et Mycologie
Mmes	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie , transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie

M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mme	MICHEL-ADDE Christine	Pédiatrie
M.M	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
Mme	VALAT Chantal	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M.M.	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE

M	DIABANGOUAYA Célestin	Anglais
---	-----------------------	---------

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
M.	MALLET Donatien	Praticien Hospitalier.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

À mes parents qui ont toujours été à mes côtés.

À mon grand frère, sans qui après l'aide de Dieu, je n'aurais pas pu faire grand-chose.

À ma grande sœur, qui a toujours été un modèle pour moi.

À mon mari, qui m'a toujours encouragé.

À ma petite sœur Itihal, pour son soutien.

À mes enfants, sans qui ça aurait été trop facile.

À tous les médecins qui m'ont permis de faire l'étude dans leur cabinet.

Au CNDFF qui m'a conseillé et aidé.

Aux Docteurs Bourreau et Osterreicher pour leurs conseils et leurs disponibilités.

Aux Docteurs Boissinot et Girard.

Au Professeur Meyer de l'HEGP qui m'a marqué par sa pédagogie, sa disponibilité, son savoir-faire, ses connaissances

RÉSUMÉ

Introduction

En France, une femme sur dix subit des violences conjugales. Celles-ci retentissent sur leur santé.

Il apparaît que le médecin préfère rester distant face à ce type de violence. Une des raisons qui l'empêche d'aborder le sujet est de ne pas connaître la population cible qu'il faut interroger.

L'objectif de cette thèse est de déterminer les problèmes médico-sociaux dont les femmes violentées souffrent le plus afin de proposer un test de dépistage des violences conjugales.

Méthode

Dans ce but, un questionnaire a été soumis à 155 patientes de 18 à 60 ans consultant en médecine générale, en Indre et Loire, de décembre 2010 à mars 2011. Ce questionnaire permet d'évaluer la précarité, les problèmes de santé de la patiente comme de ses enfants et les violences dont elle a été ou non l'objet. Les résultats observés chez les femmes violentées ont été comparés à ceux relevés chez celles n'ayant pas signalé de violences.

Résultats

Une patiente sur dix subit des violences conjugales psychologiques et une sur trente des violences physiques.

Les huit items principaux ($p < 0.05$) sont myalgies sans cause retrouvée, sensation de faiblesse dans certaines parties du corps, insomnie due aux soucis, manque de concentration, sentiment de ne pas être heureuse, auto-dévalorisation, pyrosis, nombre important de plaintes (plus de 6).

Conclusion

Plus les femmes expriment ces plaintes, plus elles sont susceptibles d'être soumises à des violences et plus le questionnement direct sur ce sujet devient nécessaire.

L'étude d'un plus grand nombre de consultantes serait souhaitable, dans le but de valider un test fondé sur les huit items précités.

Mots Clés : Violence conjugale, Violence psychologique, Médecine Générale, Dépistage, Prévention, Etude statistique, Santé publique.

ABSTRACT

Background

In France one woman out of ten suffers from intimate partner violence (IPV), and this has great effect on her health.

Many practitioners prefer to stay away from that kind of violence. One of the reasons for that is that there is nothing that clearly identifies women suffering from IPV, so they do not know with which patients IPV should be discussed.

The objective of this study is to determine the socio-medical problems of which IPV affected women suffer the most. This would allow the creation of a screening test for IPV based on the presence or non presence of these problems.

Methods

A survey was submitted to 155 patients with ages from 18 to 60 years, which came for a general practitioner visit in Indre et Loire, France, from December 2010 to March 2011. Patients were asked about their family situation, standard of living, health problems, children problems, and if they have ever been subject to IPV. Responses of women suffering from IPV were then compared to the responses of those who do not suffer from IPV.

Results

One patient out of 10 suffers from psychological IPV, and one out of 30 suffers from physical IPV.

The eight main items with $p < 0.05$ are muscle pain, weakness, insomnia, problem concentrating, feeling not happy, self-depreciation, pyrosis, large number of complaints (more than 6).

Conclusion

The more patients report these problems, the higher the chance that they suffer from IPV and the more it becomes necessary for practitioners to ask about this problem. A study with a larger number of patients is needed to validate a screening test based on the eight items identified.

Keywords: Intimate partner Violence, Psychological Violence, General Practitioner, Medical screening, Statistical study, Public health.

SOMMAIRE

Résumé	8
Abstract.....	9
Sommaire.....	10
Introduction	12
Introduction générale	13
A. Définition et prévalence des violences conjugales.....	13
B. Les conséquences sur la santé	13
C. Le rôle des professionnels de santé	14
D. Le dépistage	14
Méthodologie	16
A. Conduite de l'étude	16
B. Méthode.....	16
1. <i>Les patientes</i>	16
2. <i>Le choix des médecins</i>	16
3. <i>Le questionnaire</i>	17
C. Analyses statistiques	18
Résultats	18
A. Participation à l'étude	18
1. <i>Les médecins</i>	18
2. <i>Les patientes</i>	18
B. Violences psychologiques	19
C. Violences physiques	24
D. Violences sexuelles.....	25
E. Violences conjugales subies il y a plus de 12 mois	25
F. Violences conjugales des parents	26
G. Violences subies dans l'enfance.....	26

Discussion	28
A. Les Biais	28
1. <i>Biais de sélection des médecins</i>	28
2. <i>Biais de sélection des femmes</i>	28
3. <i>Biais dû aux réponses inexactes</i>	29
B. Analyse des données.	29
1. <i>Violences psychologiques</i>	29
a) Epidémiologie.....	29
b) Age.....	29
c) Niveau social.....	30
d) Motifs de consultation	30
e) Signes psychologiques rencontrés dans l'année écoulée.....	30
f) Signes physiques rencontrés dans l'année écoulée.....	31
g) Santé des enfants	31
h) Autres violences subies actuellement.....	32
i) Violences subies auparavant.....	32
2. <i>Violences physiques et sexuelles</i>	32
3. <i>Violences conjugales subies il y a plus de douze mois</i>	33
4. <i>Violences dans l'enfance</i>	33
C. Proposition d'un test de dépistage	33
Conclusion.....	36
Bibliographie	37
Annexes	40
<i>Annexe 1</i>	40
- Questionnaire sur la santé des femmes entre 18 et 60 ans en Indre et Loire.	40

INTRODUCTION

En France, une femme sur dix subit des violences conjugales. Le premier intervenant extérieur est dans 24% des cas, le médecin¹. Par ailleurs, un grand nombre de femmes violentées aimeraient en discuter avec leur généraliste mais n'osent pas aborder le sujet. Elles souhaiteraient que celui-ci leur pose la question.²

Il est vrai qu'en médecine générale, nous connaissons bien les patients et nous suspectons plus ou moins facilement les violences que certaines femmes subissent. Quelques-unes peuvent nous le signaler spontanément. Nous l'évoquons lorsqu'à l'examen nous constatons de nombreux hématomes ou ecchymoses d'âges et de localisations différents. Mais qu'en est-il de ces patientes violentées qui somatisent par des lombalgies chroniques, des troubles gynécologiques ou psychologiques ? Comment dépister les patientes qui ont une maladie chronique déséquilibrée par la difficulté d'adhérer à un traitement en raison de la menace quotidienne qu'elles vivent ?

Comment aider ces femmes qui voudraient se confier au médecin mais ne le font pas car elles se sentent coupables et ont perdu toute estime d'elles-mêmes ?

Pour répondre à cela, le rapport Henrion au ministère de la santé en 2001 propose d'interroger les patientes au moindre soupçon.⁵

L'objectif de cette thèse est de déterminer les critères médico-sociaux retrouvés plus souvent chez les femmes violentées que chez les autres consultantes en médecine générale, afin de créer un test permettant de mieux identifier la population susceptible d'être violentée.

Pour répondre à ces interrogations, j'ai soumis un questionnaire à des patientes consultant en médecine générale. Ce questionnaire permet d'évaluer la précarité, les problèmes de santé que la patiente a rencontrés dans les douze mois précédents, la santé de ses enfants et enfin, la violence conjugale qu'elle a subie ou non dans sa vie.

INTRODUCTION GENERALE

A. Définition et prévalence des violences conjugales

Les violences conjugales sont définies sur le site exposant les violences conjugales aux professionnels de santé, par toutes les formes de violences utilisées par le partenaire ou ex-partenaire dans un but de destruction et de contrôle permanent.

L'ex-compagnon est pris en compte dans cette définition car on sait que la violence s'amplifie lors de la rupture conjugale. En effet, l'agresseur s'aperçoit qu'il perd le contrôle et essaie de dominer à nouveau sa partenaire, quels que soient les moyens utilisés.¹

L'enquête nationale sur les violences envers les femmes (ENVEFF) a révélé que 9% des Françaises sont victimes de violences conjugales. En Ile de France, elles sont entre 10.9 et 17.9% selon les études.^{1,5}

Selon l'OMS, 90 à 95% des violences conjugales sont le fait de l'homme.⁶

Il existe différents types de violences conjugales: la violence psychologique, physique et sexuelle. Par violence psychologique, on entend les insultes, humiliations, chantage, mais également les pressions économiques avec parfois retrait des moyens de paiement, l'isolement social par interdiction d'avoir le moindre contact extérieur, la privation des papiers administratifs (pièce d'identité, permis de conduire).⁷ Les violences conjugales répondent toujours à un cycle vicieux avec une répétition d'épisodes de violences puis d'accalmies, les périodes de « lune de miel » devenant de plus en plus courtes et les périodes de « tempêtes » de plus en plus intenses. Au fil des années, on peut parfois constater un passage de la violence psychologique à la violence physique et sexuelle. Dans la majorité des cas les différents types de violence sont intriqués les uns aux autres.^{1,5,7}

B. Les conséquences sur la santé

Selon l'OMS, les femmes victimes de violence perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé.⁷

Les conséquences sur la santé sont multiples. Les études sur cette question se sont principalement focalisées sur les séquelles dues aux violences conjugales physiques. Les femmes violentées subissent des traumatismes à type de plaies, contusions, brûlures, fractures.^{6,7,8} Les problèmes gynécologiques à type de dyspareunie ou douleurs pelviennes chroniques⁹, les infections génito-urinaires sont fréquents.¹⁰ Leurs grossesses sont souvent difficiles. En effet, les violences se majorent lors de celles-ci.¹¹ Ceci peut provoquer des fausses couches, des accouchements prématurés, un retard de croissance in utero. Les interruptions volontaires de grossesse sont également nombreuses.⁹ Elles ont également des troubles abdominaux plus fréquents.¹² Elles peuvent avoir des troubles psychologiques: anxiété, syndrome post-traumatique¹³, troubles du sommeil, de l'alimentation, dépression.^{6,7,14} Elles présentent parfois des conduites addictives.¹⁵ Si elles ont des pathologies chroniques, il arrive qu'elles soient aggravées ou déséquilibrées.^{7,14}

Elles recourent plus fréquemment aux urgences médicales, traumatiques et psychiatriques que des femmes du même âge. Et, ceci reste vrai jusqu'à au moins cinq ans après la rupture finale avec les violences subies.¹⁶

La santé des enfants témoins de ces violences n'est pas épargnée. On relève des troubles du sommeil, de l'alimentation,¹⁷ un stress post-traumatique,¹⁸ un retard staturo-pondéral, des troubles sphinctériens, un retard scolaire, un comportement agressif.^{19, 20}

C. Le rôle des professionnels de santé

Selon le rapport Henrion, les professionnels de santé doivent procéder à un dépistage au moindre soupçon. Ils ont un rôle d'écoute, d'informations et d'orientation pour une prise en charge pluridisciplinaire. En effet, le médecin doit établir un certificat de coups et blessures, donner des conseils à la patiente. Pour optimiser l'aide fournie, il lui faut donner les adresses des différentes associations d'aide, juriste et psychologue, susceptibles d'aider la victime au fur et à mesure des démarches entreprises.

D. Le dépistage

Le dépistage systématique n'est plus préconisé même dans les pays anglo-saxons. En effet, les récentes revues de la littérature sur le sujet ont confirmé que le dépistage systématique permet plus de diagnostics positifs, mais sans permettre une amélioration de la prise en charge.^{21,22} Un dépistage ciblé sur une certaine population serait plus efficace. Mais, des études doivent être réalisées pour confirmer cette hypothèse.^{21,22}

Il serait intéressant de savoir quels sont les signes les plus fréquemment retrouvés chez les femmes violentées. Une étude américaine a permis de cerner neuf critères qui permettent de cibler la population la plus susceptible d'être violentée. Plus une patiente réponds à ces critères plus il est probable qu'elle soit victime de violence conjugale.²³ Cette étude, menée dans quatre centres de soins localisés dans des zones socio-économiques différentes de Baltimore a permis d'interroger 1952 femmes. 5 % d'entre elles avaient subi des violences conjugales physiques durant l'année précédant l'enquête. 32 % avaient été violentées dans leur vie. Les violences psychologiques n'ont pas été prises en compte. Les facteurs conduisant à évoquer des violences conjugales sont : l'âge inférieur ou égal à 35 ans, le fait de vivre seul (personnes séparées, divorcées ou célibataires), le fait de ne pas avoir de sécurité sociale, un score élevé dans les échelles d'évaluation de la dépression, de l'anxiété et de l'estime de soi, une addiction (notamment à l'alcool), des traumatismes (fracture, plaie profonde), de la diarrhée et des leucorrhées pathologiques.

Parmi les femmes présentant 5 de ces facteurs, 19% sont soumises à des violences conjugales. Quand 7 facteurs sont retrouvés, 70% sont violentées.

Ces facteurs sont intéressants mais ont leur limite dans une pratique courante de médecine générale en France. D'une part, le système de santé américain et le nôtre ne sont pas comparables. D'autre part, nous ne soumettons pas nos patientes aux différentes échelles psychiatriques susmentionnées dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Par ailleurs, ce test permet de dépister les femmes victimes de violences physiques et non de violences psychologiques. Hors, les femmes victimes de ces derniers sévices sont plus

nombreuses et plus difficiles à dépister. En effet, leurs conjoints exercent sur elles un contrôle psychologique tel, que souvent, elles ne s'aperçoivent pas qu'elles sont victimes et non coupables de la tension qui règne. Il serait intéressant de pouvoir déceler ces femmes.

Les objectifs de la thèse sont de connaître les différences cliniques significatives entre les femmes violentées et celles qui ne le sont pas. Ceci afin de déterminer quels signes peuvent nous faire suspecter une violence conjugale, au cours d'une consultation et de proposer un test de dépistage des femmes subissant des violences conjugales psychologiques.

METHODOLOGIE

A. Conduite de l'étude

De décembre 2010 à mars 2011, un questionnaire a été soumis en Indre et Loire, aux patientes venues consulter en médecine générale. Pour optimiser le taux de réponse, j'ai interrogé personnellement les patientes.

Le fait de soumettre un interrogatoire permet non seulement de mieux intercepter les femmes mais également de diminuer le nombre de fausses réponses. En effet, les femmes violentées se confient plus facilement lors d'un entretien avec une personne tierce que dans un auto-questionnaire.²⁴

Un interrogatoire de 10 minutes est proposé aux femmes dans une pièce isolée avant ou après la consultation avec le médecin.

Les femmes sont averties qu'une enquête se déroule dans leur cabinet par l'intermédiaire d'une affiche. Si le médecin est à l'heure, il demande à ses patientes de bien vouloir se soumettre à l'enquête, après la consultation. Si l'attente est longue, l'enquêtrice propose aux patientes de bien vouloir participer à l'étude.

B. Méthode

1. Les patientes

Les personnes incluses dans l'enquête sont les femmes de 18 à 60 ans comprenant le français et acceptant d'être interrogées seules. En effet, les femmes accompagnées de leur époux ou de leurs enfants en âge de comprendre devaient accepter d'être seules pour répondre à l'enquête. Les femmes ayant déjà répondu au questionnaire étaient exclus de l'enquête.

2. Le choix des médecins

Les médecins généralistes ont été choisis de manière randomisée parmi la liste des médecins généralistes d'Indre et Loire fournie par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Les médecins exclus sont les médecins chez lesquels j'avais déjà remplacé. Ceci toujours dans le souci du respect de la confidentialité.

25 médecins ont été sélectionnés de manière randomisée et proportionnelle à la zone d'activité et au sexe du médecin.

Un courrier explicatif puis un appel téléphonique ou un rendez-vous individuel avec le médecin était organisé pour optimiser les réponses favorables à l'étude.

Pour être inclus, les médecins devaient disposer dans leur cabinet d'une pièce indépendante. En effet, l'interrogatoire étant confidentiel les patientes devaient avoir un espace pour répondre librement aux questions.

3. Le questionnaire

Le questionnaire a été conçu à partir de la symptomatologie la plus souvent retrouvée chez les femmes violentées décrite en introduction. Il a été retravaillé avec la psychologue du Centre d'Information Des Femmes et des Familles (CIDFF) et les Docteurs Bourreau et Osterreicher, médecins du planning familial du centre hospitalier de Blois.

La première partie du questionnaire interroge sur l'âge, le statut marital et la notion de rupture conjugale récente (moins de 12 mois).

La deuxième partie évalue le niveau de précarité de la personne à l'aide du score EPICES. Les résultats sont exprimés en quintile. Le premier quintile regroupe les sujets avec les scores les plus faibles (absence de précarité) et le cinquième, les sujets avec les scores les plus élevés (précarité maximum). Les limites de définition des quintiles sont : 0 – 7,1 – 16,6 – 30,2 – 48,5 – 100.²⁵

La troisième partie concerne la santé. Elle interroge sur le ou les motifs de consultation. A cet effet, une liste des recours de consultations les plus fréquemment rencontrés en médecine générale^{26, 27} est proposée. Les problèmes médicaux rencontrés dans l'année sont ensuite listés. On s'attache ici aux symptômes dont les femmes violentées souffrent principalement. Y sont détaillés les problèmes organiques les plus souvent mis en évidence : les traumatismes et leurs séquelles, les problèmes gynécologiques, les problèmes abdominaux. Elles ont également été entendues sur les différentes douleurs persistantes ou récurrentes ressenties dans l'année écoulée.

A la fin de chacun de ces items, il leur est demandé si elles ont consulté pour ces maux et si la prise en charge médicale les a soulagées.

Leur état de santé mentale a été apprécié par le General Health Questionary à douze items (GHQ-12) et par quelques questions en rapport avec le stress post traumatique (PTSD) : cauchemars répétées et crises de panique. Ces deux derniers items constituent les troubles du PTSD les plus souvent présents chez les femmes violentées. Une question sur la prise de psychotropes et la fréquence des prises est posée. On interroge également sur les conduites addictives et sur les antécédents de tentatives de suicides.

La quatrième partie interroge sur l'état de santé des enfants mineurs habitant avec la personne enquêtée et leurs éventuelles difficultés scolaires.

La dernière partie s'intéresse aux violences subies. Pour la violence conjugale endurée il y a moins de douze mois, le questionnaire RICCPs a été utilisé. Il permet d'évaluer la violence psychologique, physique et sexuelle. Dans le RICCPs, la violence psychologique est divisée en 3 questions : le contrôle du conjoint, la peur qu'il suscite et les paroles injurieuses et humiliantes qu'il peut tenir. Deux réponses positives sur trois permettent de dire que la personne subit des violences psychologiques. Pour la violence physique et sexuelle des questions directes sont posées.⁵

Si la patiente a eu une rupture conjugale depuis moins d'un an les mêmes questions lui sont soumises par rapport à son ex-conjoint.

Si les femmes subissent des violences, on leur demande si elles en ont informé leur médecin, et si non, si elles auraient souhaité le faire.

On s'enquiert également de la violence conjugale subie il y a plus de douze mois, par une question unique. Enfin, on interroge sur l'enfance : si la personne a subi de la violence dans son enfance ou s'il y avait violence entre ses parents.

Un temps d'écoute est laissé à la patiente si elle est désireuse d'ajouter quelque chose à cet interrogatoire.

Avant de commencer l'enquête le questionnaire a été testé au CIDFF et sur deux jours en cabinet médical.

C. Analyses statistiques

Un tri croisé a été réalisé entre les résultats des femmes violentées et celles qui ne le sont pas.

Ce tri croisé est fait entre chaque type de violence et le reste du questionnaire.

La comparaison des résultats est basée sur le test du chi².

RESULTATS

A. Participation à l'étude

1. Les médecins

5 médecins sur les 25 sélectionnés ont été exclus car ils ne possédaient pas de pièce supplémentaire dans leur cabinet permettant de préserver la confidentialité de l'interrogatoire.

Sur les 20 médecins restant, seuls 6 médecins ont accepté de participer à l'étude. 7 refusaient de principe qu'une étude soit faite dans leur cabinet ; et 7 ne souhaitaient pas que leur patientes soient interrogées sur le thème de la violence conjugale.

Les 6 médecins participant ont une moyenne d'âge de 48 ans. Le groupe est constitué de 2 femmes et 4 hommes. Deux exercent à Joué-lès-Tours, une à Ballan Miré, un à Ligueuil, un à Bléré et un à Vouvray.

2. Les patientes

155 patientes ont accepté de répondre au questionnaire. 7 sont parties avant d'être invitées à participer à l'étude, médecin et enquêteur n'ayant pas prévenu la patiente. 13 ont refusé, principalement par manque de temps ou se sentant trop malade pour être interrogées. Parmi celles-ci deux étaient connues par leur médecin respectif pour subir des violences conjugales.

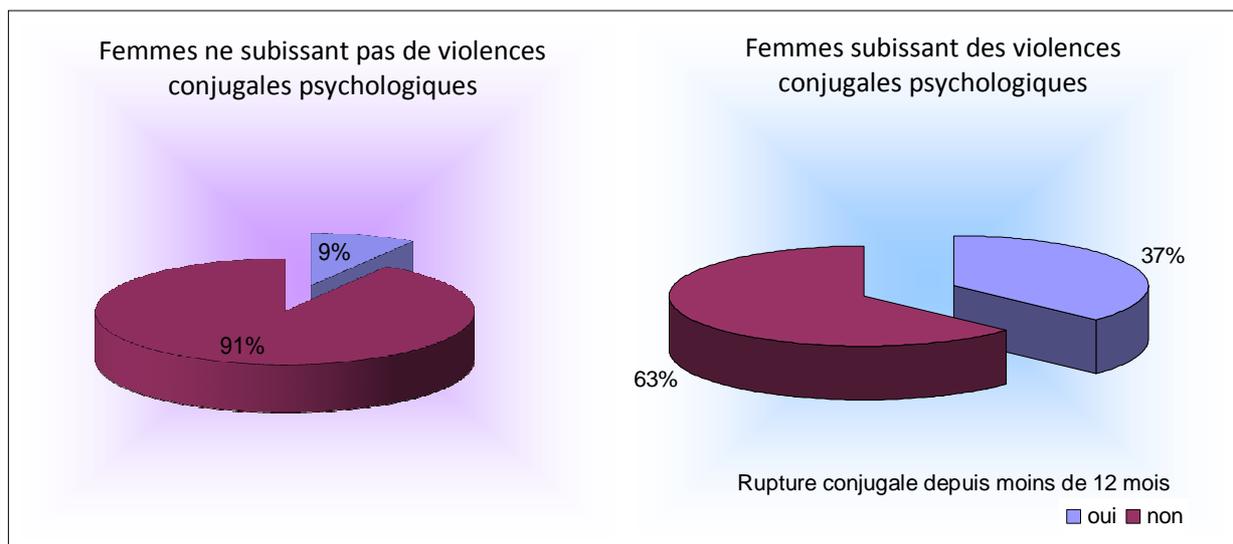
B. Violences psychologiques

Pour rappel, à 2 des 3 questions relatives au contrôle que peut avoir le conjoint, la peur qu'il peut susciter et enfin le sentiment d'humiliation que peut ressentir la femme au sein du une personne est considérée comme subissant des violences psychologiques si elle répond positivement couple.

16 femmes sur 155 subissent des violences conjugales psychologiques. Une patiente sur deux en a informé son médecin généraliste.

Chez 5 médecins sur 6 la moyenne est de 3 femmes violentées. Chez un seul des médecins aucune femme violentée n'a été répertoriée.

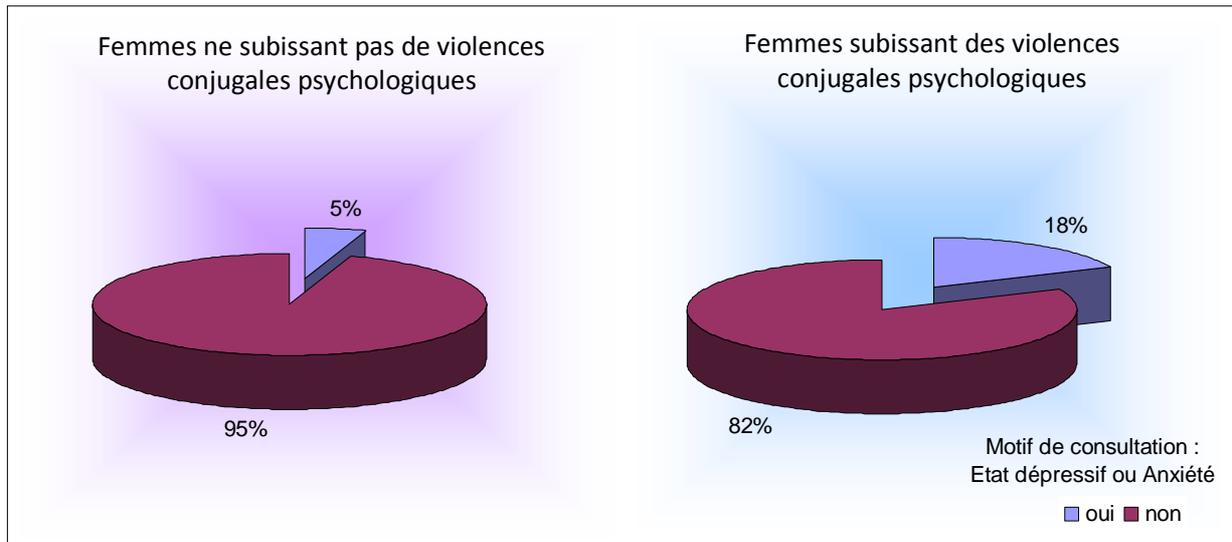
Leur tranche d'âge et situation de famille se superposent à celles des femmes non violentées. On note cependant que 37% des femmes violentées dans l'année ont eu une rupture conjugale depuis moins de douze mois versus 9% des femmes n'ayant pas subi de violences conjugales ($p < 0.05$)



Graphique 1 : Rupture conjugale et violences psychologiques

Le score EPICES place les femmes subissant les violences psychologiques au quatrième quintile, alors que celles qui ne les subissent pas sont au troisième.

Le motif de consultation est très variable. Cependant on peut noter que 18% des femmes violentées consultent pour dépression versus 5 % des femmes qui n'y sont pas soumises. Le p est de 0.05 mais l'échantillon est trop restreint pour que ce résultat soit significatif.



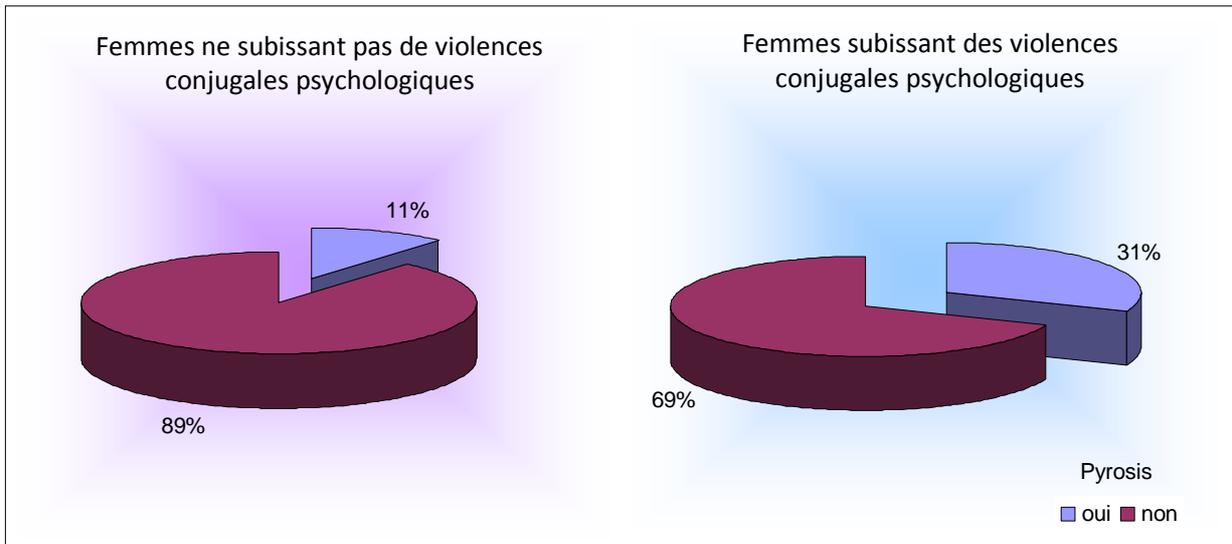
Graphique 2 : consultation pour état dépressif, anxiété et femmes soumises aux violences psychologiques.

Le nombre total de signes cliniques est plus important chez les femmes violentées. Si une femme présente au moins 6 signes différents la probabilité qu'elle soit violentée augmente. ($p=0.04$)

Les femmes ont subi très peu de traumatismes dans l'année écoulée qu'elles soient violentées ou non.

Au niveau gynécologique, on peut noter une augmentation des douleurs pelviennes (20 % des femmes violentées versus 7% de celles qui ne le sont pas ; $p = 0.1$), des infections vaginales plus fréquentes (20% contre 10% ; $p = 0.2$) mais l'échantillon étudié est trop petit pour que ce soit significatif.

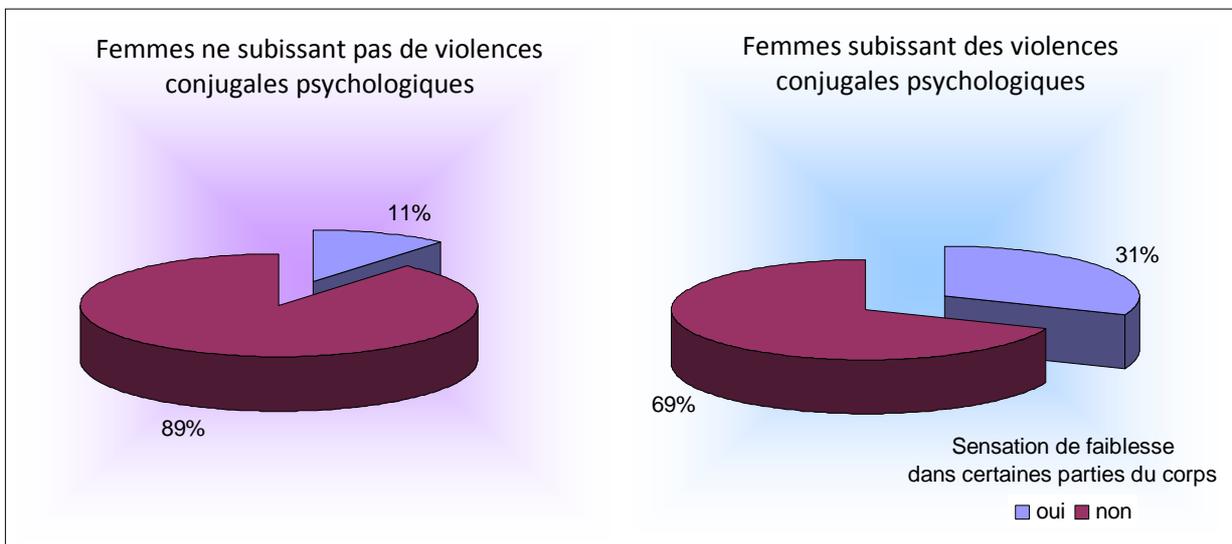
En ce qui concerne la gastro-entérologie, on note que le pyrosis s'observe chez 31% des femmes violentées contre 11% chez celles qui ne le sont pas. Ceci est significatif avec $p=0.02$. On constate également des dysphagies (18% versus 8% ; $p = 0.1$)



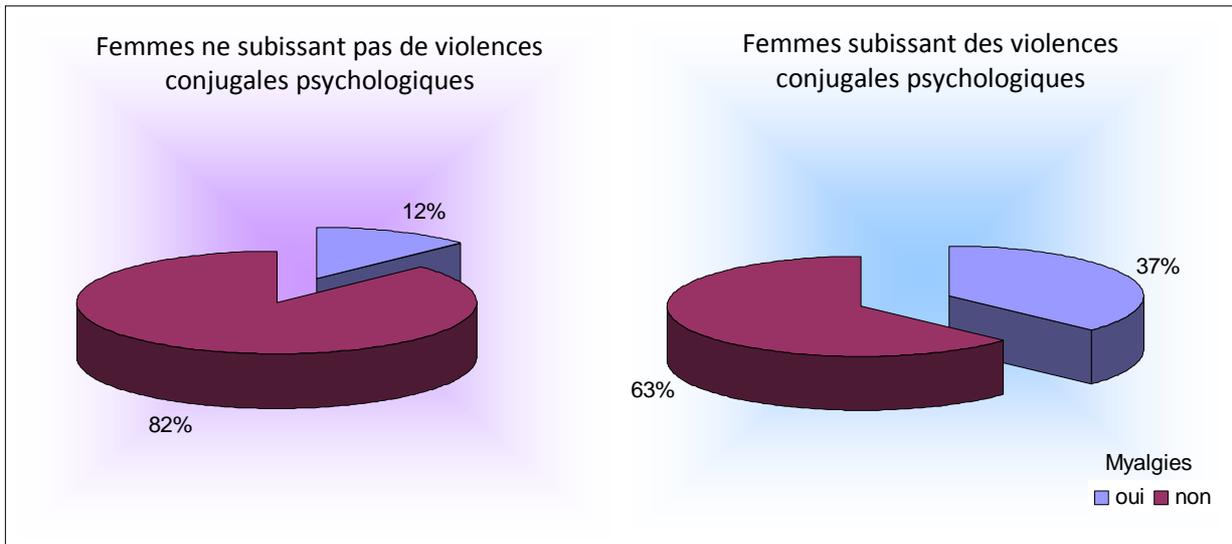
Graphique 3 : Pyrosis et violences psychologiques

Les femmes violentées ressentent également une faiblesse dans certaines parties du corps (31% versus 11%). Ce résultat est également significatif avec $p = 0.02$.

37% éprouvent des myalgies sans cause retrouvée versus 12% ($p = 0.007$).



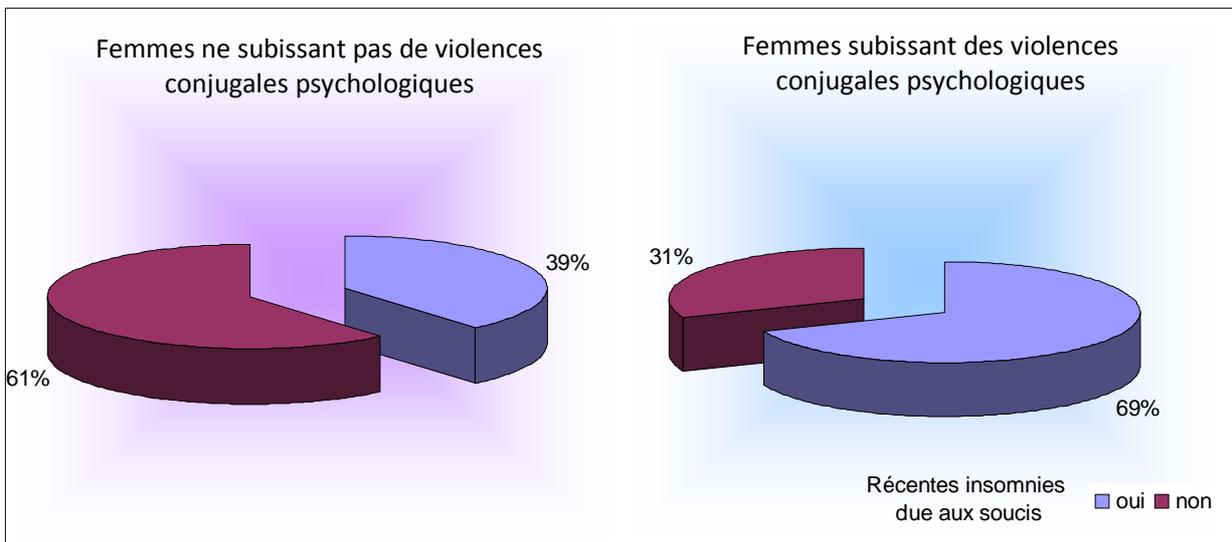
Graphique 4 : Sensation de faiblesse dans certaines parties du corps et violences psychologiques.



Graphique 5 : Myalgies persistantes inexplicées et violences psychologiques

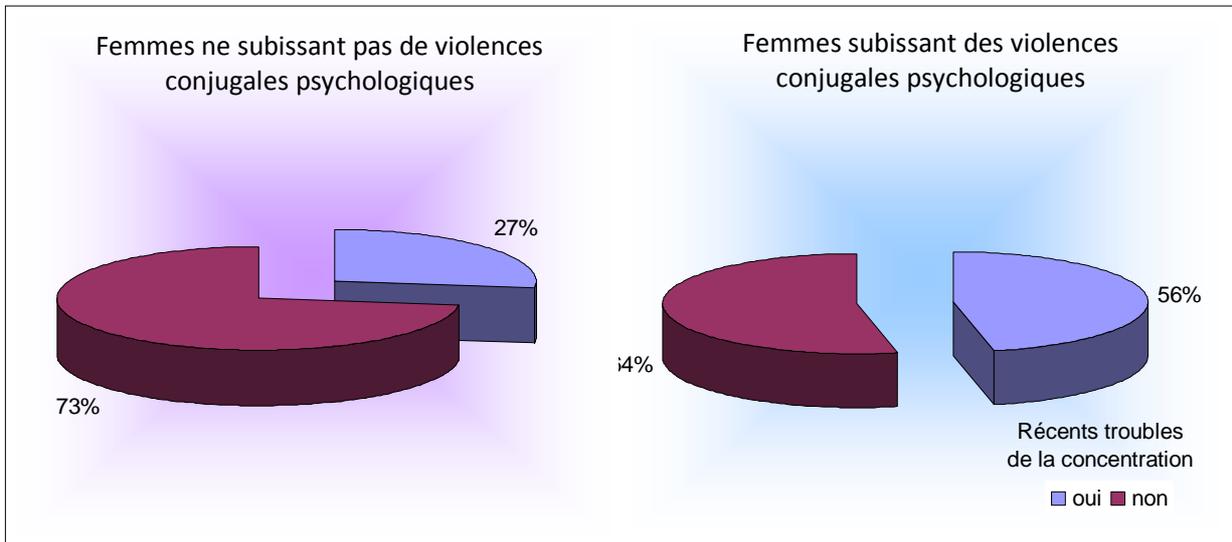
Le résultat du GHQ12 retrouve une moyenne de 4.5 pour les patientes violentées versus 2.5 pour celles qui ne le sont pas. On considère qu'un résultat supérieur à 3 atteste d'une souffrance psychologique.

Les femmes violentées disent manquer de sommeil à cause de leurs soucis (69% versus 39% ; $p=0,0001$)



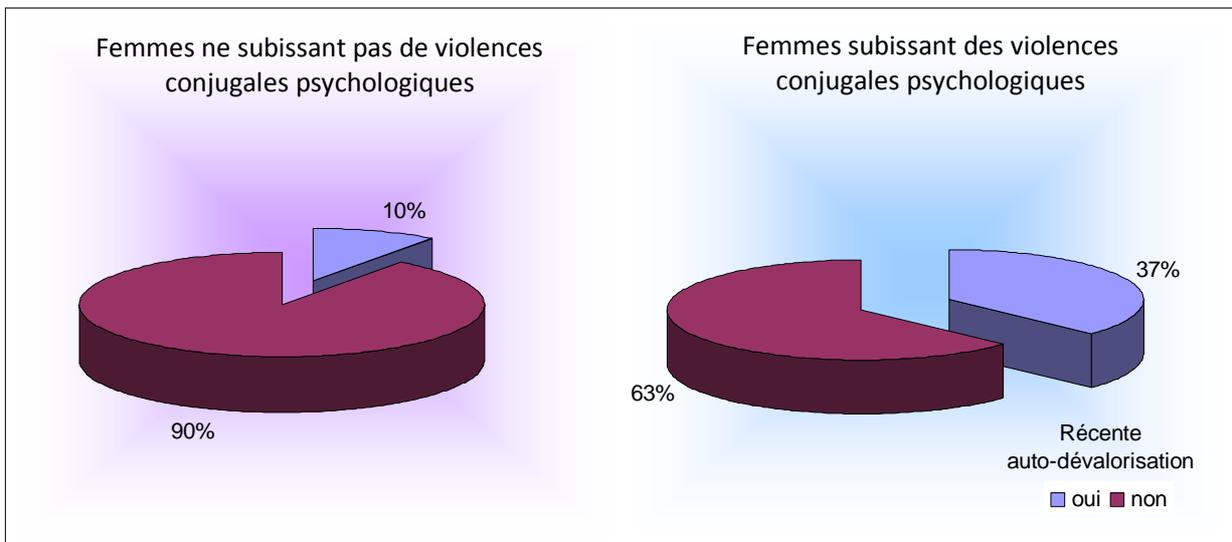
Graphique 6 : Insomnies récentes due aux soucis et violences psychologiques
non : pas du tout, pas plus que d'habitude ; *oui* : un peu plus que d'habitude, beaucoup plus que d'habitude

Elles éprouvent des difficultés de concentration (56% versus 27% ; $p = 0.01$).

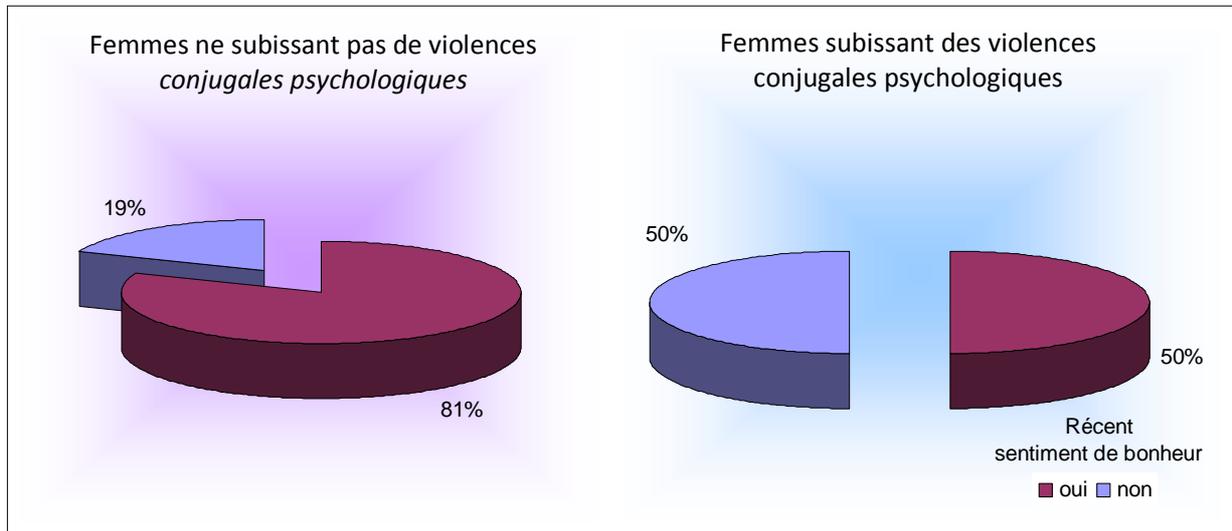


Graphique 7 : Troubles récents de la concentration et violences psychologiques
non : pas du tout, pas plus que d'habitude ; *oui* : un peu plus que d'habitude, beaucoup plus que d'habitude

Elles disent ne pas être heureuse (50% versus 19% ; $p = 0.04$) et elles pensent qu'elles ne valent rien (37% versus 10% ; $p = 0.01$)



Graphique 8 : Auto-dévalorisation récente et violences psychologiques
non : pas du tout, pas plus que d'habitude ; *oui* : un peu plus que d'habitude, beaucoup plus que d'habitude



Graphique 9 : Récent sentiment de bonheur et violences psychologiques
oui : plus que d'habitude, pas plus que d'habitude ; *non* : moins que d'habitude, beaucoup moins que d'habitude

43% d'entre elles font des crises de panique versus 23%. Mais ceci n'est pas significatif ($p = 0.08$).

Elles consomment des anxiolytiques, somnifères ou antidépresseurs de manière occasionnelle.

19% ont fait des tentatives de suicides dans leur vie contre 8% ($p=0.2$).

L'enquête ne révèle pas de pathologies chez les enfants.

37% d'entre elles subissent des violences physiques.

Seule une personne dit être victime de violences sexuelles. 37% des femmes violentées ont déjà subi des violences conjugales il y a plus de 12 mois contre 17% ($p=0.05$).

Trente et un pour cent ont été témoin des violences conjugales entre leurs parents versus 12% ($p = 0.03$).

Trente et un pour cent déclarent avoir été l'objet de violences dans leur enfance contre 5% ($p = 0.002$)

C. Violences physiques

Six femmes sur les 155 interrogées se plaignent de violences physiques depuis moins de 12 mois soit une patiente sur 30. Ce nombre est trop faible pour qu'on puisse obtenir des résultats significatifs.

Cependant, on peut constater de nombreuses divergences par rapport aux femmes non violentées.

50% des femmes violentées ont eu une rupture conjugale depuis moins de 12 mois.

Le score EPICES des femmes subissant des violences physiques se situe au 4^{ème} quintile contre le 3^{ème} chez les femmes non violentées.

33% d'entre elles consultent pour dépression (versus 6% des non violentées).

50% ont déjà eu recours aux interruptions volontaires de grossesse (versus 18%).

Elles souffrent très souvent de lombalgies (83% versus 39%) et sont nombreuses à faire des malaises (33% versus 15%)

Le score global du GHQ12 est de 5.5 versus 4.

100% d'entre elles manquent de sommeil à cause de leurs soucis. 83% se considèrent anxieuses (versus 48%).

66% d'entre elles disent ne pas pouvoir faire face à leurs problèmes versus 17%. 50 % se dévalorisent versus 10%. 50% disent ne pas être heureuses versus 20%.

Elles consomment des somnifères, anxiolytiques de manière occasionnelle (16% versus 4%)

50% d'entre elles ont une enfance marquée par la violence conjugale de leurs parents versus 14%. 33% ont subi des violences dans leur enfance versus 6%.

D. Violences sexuelles.

Une femme a affirmé subir des violences sexuelles. Le jour de l'interrogatoire elle a consulté pour prolonger l'arrêt de travail obtenu à cause d'une chute d'escaliers. Elle se plaint de douleurs multiples non soulagées malgré le traitement prescrit par son médecin. Elle fait de nombreux malaises et ressent une asthénie importante. Elle n'a pas informé son médecin traitant des sévices endurés et préfère ne pas lui en faire part, « pour l'instant ».

E. Violences conjugales subies il y a plus de 12 mois

30 femmes sur les 155 ont subi des violences conjugales il y a plus de 12 mois. Ceci représente 19% des patientes interrogées. Ces violences peuvent être physiques et/ou psychiques.

20% d'entre elles subissent actuellement des violences psychologiques (versus 8% $p = 0.05$)

24 femmes ont subi des violences conjugales il y a plus de douze mois et n'en subissent plus actuellement.

Afin qu'il n'y ait pas redondance des résultats, nous avons comparé les femmes victimes de violences conjugales il y a plus de douze mois et qui ne sont pas violentées aujourd'hui aux femmes n'ayant jamais été victimes de violence conjugale dans leur vie.

Le score EPICES est de 34 chez les femmes ayant subi des violences conjugales il y a plus de douze mois contre 19 pour celles qui n'en subissent pas et qui n'en ont jamais subi (quatrième quintile versus le troisième). On remarque également que 30% sont propriétaires de leur logement versus 54% ; $p = 0.01$ et 53% ont des difficultés financières versus 26% ; $p = 0.04$.

Toutes les femmes ayant subi des violences conjugales expriment une plainte ; si les plaintes sont supérieures ou égale à 4 elles sont susceptibles d'avoir cet antécédent. ($p = 0.01$)

Lorsqu'elles souffrent de céphalées, douleurs lombaires ou musculaires, elles consultent plus fréquemment le médecin que les autres femmes (81% versus 59% ; $p = 0.04$). Dans ce cas, elles prennent des antalgiques par elle-même ou patientent face à leurs douleurs.

29% font souvent des cauchemars contre 10 % ($p = 0.04$)

Il n'y a pas de différences significatives par rapport aux troubles gastro-intestinaux, gynécologiques ou traumatologiques. Le GHQ12 est similaire dans les deux groupes.

F. Violences conjugales des parents

22 femmes sur les 155 interrogées ont été témoin des violences conjugales de leurs parents.

La situation de famille et les différents items abordés par EPICES sont sensiblement identiques dans les deux populations.

Le motif de consultation le plus fréquent est ici aussi un état dépressif et anxiété (18% versus 5% $p = 0.02$) ;

On note la présence d'une diarrhée dans 40% versus 17% ($p = 0.02$).

31% d'entre elles ressentent une faiblesse versus 10 % ($p = 0.06$)

59% ont des lombalgies versus 39% des femmes n'ayant pas été témoin de violences de la part des parents ($p = 0.06$)

22% subissent actuellement une violence psychologique versus 8% ($p = 0.02$)

13% subissent des violences physiques.

G. Violences subies dans l'enfance.

12 patientes soit 7% ont été victimes de violences dans leur enfance.

Le motif de consultation est pour 33% d'entre elles la dépression versus 5% ($p = 0.0002$)

25% ont des douleurs pelviennes versus 7 % des patientes n'ayant pas été violentées dans l'enfance ($p = 0.04$)

41% souffrent de constipation versus 14% ($p = 0.01$) et 41 % se plaignent de pyrosis versus 11% ($p = 0.003$)

76% ont des céphalées versus 46% ($p = 0.05$)

41% ressentent une faiblesse dans certaines parties du corps. ($p = 0.003$)

66% manquent de sommeil à cause de leur soucis versus 40% ($p = 0.07$). 66% ne sont pas heureuses versus 17 % ($p = 0,00001$). 41% pensent qu'elles ne valent rien versus 10 % ($p = 0.001$). 33% ont fréquemment des cauchemars versus 11% ($p = 0.03$)

66% présentent des attaques de panique versus 22% ($p = 0.0007$)

Violences conjugales - Enquête en médecine générale - Proposition d'un test de dépistage

16% éprouvent la nécessité de diminuer leur consommation d'alcool versus 2% ($p = 0.01$). 41% ont déjà fait une tentative de suicide versus 5% (p proche de 0).

41% d'entre elles subissent des violences conjugales actuellement ($p = 0.0002$).

DISCUSSION

A. Les Biais

1. Biais de sélection des médecins

Le ratio de médecins femmes/hommes est respecté avec 33% de femmes médecins dans l'étude pour 28% de femmes médecins en Indre et Loire. La moyenne d'âge des médecins participant à l'étude est de 41 ans ; celle des médecins en Indre et Loire est de 48 ans. Le genre des médecins et leur moyenne d'âge sont donc représentatifs.

Cependant, seuls les médecins exerçant en zone urbaine ont accepté de participer à l'étude. Deux exercent à Joué-lès-Tours, une à Ballan Miré, un à Ligueuil, un à Bléré et un à Vouvray.

Par ailleurs, les médecins ne se sentant pas à l'aise avec le thème ont refusé de participer à l'étude. La raison principale invoquée est la peur de heurter les femmes non violentées. Ils étaient également réticents à interroger leurs patientes face à la complexité du problème et en leur sentiment d'impuissance devant cette problématique. Ce fait ressort également dans l'étude de l'Institut Humanitaire faite en 2000, dans la région parisienne. Les généralistes avaient été interrogés sur leur pratique face au problème de la violence conjugale. 73% expliquent que l'une des difficultés rencontrées lors du repérage des femmes maltraitées est l'absence de symptômes cliniques spécifiques à la violence conjugale et 47% ont un sentiment d'impuissance face à ce problème.^{4, 28}

Les médecins ayant participé à l'étude sont, par déduction, ceux qui ont le moins d'appréhensions à aborder ce sujet.

Deux d'entre eux (soit 10% du nombre de médecins contactés) étaient très à l'aise avec le thème ; une affiche pour la lutte contre la violence conjugale était d'ailleurs en évidence dans une des salles d'attente. Lorsqu'ils ont un doute sur le sujet, ils n'hésitent pas à interroger leurs patientes.

Les quatre autres médecins attendaient que la patiente en parle pour confirmer le diagnostic.

Ceci correspond à ce que retrouve l'étude de l'Institut Humanitaire puisque 8% des médecins généralistes effectuent un dépistage actif.²⁸

2. Biais de sélection des femmes

Treize femmes sur les 155 ont refusé de participer à l'étude. Deux d'entre elles étaient connues de leur médecin pour subir des violences. Par ailleurs, sept femmes n'ont pas été invitées à participer à l'étude par oubli du généraliste alors que l'enquêtrice interrogeait une autre patiente.

3. Biais dû aux réponses inexactes

Les femmes violentées ont pu dissimuler les violences qu'elles subissent pour de nombreuses raisons possibles : soit elles ne veulent pas que leur médecin soit au courant (même si l'enquêtrice insistait sur la confidentialité de l'enquête), soit elles n'osent pas en parler.

Ces femmes sont les plus difficiles à diagnostiquer et il faut parfois leur laisser le temps de prendre conscience de la gravité de leur situation. Cependant, le fait de poser la question peut tout de même chez certaines personnes les amener à réfléchir et prendre du recul sur ce qu'elles subissent. D'autre part, si elles le décidaient par la suite, elles sauraient vers qui se tourner pour obtenir aide et conseils.

B. Analyse des données.

La plupart des études traitent principalement des conséquences sur la santé des violences physiques. Les études sur les violences psychologiques sont moins nombreuses. D'autre part, l'échantillon de femmes subissant des violences physiques est trop petit pour une bonne interprétation scientifique. C'est pourquoi je m'attarderai d'avantage sur les résultats retrouvés chez les femmes subissant des violences psychologiques.

1. Violences psychologiques

a) Epidémiologie

Une patiente sur dix subit des violences psychologiques. Seulement la moitié en a informé son médecin. Parmi celles-ci, 75% disent ne pas souhaiter en discuter avec celui-ci et 25% n'ont pas répondu à la question. Dans l'article du Dr Lamy²⁹, 75% des patientes subissant des violences psychologiques n'en avaient fait part à aucun professionnel de santé. Le mode de recrutement de l'échantillon était différent dans les deux études. En effet, les patientes des urgences répondant aux critères de violences psychologiques étaient invitées à être interrogées dans un second temps et il leur était proposé une aide psychologique au décours. Ceci implique de ces patientes une motivation et probablement une envie de discuter avec un professionnel de santé.

Ces deux résultats montrent bien que le problème de violences psychologiques est probablement sous-estimé puisque au moins la moitié de ces patientes restent seules face à leur problème.

b) Age

Toutes les tranches d'âge sont touchées sans prédominance. On peut tout de même noter qu'une seule femme de 18 à 30 ans s'est dite violentée alors que 30% des femmes interrogées sont dans cette tranche d'âge. Ce résultat diverge de la plupart des études pour qui la tranche d'âge la plus touchée est celle-ci.^{6, 7, 30}

c) Niveau social

Bien que les études montrent que ces violences touchent tous les milieux sociaux^{6, 27, 28}, on note cependant une précarité plus importante chez les femmes violentées avec le score EPICES qui passe de 3 à 4 chez les femmes subissant des violences psychologiques. Il est admis que la maltraitance augmente lorsque la personne a connu de nombreuses périodes de chômage.²⁷ Par ailleurs, de manière générale, la précarité engendre une dévalorisation de soi.³¹ Or, les femmes qui ont peu d'estime d'elles-mêmes auront plus de difficultés à sortir du cycle vicieux de la violence conjugale.

d) Motifs de consultation

Ces femmes viennent en consultation pour tous les motifs usuels. Cependant, on se doit d'être plus vigilant quand le motif de consultation est un état dépressif ou de l'anxiété. En effet, 20 % des femmes violentées consultent pour ces deux raisons. Il est à noter que soixante-six pour cent de celles-ci ne prennent pas d'antidépresseurs, ni d'anxiolytiques. Un questionnaire s'impose donc, lorsqu'une personne vient nous voir pour état dépressif ou anxiété et qu'elle refuse ou qu'elle ne nécessite pas de traitement.

On notera que le motif de consultation qui permet aux généralistes de poser le diagnostic de violences conjugales reste dans 24 à 50% des cas la demande de certificat de coups et blessures, des troubles psychologiques (21-40%), des lésions traumatiques (10-31%) et une prescription de psychotropes (14-31%).^{4,33}

Aujourd'hui, en pratique de médecine générale, la médecine préventive a une grande part et il est dommage d'attendre une consultation pour coups et blessures pour établir le diagnostic de violences conjugales. En effet, il serait préférable d'arrêter le cycle de la violence avant qu'il n'y ait trop de séquelles psychologiques et qu'il n'y ait de traumatismes physiques répétés.

e) Signes psychologiques rencontrés dans l'année écoulée

Les troubles les plus fréquents, retrouvés ici, sont des problèmes psychologiques avec une connotation dépressive. En effet, les femmes disent être malheureuse et déprimée et elles sont plus nombreuses à ne pas se considérer heureuses. Elles ont des difficultés à se concentrer, elles manquent de sommeil à cause de leurs soucis et elles se dévalorisent. Les différentes publications ont d'ailleurs, elles aussi mis en valeur un syndrome dépressif plus fréquent.^{14, 35, 36.}

Cependant, contrairement aux autres études,^{13, 14, 29} on retrouve peu de signes évocateurs de stress post traumatiques. En effet, elles font autant de cauchemars que les femmes non violentées ; elles sont un peu plus nombreuses à faire des attaques de panique, mais sans que la différence soit significative. Elles n'expriment pas d'anxiété majorée dans les dernières semaines. Il faut tout de même souligner que le motif de consultation le plus fréquent reste « état dépressif et anxiété ». Il est dommage de ne pas avoir dissocié les deux items afin de savoir quel est le plus fréquent des deux. Une question qui interrogerait directement sur l'anxiété aurait été intéressante.

Il n'y a pas non plus de différence significative quant au nombre de femmes sous psychotropes. On peut noter cependant, que la manière de les consommer est différente : 18% des femmes violentées les consomment de manière occasionnelle contre 5% des femmes non violentées. Aucune des patientes interrogées n'a déclaré consommer les psychotropes de manière abusive contrairement à ce qui a été retrouvé par d'autres études.²⁹

Le score global du GHQ12 est également bien plus élevé chez les femmes non violentées ce qui signe un état de détresse psychologique. Ceci correspond aux résultats de l'étude ENVEFF.²⁸

f) Signes physiques rencontrés dans l'année écoulée

La probabilité d'être violentée augmente avec le nombre global de symptômes ressentis. En effet, si une femme se plaint d'au moins 6 symptômes différents, il y a des risques qu'elle soit victime de violences conjugales. On retrouve cette accumulation de plaintes dans de nombreuses études.^{23, 35}

Les signes cliniques physiques qui reviennent le plus souvent sont la sensation de faiblesse dans certaines parties du corps, myalgies sans cause retrouvée et un pyrosis.

Cette faiblesse peut certes faire partie de différentes maladies telles que la myasthénie, et d'autres maladies neurologiques. Mais, cette « sensation », et les myalgies sans cause retrouvée font évoquer une maladie psychosomatique. Chez ces femmes, seule une a un syndrome qui expliquerait ces signes : elle souffre de fibromyalgies. Or, au-delà de la polémique sur cette pathologie, on admettra volontiers que le terrain et le contexte personnel et socioprofessionnel ont un rôle à jouer dans le développement de l'affection.³⁸

Les reflux gastro-œsophagiens sont également reconnus pour être fréquents chez les femmes violentées, dans d'autres études.³⁵ Par ailleurs, bien que $p > 0.05$, il est intéressant de noter que la fréquence des troubles gastro-intestinaux est plus importantes chez les femmes subissant des violences psychologiques, alors que la fréquence des problèmes gynécologiques est superposable à celle des femmes ne subissant pas de violences. On constate également ce phénomène dans une étude américaine qui différencie bien les conséquences de santé chez les femmes subissant des violences psychologiques ou des violences physiques. L'étude a été faite chez 1152 femmes consultant dans des cabinets médicaux en Caroline du Sud. Le risque relatif d'avoir des troubles gastriques est plus élevé avec un risque de 3.62 d'avoir un colon spastique, et 1.72 d'avoir un ulcère gastrique. Le risque relatif gynécologique le plus élevé est celui des infections sexuellement transmissibles avec un risque relatif de 1.82.³⁵

g) Santé des enfants

Très peu de femmes interrogées rencontrent des problèmes avec leurs enfants. On constate qu'un enfant a des difficultés scolaires, un fait des malaises à répétition, et un dernier a des cauchemars fréquents. L'insomnie, l'anxiété, l'agressivité, les troubles sociaux ne sont pas retrouvés ici contrairement à toutes les études qui se sont focalisés sur les enfants victimes de violence conjugale.^{19, 20, 37} En effet, on sait que les enfants de mères subissant des violences conjugales sont souvent victimes indirects de ces scènes. Ils sont témoins de près de 95% des violences psychologiques.³⁰ Les femmes interrogées ont-elles minimisé les problèmes de leurs enfants ? Les violences sont-elles installées depuis peu de temps ne laissant pas encore paraître

les conséquences sur les enfants ? Les interrogations sur les enfants étant posées en fin d'entretien les enquêtées voulaient-elles abréger l'interview en disant que leurs enfants se portaient bien ?

h) Autres violences subies actuellement

37% des femmes sous pression psychologiques subissent également des violences physiques et une femme dit subir des violences sexuelles. Les violences psychologiques sont souvent plus fréquentes, et c'est souvent après une période plus ou moins longue de travail de dévalorisation de l'autre, de désocialisation, que la violence physique peut débiter. Une femme qui perd toute estime d'elle-même, qui se sent inutile et coupable de tous ses problèmes, aura plus de difficultés à se séparer de son agresseur.¹⁵

i) Violences subies auparavant

37% des femmes violentées ont déjà subi des violences conjugales il y a plus de 12 mois. Ceci est un fait souvent retrouvé.^{7, 36}

31% subissaient des violences dans leur enfance, 31% étaient témoins des violences conjugales de leurs parents. Seule une femme avait un père violent à la fois contre sa mère et contre elle-même. Ces chiffres sont ceux retrouvés par les études de plus grandes ampleurs entre 23 et 30% de femmes ont été témoin des violences à l'encontre de leur mère et entre 30 et 45% avaient subi elles même des sévices.^{35, 36}

2. Violences physiques et sexuelles.

L'interprétation des données est difficile au vue du faible nombre de personnes subissant ces violences. En effet, 6 femmes subissent des sévices physiques.

Par ailleurs, toutes ces femmes subissent également des violences psychologiques.

Les différences les plus marquées entre ces deux groupes sont ici une anxiété et des lombalgies plus fréquentes. Le GHQ12 est également plus élevé avec 5.5 de moyenne.

Il est important de noter que les traumatismes rapportés restent aussi peu nombreux que dans la population générale. En effet, on pourrait penser qu'elle décrirait plus d'hématomes, de plaies, de brûlures que les autres femmes, mais il n'en est rien. Les traumatismes subis resteraient-ils sans séquelles ? Ont-elles une altération de l'image de leur corps ne leur permettant pas de voir les différents hématomes ou plaies ? Ou, ont-elles dissimulé la vérité ?

En effet, seulement 20% des femmes qui subissent des violences physiques ont recours à leur médecin.³⁰ Il est donc possible qu'elles n'aient pas voulu se confier au début du questionnaire. Dans notre étude, 50% d'entre elles avaient fait part à leur médecin traitant des sévices endurés. Parmi celles qui n'en avait pas informé leur médecin, une, semblait hésitante à se confier. Une autre, disait avoir mis un terme aux violences subies il y a moins de douze mois en rompant définitivement avec l'auteur des sévices. Pour cela, elle avait contacté la police et ne voyait pas l'intérêt d'en informer son médecin.

La dernière personne n'ayant pas informé son médecin est la femme souffrant de fibromyalgies. Elle subit des violences conjugales physiques et sexuelles. Elle est suivie par l'unité de lutte contre la douleur. Elle a informé cette équipe et son ancien médecin traitant des sévices qu'elle endurait. Mais, pour une raison qu'elle n'a pas souhaité expliciter, elle a pris un nouveau médecin traitant. C'est ce dernier qu'elle consultait pour la deuxième fois. Elle disait attendre de mieux le connaître pour lui expliquer ses problèmes conjugaux.

3. *Violences conjugales subies il y a plus de douze mois.*

1 patiente sur 5 a subi des violences conjugales il y a plus de douze mois. Dans les études, elles sont entre 30 et 50% des patientes.^{36, 37}

Le niveau de précarité est bien différent entre le groupe des femmes ayant subi des violences conjugales il y a plus de douze mois et celles qui n'en ont jamais subi. On constate qu'elles ont des difficultés financières et qu'elles ont moins de facilités à être propriétaires de leur logement.

Ceci peut s'expliquer par le fait de devoir recommencer une vie à un âge plus tardif.

Elles ont des plaintes multiples et nombreuses. Elles consultent souvent les généralistes pour différentes douleurs. 62% de celles qui consultent pour douleurs ne sont que partiellement soulagées par la prise en charge médicale. Il est dommage que dans l'étude, il ne leur ait pas été demandé quel traitement a été prescrit et si elles ont un suivi psychiatrique.

Elles font également des cauchemars. Cependant, on ne retrouve pas les autres signes pouvant faire évoquer un stress post traumatique, mais comme dit précédemment, il n'y a pas eu de questions directes posées sur l'anxiété.

Les études retrouvent principalement une dépression persistante après les violences subies, moins de vitalité et un résultat médiocre de la santé mentale évaluée par le questionnaire SF-36.³⁶

4. *Violences dans l'enfance*

Les personnes, témoins ou victimes de violences dans leur enfance en gardent des séquelles. Elles développent un syndrome dépressif, un stress post traumatique. Ils ont plus de pyrosis et de lombalgies. Tout ceci devrait faire partie des pistes de réflexions à lancer aux femmes subissant actuellement des violences conjugales, afin qu'elles se libèrent de leur joug.

En effet, dans la complexité de leur situation, elles pensent souvent devoir rester pour maintenir une unité familiale pour leurs enfants. Et, c'est souvent lorsque la violence atteint un maximum ou qu'elles réalisent à quel point la violence atteint leurs enfants qu'elles décident d'y mettre fin.

C. Proposition d'un test de dépistage

A l'issue des différents résultats exposés ci-dessus, on peut établir l'esquisse d'un test de dépistage des violences conjugales psychologiques.

Ceci est intéressant car les violences conjugales psychologiques restent les violences les plus perverses. En effet, les femmes perdent petit à petit de leur personnalité en se croyant coupable de leurs problèmes de couple. Sans prise de recul, il leur est très difficile de réaliser qu'elles subissent une agression. C'est d'ailleurs, souvent par les remarques d'une tierce personne, qu'elles se rendent compte qu'elles sont victimes de violence psychologiques.

Dans notre étude, plusieurs items marquent une différence significative :

Pyrosis,
Myalgies sans cause retrouvée,
Sensation de faiblesse dans certaines parties du corps,
Insomnie due aux soucis,
Manque de concentration,
Sentiment de ne pas être heureux,
Auto-dévalorisation,
Nombre important de plaintes (plus de 6).

Il est facile d'interroger sur ces 8 différents symptômes durant une consultation de médecine générale. Le score EPICES et le GHQ-12 établissent également une différence significative entre les deux groupes mais ils sont moins évidents à manier en pratique de Médecine générale.

Plus les femmes ont ces symptômes plus la probabilité qu'elles subissent des violences est importante. En effet, avec un seul de ces critères on relève 3 à 7% de risque d'être une femme violentée et avec 5 de ces critères on constate 100% de risque de subir des violences conjugales.

Cependant, en ne tenant compte que de ces items la sensibilité est trop faible pour que le test soit fiable. C'est pourquoi il faudrait faire l'étude sur une plus grande population. L'enquête doit continuer à être faite dans les cabinets médicaux. Pour avoir le plus grand échantillon possible, il faudrait que le questionnaire soit posé par les généralistes eux-mêmes. Pour aller dans ce sens, il faut restreindre le questionnaire aux 15 questions les plus pertinentes. Ce questionnaire réduit se composera des items avec différence significative et de ceux dont le p reste inférieur à 0.3.

Pour cela, il faudra ajouter aux huit items précédents, les symptômes suivants :

Douleurs pelviennes,
Infections vaginales,
Dysphagies,
Attaques de panique ,
Anxiété,
Prise de psychotropes de manière occasionnelle ou régulière,
Antécédents de tentative d'autolyse.

CONCLUSION

La médecine générale d'aujourd'hui s'est donnée pour objectif de dépister les maladies avant ou dès leur apparition. A ce titre, les violences conjugales doivent être décelées rapidement. Les signes permettant de dépister les femmes subissant des violences conjugales psychologiques sont

Pyrosis,
Myalgies sans cause retrouvée,
Sensation de **faiblesse** dans certaines parties du corps,
Insomnie due aux soucis,
Manque de **concentration**,
Sentiment de **ne pas être heureux**,
Auto-dévalorisation,
Nombre important de plaintes (plus de 6).

Une étude de plus grande ampleur est nécessaire pour qu'un test de dépistage soit finalisé. Il permettra aux généralistes d'avoir plus d'assurance face à ce thème délicat. Cependant, il est nécessaire que les médecins soient plus sensibilisés au sujet, qu'ils aient une meilleure formation et une connaissance plus précise sur les réseaux sociaux pouvant encadrer et conseiller les victimes de violences conjugales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut Démographique de l'Université Paris I. Enveff, Les violences envers les femmes au quotidien, Rapport final. Paris : ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle service des droits des femmes et de l'égalité ; 2001. 240p
2. Sandra K. Burge, F. David Schneider, Linda Ivy, Patients' Advice to Physicians About Intervening in Family Conflict; *Annals of Family Medicine*, 2005, 3, p.248-254;.
3. American Medical Association Council on ethical and judicial affairs, Physicians and domestic violence. *JAMA* 1992, 267, p. 3190-93.
4. Lebas J., Morvant C., Chauvin P., Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2002, 186,n°6, p.949-961.
5. Coy G. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCP5.57p, Thèse de médecine. Saint Antoine : Université Paris VI. 2005
6. Henrion R, sous la direction de, Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, Rapport au ministre délégué à la Santé, 2001, 81p
7. Rapport Mondial sur la violence et la santé, OMS, 375p.
8. Morvant C., Lebas J., Cabane J, Violences conjugales , *La Revue du Praticien, Médecine Générale*.2005, 19. n° 702/703, p. 945-953.
9. Collett BJ, Cordle CJ, Stewart CR, Jagger C. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic non pelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Jan; 105(1):87-92.
10. Schei B, Bakketeig LS. Gynecological impact of sexual and physical abuse by spouse. A study of a random sample of Norwegian women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1989, 96, 12, p.1379-83.
11. Nasir K, Hyder AA. Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence. *Eur J Public Health*. 2003,13, 2, p. 105-7.
12. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med*. 1995, 123, 10, p. 782-94.
13. Silva C, McFarlane J, Soeken K, Symptoms of post-traumatic stress disorder in abused women in a primary care setting. *J Womens Health*. 1997, 6, 5, p. 543-52.
14. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Womens Health*. 1998, 4, 1, p.41-70

15. Daligand L. Des effets de la violence sur les Femmes, *Stress et trauma* 2001, 1, 3, p. 175-177
16. Bergman B, Brismar B. A 5-year follow-up study of 117 battered women. *Am J Public Health*. 1991, 81, 11, p.1486-9.
17. Daligand L. La dépression post-traumatique chez l'enfant, *Stress et trauma* 2000 ; 1 , 1, p. 27-31.
18. Graham-Bermann S.A., Levendosky A. Traumatic stress symptoms in children of battered women, *J Interpersonal Violence*, 1998, 13, p. 111-28.
19. Wolak J, Finkelhor D. Children exposed to partner violence. A comprehensive review of 20 years of research, *Sage Publications*, 1998, p. 73–112.
20. Lessard G, Paradis F. La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 40p.
21. Shaw D. "Screening" for domestic violence. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003, 25, 11, p.918-21.
22. Ramsay J., Richardson J., Carter Y., Davidson L., Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*. 2002, 325, 7, p. 359-314.
23. McCauley J., David E. Kern, MD, The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Annals of internal Medicine*, 1995, 123, 10, p. 737-746
24. Colleen T. Fogarty, MD; Sandra Burge. Communicating With Patients About Intimate Partner Violence: Screening and Interviewing Approaches. *Fam Med*, 2002, 34, 5, p.369-75.
25. Aguzzou F., Le Fur P., Sermet C. Clientèle et motif de recours en médecine libérale. CREDES, Paris, 1994, 1008-66
26. Landolt Theus P. Les 50 résultats les plus fréquents de consultation en pratique de médecine générale. Documents de recherche en médecine générale SFMG, 1987, 24-25, p. 62-78.
27. Sass C., Moulin J.J., Guegan R., Le score Epices : un score individuel de précarité. *BEH*, 2006, 14, p.93-96
28. Morvant C., Lebas J., Chauvin P. Prise en charge de la violence conjugale en médecine générale, un état des lieux des pratiques en Ile-de-France ; Institut de l'Humanitaire, 2000, 25 p.
29. C. Lamy a, F. Dubois b, N. Jaafari c Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques ; *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2009, 57, p. 267–274
30. Jaspard M., Brown E. Condon S. ; Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale ; La documentation Française.2002, 370p.
31. Rapport Moral du CIDFF 37 de l'année 2007. 2008, 28p

32. Furtos J., Les Cliniques de la précarité, Contexte social, psychopathologie et dispositifs, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Masson,2008, 284p
33. Poyet-Pouillet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Evaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire. Thèse de Médecine Générale, Nantes, 2006.
34. Anonymous. Violence against women, a priority health issue. Geneva : World Health Organisation, 1997, 28p.
35. Coker AL, Smith PH, Bethea L, Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence, *Arch Fam Med* 2000, 9, p.451-457
36. Bonomi AE, Thompson, RS Anderson M, Intimate Partner Violence and Women's Physical, Mental, and Social Functioning. *American Journal of preventive Medicine* 2006, 30, 6, p.458-466
37. Fortin, A, Trabelsi, M. et Dupuis, F. (2002) Les enfants témoins de violence conjugale : Analyse des facteurs de protection, Document synthèse, Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 2002,31p
38. Eisinger J., Marsan E., Mechtouf K., Les fibromyalgies. Hypothèses physiopathologiques, *Réflexions rhumatologiques*, 2002, 51, 6, p. 10-13

Sites internet

www.violences.fr

www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

<http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/>

ANNEXES

Annexe 1

- *Questionnaire sur la santé des femmes entre 18 et 60 ans en Indre et Loire.*

**Questionnaire
sur la santé des femmes
entre 18 et 60 ans
en Indre et Loire**

Pour chaque question, vous pouvez cocher une ou plusieurs réponses.

I Critères d'inclusion

1/ Avez-vous déjà répondu à ce questionnaire ? 0.non 1.oui

2/ Êtes vous accompagnée d'une personne pouvant comprendre ce questionnaire ?
0.non 1.oui

3/ Êtes vous 1. une femme
2. un homme

II Données sociodémographiques

1/ Quel âge avez-vous ? _____

2/ Votre situation de famille

- 1. Êtes-vous mariée
- 2. Vivez-vous en concubinage
- 3. Êtes vous en couple sans vivre en concubinage
- 4. Êtes vous divorcée
- 5. Êtes vous célibataire
- 6. Êtes-vous veuve

3/ Avez-vous eu une rupture conjugale depuis moins de 12 mois ? 0. non 1.oui

- 4/ Rencontrez vous parfois un travailleur social ?** 0. non 1. oui
- 5/ Bénéficiez vous d'une assurance maladie Complémentaire ?** 0. non 1. oui
- 6/ Êtes vous propriétaire de votre logement ?** 0. non 1. oui
- 7/ Rencontrez vous des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?** 0. non 1. oui
- 8/ Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?** 0. non 1. oui
- 9/ Êtes-vous allée au spectacle au cours des 12 derniers mois ?** 0. non 1. oui
- 10/ Êtes-vous partie en vacances au cours des 12 derniers mois ?** 0. non 1. oui
- 11/ Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?** 0. non 1. oui
- 12/ En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?**
0. non 1. oui
- 13/ En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?** 0. non 1. oui

III Evaluation de votre état de santé.

1/ Votre motif de consultation est :

1. Infection aigue (fièvre, rhume, grippe, toux...) 0. non 1. oui
2. Traumatisme (chute, choc, coup...) 0. non 1. oui
3. Douleur aigue qui n'est pas due à un traumatisme ou à une chute 0. non 1. oui
4. Renouvellement de traitement d'une pathologie chronique
(diabète, Hypertension artérielle, SEP, allergies...) 0. non 1. oui
5. Douleur récidivante ou persistante depuis plus de 15 jours 0. non 1. oui
6. Problème gynécologique ou urinaire 0. non 1. oui
7. Problème abdominal 0. non 1. oui
8. Problème cardiologique 0. non 1. oui
9. Problème pulmonaire (difficultés respiratoires...) 0. non 1. oui
10. Problème cutané 0. non 1. oui
11. Etat dépressif, anxiété 0. non 1. oui
12. Vertiges, troubles de l'équilibre 0. non 1. oui

13. Problème d'addiction (alcool, tabac, ...) 0. non 1.oui
14. Malaise 0. non 1.oui
15. Fatigue 0. non 1.oui
16. Troubles du sommeil 0. non 1.oui
17. Suivi de grossesse 0. non 1.oui
18. Contrôle après hospitalisation 0. non 1.oui
19. Raison administrative (certificat pour le sport, arrêt de travail...)
20. Suivi systématique de votre enfant 0. non 1.oui
22. Une maladie de votre enfant 0. non 1.oui
21. Votre motif de consultation est : un certificat de coups et blessures 0. non 1.oui
22. Autre 0. non 1.oui

2/ Dans les 12 mois précédents avez-vous eu

1. des fractures 1.une fois 2.deux fois 3.plus de 2 fois
2. des entorses 1.une fois 2.deux fois 3.plus de 2 fois
3. des plaies 1.une fois 2.deux fois 3.plus de 2 fois
4. des gros hématomes 1.une fois 2.deux fois 3.plus de 2 fois
5. des déchirures musculaires
1. une fois 2.deux fois 3.plus de 2 fois
6. des luxations 1.une fois 2.deux fois 3.plus de 2 fois
7. des brûlures 1.une fois 2.deux fois 3.plus de 2 fois
8. Si oui, avez-vous consulté pour ces raisons,
1.votre généraliste 2. les urgences 3. un autre médecin 4. personne
9. Si oui, la prise en charge médicale vous a-t-elle soulagé :
0. pas du tout 1. partiellement 2. totalement

3/ Dans les 12 mois précédents, avez-vous eu un problème gynécologique tel que :

1. Des règles trop abondantes, trop douloureuses, irrégulières 0. non 1.oui
2. Des douleurs aux seins 0. non 1.oui
3. Des douleurs pelviennes 0. non 1.oui
5. Des infections vaginales 0.jamais 1.1 à 2 fois 2.plus de 3 fois

6. Des infections sexuellement transmissibles 0. non 1. oui
7. Des infections urinaires 0. jamais 1. 1 à 3 fois 2. plus de 4 fois
8. Un suivi de grossesse 0. non 1. oui
9. Une interruption volontaire de grossesse 0. non 1. oui
10. Une contraception ou traitement de la ménopause 0. non 1. oui
11. Votre suivi gynécologique systématique 0. non 1. oui
12. Autre 0. non 1. oui
13. Pour ces problèmes, avez-vous consulté
- 1. votre généraliste
 - 2. un gynécologue
 - 3. les urgences
 - 4. un autre médecin
 - 5. personne

14. La prise en charge médicale a-t-elle été efficace :

0. pas du tout 1. partiellement 2. totalement

15. Si vous présentiez des douleurs a-t-on retrouvé leur cause ?

0. non 1. oui

5/ Dans votre vie avez-vous souhaité tomber enceinte sans succès malgré une prise en charge médicale ?

0. non 1. oui

6/ Dans votre vie avez-vous eu recours aux IVG ?

- a. jamais b. 1 fois c. 2 fois d. 3 fois ou plus

7/ Avez-vous eu des troubles abdominaux dans les 12 mois précédents tel que :

1. Constipation 0. non 1. oui
2. Diarrhée 0. non 1. oui
3. Hémorroïdes 0. non 1. oui
4. Autres lésions en périphérie de l'anus 0. non 1. oui
5. Difficulté à la digestion, coliques, ballonnement 0. non 1. oui

6. Remontée d'acidité 0. non 1.oui
7. Nausées, vomissements 0. non 1.oui
8. Autres douleurs abdominales 0. non 1.oui
- 9 .Perte de poids d'au moins 5 kg sans régime 0. non 1.oui
10. Perte de l'appétit 0. non 1.oui
11. Autres 0. non 1.oui

12. Pour ces problèmes avez-vous consulté
- 1.votre généraliste
2. les urgences
3. un autre médecin
4. personne

13. Si oui, la prise en charge médicale vous a-t-elle soulagé :
0. pas du tout 1. partiellement 2. totalement

14. A-t-on retrouvé l'étiologie (la cause) de vos symptômes ?
- 1.oui 0.non

5/ Avez-vous ressenti, dans les 12 mois précédents

1. Maux de tête 0. non 1.oui
2. Malaises, évanouissements 0. non 1.oui
3. Asthénie (fatigue importante) 0. non 1.oui
5. Une faiblesse dans certaines parties du corps 0. non 1.oui
6. Douleurs musculaires et/ou courbatures
persistantes et inexplicables 0. non 1.oui
7. Douleurs lombaires (lumbago) 0. non 1.oui
8. Douleurs thoraciques sans cause retrouvée 0. non 1.oui
9. D'autres douleurs non décrites précédemment 0. non 1.oui

10. Avez-vous consulté pour ces raisons,
1. votre généraliste
2. les urgences
3. un autre médecin
4. personne

11. Si oui, la prise en charge médicale vous a-t-elle soulagé :

0. pas du tout 1. partiellement 2. totalement

12. A-t-on retrouvé l'étiologie (la cause) de vos douleurs ? 0. non 1. oui

Récemment, et en particulier, ces dernières semaines,

6/ Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faisiez ?

- 1. mieux que d'habitude
- 2. comme d'habitude
- 3. moins bien que d'habitude
- 4. beaucoup moins que d'habitude

7/ Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?

- 1. pas du tout
- 2. pas plus que d'habitude
- 3. un peu plus que d'habitude
- 4. beaucoup plus que d'habitude

8/ Vous êtes-vous sentie capable de prendre des décisions ?

- 1. plus que d'habitude
- 2. comme d'habitude
- 3. moins bien que d'habitude
- 4. beaucoup moins que d'habitude

9/ Vous êtes-vous sentie constamment tendue, « stressée » ou anxieuse?

- 1. pas du tout
- 2. pas plus que d'habitude
- 3. un peu plus que d'habitude
- 4. beaucoup plus que d'habitude

10/ Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?

- 1. plus que d'habitude
- 2. comme d'habitude
- 3. moins utile que d'habitude
- 4. beaucoup plus utile que d'habitude

11/ Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés ?

- 1. pas du tout
- 2. pas plus que d'habitude
- 3. un peu plus que d'habitude
- 4. beaucoup plus que d'habitude

12/ Avez-vous été capable de trouver du plaisir dans vos activités habituelles ?

- 1. plus que d'habitude
- 2. comme d'habitude
- 3. moins que d'habitude
- 4. beaucoup plus que d'habitude

13/ Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ?

- 1. mieux que d'habitude
- 2. comme d'habitude
- 3. moins bien que d'habitude
- 4. beaucoup moins que d'habitude

14/ Avez-vous été malheureuse et déprimée ?

- 1. pas du tout
- 2. pas plus que d'habitude
- 3. un peu plus que d'habitude
- 4. beaucoup plus que d'habitude

15/ Avez-vous perdu confiance en vous-même ?

- 1. pas du tout
- 2. pas plus que d'habitude
- 3. un peu plus que d'habitude
- 4. beaucoup plus que d'habitude

16/ Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?

- 1. pas du tout
- 2. pas plus que d'habitude
- 3. un peu plus que d'habitude
- 4. beaucoup plus que d'habitude

17/ Tout bien considéré, vous êtes-vous sentie plutôt heureuse ?

- 1. plus que d'habitude
- 2. comme d'habitude
- 3. moins que d'habitude
- 4. beaucoup plus que d'habitude

18/ Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des cauchemars ?

- 0. non
- 1. parfois
- 2. souvent
- 3. très souvent

19/ Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des crises de panique, c'est-à-dire des moments où vous avez eu très peur, avec des palpitations, le sentiment de suffoquer et de perdre le contrôle ?

- 0. non
- 1. parfois
- 2. souvent
- 3. très souvent

20/ Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments somnifères, tranquillisants, antidépresseurs ou anxiolytiques ?

- 0. jamais
- 1. occasionnellement
- 2. régulièrement, mais vous n'en prenez plus actuellement
- 3. régulièrement, et vous en prenez actuellement
- 4. plus que ce que votre médecin vous a prescrit

21/ Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de boire beaucoup d'alcool à l'occasion de moments difficiles ?

1. oui 0. non

22/ Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool?

1. oui 0. non

23/ Avez-vous consommé du cannabis dans les 12 mois précédents

- 0. jamais
- 1. moins d'une fois par semaine
- 2. plus d'une fois par semaine
- 3. quotidiennement

24/ Consommez vous d'autres drogues ou substances détournées de leur fonction (codéine ...)

- 0. jamais
- 1. occasionnellement
- 2. régulièrement

25/ Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

- 0. jamais
- 1. il y a moins de 12 mois
- 2. il y a plus de 12 mois

IV/ Évaluation de l'état de santé de vos enfants.

1/ Avez-vous des enfants de moins de 18 ans? 0. non 1.oui

Si Non, vous pouvez passer au paragraphe V

Si Oui, combien d'enfants mineurs avez-vous en charge?

1.un 2.deux 3.trois 4.quatre ou plus

2/ Quel âge ont-ils :

...../...../...../...../...../.....

3/ Sont-ils suivis par leur généraliste ? 0. jamais

1. en toutes circonstances

2. pour les urgences

4/ Dans les douze derniers mois, vos enfants ont-ils eu un ou plusieurs des symptômes ou maux suivants ?

(Cochez la case correspondante)

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant	5 ^{ème} enfant
Handicap physique ou psychique					
Retard de croissance					
Retard à la propreté des urines (après l'âge de 5 ans)					
Retard à la propreté des selles (après l'âge de 4 ans)					

Difficultés à l'endormissement					
Cauchemars fréquents					
Des troubles de panique (des moments de grandes peurs, avec des palpitations, et des problèmes pour respirer)					
Des troubles de l'alimentation (anorexie ou boulimie)					
Des douleurs ou malaises persistantes et récurrentes sans cause retrouvée					

5/ Dans les douze derniers mois, à l'école, collège ou lycée, les enseignants vous ont-ils déjà dit que votre enfant a :

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant	5 ^{ème} enfant
Des difficultés scolaires					
Des troubles de l'attention					
Des difficultés à apprendre					
Une grande anxiété					
Une tendance à être agressif					

V Évènements de vie

Nous vous rappelons que le questionnaire est confidentiel et que pour que l'étude puisse aboutir à de réels résultats nous vous remercions de ne pas falsifier vos réponses.

1/ Ces 12 derniers mois, est ce que votre conjoint actuel vous a Rabaisé, Insulté, humilié? (ou, ces douze derniers mois, votre ex-conjoint vous a-t-il rabaissé, insulté ou humilié?) 0. non 1.oui

2/ Votre (ex-) conjoint a-t-il essayé de Contrôler ce que vous faites?

0. non 1.oui

3/ Avez-vous déjà eu Peur par ce que votre conjoint ou ex conjoint dit ou fait ?

0. non 1.oui

4/ Votre (ex-)conjoint vous a-t-il déjà menacé Physiquement ou frappé ?

0. non 1.oui

5/ Votre (ex-)conjoint vous a-t-il obligé à avoir une relation Sexuelle alors que vous ne le souhaitiez pas?

0. non 1.oui

6/ Avez-vous discuté de ces problèmes avec votre médecin généraliste ?

0. non 1.oui

7/Auriez vous voulu le faire ?

0. non 1.oui

8/ Avez-vous subi des violences conjugales il y a plus de douze mois ?

0. non 1.oui

9/ Dans votre enfance avez-vous été témoin de la violence conjugale de vos parents ?

0. non 1.oui

10/ Dans votre enfance avez-vous subi des violences physiques ?

0. non 1.oui

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

Madame HASSAN-ABDALLAH Sahar, Wafa MOUBINE

Thèse n° 39

54 pages, 9 graphiques.

Résumé :

Introduction

En France, une femme sur dix subit des violences conjugales. Celles-ci retentissent sur leur santé.

Il apparaît que le médecin préfère rester distant face à ce type de violence. Une des raisons qui l'empêche d'aborder le sujet est de ne pas connaître la population cible qu'il faut interroger.

L'objectif de cette thèse est de déterminer les problèmes médico-sociaux dont les femmes violentées souffrent le plus afin de proposer un test de dépistage des violences conjugales.

Méthode

Dans ce but, un questionnaire a été soumis à 155 patientes de 18 à 60 ans consultant en médecine générale, en Indre et Loire, de décembre 2010 à mars 2011. Ce questionnaire permet d'évaluer la précarité, les problèmes de santé de la patiente comme de ses enfants et les violences dont elle a été ou non l'objet. Les résultats observés chez les femmes violentées ont été comparés à ceux relevés chez celles n'ayant pas signalé de violences.

Résultats

Une patiente sur dix subit des violences conjugales psychologiques et une sur trente des violences physiques.

Les huit items principaux ($p < 0.05$) sont myalgies sans cause retrouvée, sensation de faiblesse dans certaines parties du corps, insomnie due aux soucis, manque de concentration, sentiment de ne pas être heureux, auto-dévalorisation, pyrosis, nombre important de plaintes (plus de 6).

Conclusion

Plus les femmes expriment ces plaintes, plus elles sont susceptibles d'être soumises à des violences et plus le questionnement direct sur ce sujet devient nécessaire.

L'étude d'un plus grand nombre de consultantes serait souhaitable, dans le but de valider un test fondé sur les huit items précités.

Mots clés :

- Violence conjugale,
- Médecine générale,
- Dépistage,
- Prévention,
- Etude statistique,
- Santé publique.

Jury :

Président : Monsieur le Professeur CAMUS Vincent

Membres : Monsieur le Professeur LANSAC Jacques,
Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne Marie,
Monsieur le Professeur CHANDENIER Jacques,
Monsieur le Docteur GIRARD Jean-Jacques,
Madame le Docteur SAINT-MARTIN Pauline.

Date de la soutenance : 21 juin 2011