

ABREVIATIONS

ACJM : Association d'Aide aux Victimes
CedIFF : Centre(s) d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMI : Certificat Médical Initial
CPP : Centre Périnatal de Proximité
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
FVVC : Femmes Victimes de Violences Conjugales
FNVVC : Femmes Non Victimes de Violences Conjugales
HAS : Haute Autorité de Santé
GO : Gynéco-Obstétricien(s)
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
ITT : Incapacité Totale de Travail
MADOM : Maison(s) des Adolescents de la Manche
MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
MG : Médecin(s) Généraliste(s)
MSPH : Maison des Services Publics de la Hague
MST : Maladie(s) Sexuellement Transmissible(s)
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
NU : Nations-Unies
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PS : Professionnels de Santé
PSLA : Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SF : Sage(s)-Femme(s)
TGD : Téléphone Grand Danger
UMJ : Unité Médico-Judiciaire
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
VC : Violences Conjugales
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VS : Versus
WAST : Woman Abuse Screening Tool

INDEX Tableaux et Figures

<u>Figure 1</u> : Exemple de schématisation du cycle des violences conjugales – selon L. Walker.....	p.14
<u>Figure 2</u> : Diagramme de flux.....	p.36
<u>Figure 3</u> : répartition des PS selon le sexe (n = 79).....	p.37
<u>Figure 4</u> : Répartition des PS selon leur métier (n = 79).....	p.37
<u>Figure 5</u> : Répartition des PS selon leur temps d'installation dans le Nord-Cotentin (n = 79).....	p.38
<u>Figure 6</u> : Répartition des PS selon leurs structures d'exercice (n = 79).....	p.39
<u>Figure 7</u> : Répartition des PS qui dépistent ou non les VC.....	p.39
<u>Figure 8</u> : Répartition des PS qui suivent ou non des FVVC.....	p.40
<u>Tableau 1</u> : Connaissance des structures par les professionnels de santé.....	p.42
<u>Figure 9</u> : Pourcentage de connaissance des structures par les PS.....	p.42
<u>Tableau 2</u> : Orientation vers les structures par les professionnels de santé.....	p.43
<u>Figure 10</u> : Pourcentage d'orientation dans les structures par les PS.....	p.43
<u>Tableau 3</u> : Pourcentages croisés entre le dépistage et le suivi des FVVC par les PS.....	p.44
<u>Tableau 4</u> : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et l'âge des PS.....	p.46
<u>Tableau 5</u> : Pourcentages croisés entre la connaissance de l'UMJ par le PS et son âge.....	p.46
<u>Tableau 6</u> : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et le sexe des PS.....	p.47
<u>Tableau 7</u> : Pourcentages croisés entre la connaissance du CedIFF par le PS et son sexe.....	p.47
<u>Tableau 8</u> : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et la profession des PS....	p.48
<u>Tableau 9</u> : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et le temps d'installation des PS dans le Nord-Cotentin.....	p.49
<u>Figure 11</u> : Répartition des PS selon leur lieu d'exercice.....	p.50
<u>Tableau 10</u> : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et le fait de travailler en libéral.....	p.51
<u>Tableau 11</u> : Pourcentages croisés entre la connaissance de l'UMJ par le PS et le fait de travailler en libéral.....	p.51
<u>Tableau 12</u> : Pourcentages croisés entre la connaissance du CedIFF par le PS et le fait de travailler en libéral.....	p.52
<u>Tableau 13</u> : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et le fait de travailler en milieu hospitalier.....	p.53
<u>Tableau 14</u> : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et le fait de dépister ou non les VC.....	p.54
<u>Tableau 15</u> : Pourcentages croisés entre la connaissance de la Maison Pauline Roland par le PS et le fait de dépister les VC.....	p.54
<u>Tableau 16</u> : Pourcentages croisés entre la connaissance de l'UMJ par le PS et le fait de dépister les VC.....	p.54
<u>Tableau 17</u> : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et le fait de suivre ou non des FVVC.....	p.55
<u>Tableau 18</u> : Pourcentages croisés entre la connaissance du CedIFF par le PS et le fait de suivre des FVVC.....	p.56

SOMMAIRE

I.	Introduction	1
II.	Généralités	3
A.	Définitions	3
B.	Epidémiologie.....	3
1.	A l'international.....	4
2.	En France	4
3.	Dans la Manche (20).....	6
C.	Les différents types de violences	6
1.	Les violences verbales et psychologiques	6
2.	Les violences physiques.....	9
3.	Les violences sexuelles	10
4.	Les violences économiques et administratives.....	11
5.	Les violences sociales	11
D.	Mécanisme de l'emprise et cycle des VC	11
1.	L'emprise	11
2.	Le cycle des VC	13
E.	Les conséquences des VC sur la santé de la victime	15
1.	Sur le plan traumatique.....	15
2.	Sur le plan gynécologique	15
3.	Sur le plan obstétrical.....	15
4.	Sur le plan psychologique et psychiatrique	16
F.	Facteurs de risque des VC	17
1.	Facteurs de risque individuels.....	17
2.	Facteurs de risque intrinsèques au couple	18
3.	Facteurs de risque socio-économiques.....	18
G.	Un enjeu de santé publique	19
H.	Procédures judiciaires et législation	19
1.	Plans de lutte gouvernementaux	19
2.	Parcours de la victime (procédures civile et judiciaire)	20
a)	Démarches médicales	20
b)	Les démarches judiciaires	21
(1)	Signalement des faits.....	21
(2)	Constatation des faits	22
(3)	Procédure civile	22
(4)	Procédure pénale	22
3.	Législation (51)	22
a)	Mesures alternatives aux poursuites.....	22
b)	Sanction pénale pour violences psychologiques	23
c)	Sanction pénale pour violences physiques	23
d)	Sanction pénale pour violences sexuelles	24
e)	Pension de réversion.....	24
I.	Dépistage et orientation des victimes	24
1.	Outils de dépistage.....	24
2.	Limites du dépistage	25
a)	Attentes des femmes	25

b) Rôle des professionnels de santé / du médecin généraliste	25
c) Freins au dépistage	26
3. Dispositifs nationaux d'alerte et de lutte.....	27
4. Dans la Manche	27
a) La mobilisation générale (20).....	27
b) Les associations locales.....	29
III. Matériel et Méthode.....	31
A. Hypothèses et objectifs de l'étude	31
B. Type d'étude.....	31
C. Population étudiée	31
D. Zone géographique	32
E. Questionnaire.....	33
1. Structures et personnes interrogées pour créer le questionnaire	33
2. Création du questionnaire	33
F. Envoi du questionnaire	34
G. Analyses statistiques	35
IV. Résultats	36
A. Diagramme de flux	36
B. Caractéristiques de la population étudiée	37
1. Représentativité de l'échantillon	37
2. Sexe des PS	37
3. Age.....	37
4. Professions	37
5. Temps d'installation	38
6. Structures d'exercice.....	39
7. Dépistage et suivi de FVVC.....	39
C. Résultats de l'objectif principal	40
1. Connaissance et orientation des structures : chiffres généraux	40
a) Connaissance des structures.....	40
b) Orientation dans les structures.	41
2. Connaissance et orientation vers les structures, individuellement.....	42
a) Connaissance des structures.....	42
b) Orientation vers les structures	43
D. Résultats de l'objectif secondaire	44
1. Suivi et dépistage des VC par les PS.....	44
2. Analyses statistiques	44
a) Généralités.....	44
b) Connaissance des structures en fonction de l'âge des PS	45
(1) Analyse sur les moyennes (annexe 5)	45
(2) Analyses individuelles : test de Khi2 (annexe 6).....	46
c) Connaissance des structures en fonction du sexe des PS	46
(1) Analyse sur les moyennes (annexe 7)	46
(2) Analyses individuelles : test de Khi2 (annexe 8).....	47
d) Connaissance des structures en fonction de la profession des PS	48
(1) Analyse sur les moyennes (annexe 9)	48
(2) Analyses individuelles : test de Khi2 (annexe 10).....	48

e) Connaissance des structures en fonction du temps d'installation des PS dans le Nord Cotentin.....	49
(1) Analyse sur les moyennes (annexe 11)	49
(2) Analyses individuelles : test de Khi2 (annexe 12).....	49
f) Connaissance des structures en fonction du type d'exercice du PS (Libéral/Hospitalier)	50
(1) Travail en libéral	50
(a) Analyse sur les moyennes (annexe 13)	50
(b) Analyses individuelles : test du khi2 (annexe 14).....	51
(2) Travail en milieu hospitalier	52
(a) Analyse sur les moyennes (annexe 15)	52
(b) Analyses individuelles : test du khi2 (annexe 16).....	52
g) Connaissance des structures en fonction du fait de dépister ou non les VC	53
(1) Analyse sur les moyennes (annexe 17)	53
(2) Analyses individuelles : test de Khi2 (annexe 18).....	54
h) Connaissance des structures en fonction du fait de suivre des FVVC dans la patientèle des PS.....	55
(1) Analyse sur les moyennes (annexe 19)	55
(2) Analyses individuelles : test de Khi2 (annexe 20).....	55
E. Une statistique inattendue.....	56
V. Discussion.....	57
A. A propos du travail réalisé	57
1. Les forces de la thèse	57
a) Taux de réponses	57
b) Distribution d'une plaquette d'information	57
2. Les limites et biais de l'étude	58
a) Concernant le questionnaire	58
b) Concernant les dépôts et réponses au questionnaire	58
c) Concernant la zone géographique	59
d) Concernant les analyses.....	59
e) Concernant les patients	60
B. A propos des résultats.....	60
1. Objectif principal	60
a) Connaissance en moyenne des structures locales	60
b) Connaissance des structures individuellement	62
2. Objectif secondaire	64
a) L'âge du PS	64
b) Genre du PS.....	64
c) Profession du PS.....	65
d) Temps d'installation du PS	65
e) Type d'exercice (libéral ou hospitalier) du PS.....	66
3. Suivi et dépistage des VC.....	66
C. Perspectives.....	67
VI. Conclusion	69
VII. Bibliographie	70
VIII. Annexes	75
IX. Serment d'Hippocrate.....	1

I. Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les violences conjugales (VC) comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) 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. » (1).

En moyenne, chaque année, près de 1% des femmes de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine déclarent être victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou leur ex-conjoint. (2) Au cours de sa vie, 1 femme sur 7 (14,5 %) a subi un acte de violence sexuelle en France. (3) De nos jours, on estime que 3 à 4 patientes sur 10 dans nos salles d'attente de médecine générale peuvent être victimes de VC. (4)

En 2000, l'enquête ENVEFF rapporte que le médecin est le premier interlocuteur de femmes victimes de violences ; 24% de ces femmes se sont confiées en premier lieu à un médecin avant tout autre intervenant (police, gendarmerie, association, justice). (5) En 2001, le rapport Henrion précise que les médecins concernés sont les médecins généralistes libéraux, les urgentistes et les gynéco-obstétriciens. Ce rapport établit une liste de dix actions prioritaires dans le cadre de la prise en charge des VC ; le dépistage systématique des VC constitue l'une de ces dix actions. (6)

En 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie sa première recommandation en faveur du dépistage systématique des VC. (7) En parallèle, la MIPROF (Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) crée des outils à destination des professionnels de santé (PS) pour aider au dépistage.

Depuis 2018, le questionnaire Woman Abuse Screening Tool (WAST) est validé pour une utilisation en France par les PS. (8) Il s'agit d'un outil de dépistage rapide et efficace des violences au sein du couple, composé de sept questions. On estime que jusqu'à 90% des médecins généralistes ne dépistent pas les VC de façon systématique. (9) Le dépistage des VC est donc largement insuffisant malgré les recommandations.

Plusieurs freins au dépistage par les PS ont été découverts : le caractère tabou du sujet, le manque de temps, le manque de disponibilité, le manque de formation et l'absence ou la méconnaissance du réseau d'aide aux victimes. (10) Par ailleurs, les médecins qui entament un dépistage systématique ont un vécu difficile car il touche à la relation médecin-patient et à la routine de consultation. (11)

Dans ce contexte, cette thèse va tenter de répondre au mieux à la question suivante : les PS (médecins généralistes (MG) libéraux, gynéco-obstétriciens (GO), sages-femmes (SF)) connaissent-ils le réseau d'aide aux femmes victimes de violences conjugales (FVVC) ?

L'objectif principal sera de déterminer si les PS de première ligne dans le dépistage des VC (MG libéraux, SF et GO) ont connaissance des structures d'aide et d'accueil locales dans le Nord-Cotentin.

L'objectif secondaire sera de déterminer le pourcentage de dépistage des VC, le suivi de ces femmes par ces PS, et les niveaux de connaissance des structures en fonction de critères variés (âge, sexe, métier, temps d'installation, structure de travail, réalisation du dépistage systématique, suivi de victimes).

II. Généralités

A. Définitions

Les violences faites aux femmes ont été définies par les Nations-Unies (définition reprise par l'OMS) comme étant : « tous actes de violences dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou la vie privée ». (12)

Les violences au sein du couple (ou violences conjugales) sont à distinguer des « conflits conjugaux ». On parle de « conflit conjugal » si : le positionnement est égalitaire dans les interactions et que les deux points de vue s'opposent. On parle de « violence au sein du couple » si le rapport de force est asymétrique (dominant/dominé) avec la volonté de contrôler son/sa partenaire et de le/la maintenir sous emprise. (7) La violence, contrairement au conflit, est punie par la loi.

D'après le ministère de la justice française : « La violence au sein d'un couple se définit comme un processus inscrit dans le temps au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple actuelle ou passée (mariage, concubinage, PACS), un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs. » (13) Selon l'OMS, elle est définie par « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) 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. » (1)

B. Épidémiologie

Les violences faites aux femmes, notamment au sein du couple, sont des situations fréquentes et représentent un réel problème de santé publique.

1. A l'international

D'après une étude commandée par l'OMS et la Banque Mondiale, la cause principale de la mort ou de l'atteinte à la santé des femmes entre 16 et 44 ans est la violence domestique, au-dessus du cancer, de la guerre, ou des accidents de la route par exemple. (14)

En 2000, les statistiques sur la violence dans le couple ou dans le partenariat varient considérablement de pays en pays : selon l'ONU, en Turquie, 58% des femmes subissent des abus par leurs conjoints ou ex-conjoints, 52 % en Jordanie occidentale, 30% en Grande-Bretagne, 23% en Australie et 16% au Cambodge. (15)

En 2002, la première enquête commandée par l'OMS rapporte qu'entre 10 et 69% des femmes déclarent avoir fait l'objet de violences physiques de la part de leurs partenaires masculins à un moment de leur vie. (16)

En 2013, une nouvelle étude internationale commandée par l'OMS montre qu'à l'échelle mondiale, 38% des femmes assassinées l'ont été par leur partenaire intime et 42% des femmes qui ont connu des violences physiques ou sexuelles d'un partenaire ont souffert de blessures. A contrario, l'étude a révélé que 7,2% des femmes dans le monde ont signalé des violences sexuelles exercées par d'autres personnes que le partenaire. (17)

Enfin, en 2021, selon les estimations mondiales de l'OMS, 35% des femmes, soit près d'1 femme sur 3, indiquent avoir été exposées à des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre au cours de leur vie. Le plus souvent, cette violence est le fait du partenaire intime. Au niveau mondial, près du tiers (30%) des femmes qui ont eu des relations de couple signalent avoir subi une forme quelconque de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie.(1)

2. En France

En 2000, l'enquête ENVEFF, commanditée par le Service des Droits des femmes et le Secrétariat d'État aux Droits des femmes répond aux recommandations faites aux gouvernements, lors de la Conférence mondiale sur les femmes à Pékin en 1995, « de produire des statistiques précises concernant les violences faites aux femmes ». (18) Cette enquête fait

encore figure de référence en France de nos jours. Pour cette enquête, 6970 femmes de 20 à 59 ans résidant en France métropolitaine et ultramarine ont été interrogées par téléphone. Cette enquête a établi que sur les douze derniers mois ayant précédé l'enquête, 10% des femmes avaient subi des violences exercées par leurs compagnons. Par ailleurs, environ 5% des viols de femmes majeures feraient l'objet d'une plainte, viols qui s'élèveraient à environ 50 000 par an (sur les femmes de 20 à 59 ans). Une autre conclusion est que les femmes adultes subissent le plus de violences psychologiques, physiques et sexuelles dans leur vie de couple (provenance du conjoint ou de l'ex-conjoint). (5)

Pour la première fois depuis l'enquête ENVEFF, l'enquête VIRAGE de 2017 (Violences et rapports de genre) réalisée par l'INED à la demande du Ministère des droits des femmes, dresse le tableau des agressions sexuelles subies par les femmes et par les hommes. Cette enquête révèle qu'au cours de sa vie, 1 femme sur 7 (14,5 %) et 1 homme sur 25 (3,9 %) a subi une violence sexuelle en France. Ces violences touchent plus souvent les jeunes : 85 % débutent avant l'âge de 15 ans. Les femmes sont exposées à ces violences tout au long de leur vie et dans tous les espaces – familial, professionnel, amical etc., les hommes sont à 75 % victimes avant 18 ans. Chez les jeunes, 7,5% des filles déclarent être victimes, à l'école, de voyeurisme, de caresses ou de baisers forcés et 1 femme sur 10 de moins de 20 ans déclare avoir été agressée sexuellement au cours de sa vie. (3)

Depuis 2013, la MIPROF publie les principales données statistiques annuelles disponibles en France sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles. Selon les données de 2020, en France, 102 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, soit une femme tous les 3,5 jours. 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année. Moins d'1 victime sur 5 déclare avoir déposé plainte. 94 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de viol(s) et/ou de tentatives de viol sur une année. 9 sur 10 victimes déclarent connaître leur agresseur, 1 sur 10 déclare avoir déposé plainte. (2)

La MIPROF a confirmé en juillet 2020 la forte hausse des violences faites aux femmes pendant les périodes de confinement sanitaire. En effet, les appels pour VC ont triplé par rapport à 2019 entre les 16 mars et le 10 mai 2020 (premier confinement), et le nombre de tentatives de meurtre a augmenté même si le nombre de féminicides a reculé. (19)

3. Dans la Manche (20)

En 2016 dans la Manche : 1023 faits de violences faites aux femmes ont été enregistrés par les forces de l'ordre, dont :

- 201 commis dans la sphère conjugale (2 homicides parmi ceux-là),
- 239 faits de violences sexuelles divisés en 66 viols et 173 atteintes sexuelles,
- 100 victimes mineures.

C. Les différents types de violences

1. Les violences verbales et psychologiques

La violence psychologique est le type de violence le plus fréquent. Elle est présente pratiquement systématiquement, la plupart du temps elle précède la violence physique (quand cette dernière existe). Elles sont très sous-estimées car peu visibles par les personnes extérieures (le partenaire violent cherche à garder une bonne image publique). Ce sont également les plus destructrices et douloureuses. (21)

« On parle de violences psychologiques lorsqu'une personne adopte une série d'attitudes et de propos qui visent à dénigrer et à nier la façon d'être d'une autre personne. Ces paroles ou ces gestes ont pour but de déstabiliser ou de blesser l'autre ». (22) La relation est construite sur la base de la violence psychologique, il ne s'agit pas d'un dérapage ponctuel mais d'une façon d'être de la relation. La violence psychologique consiste à « nier l'autre et le considérer comme un objet. Ces procédés sont destinés à soumettre l'autre, à le contrôler et à garder le pouvoir ». (22)

Le but de ces violences est la réalisation d'une déconstruction mentale, installant une emprise du partenaire sur l'autre. Elle s'articule autour de plusieurs axes de comportements ou d'attitudes qui constituent des microviolences difficiles à repérer (22) :

- **Le contrôle** : il s'agit de tout contrôler pour imposer la façon dont les choses doivent être faites. Cela peut également être le contrôle des heures de sommeil, des heures de repas, des dépenses, des relations sociales et même des pensées ; ou encore du

contrôle professionnel (empêcher de faire des études ou une progression professionnelle) et du cyber-contrôle (voir ci-après).

- **L'isolement** : il permet aux violences de se perpétuer. Il s'agit d'isoler progressivement la victime de sa famille et de ses amis, l'empêcher de travailler, d'avoir une vie sociale. L'isolement progressif aboutit à un contrôle total de la personne, comme dans les sectes. L'isolement est à la fois une cause et une conséquence de la maltraitance.
- **La jalousie pathologique** : malgré tout ce que fait l'agresseur (pour la contrôler et faire d'elle sa propriété), la victime reste une personne différente de lui-même ; le plus dérangeant pour le partenaire violent, c'est l'altérité de sa victime. Le basculement dans la jalousie maladive intervient à partir d'un sentiment de dévalorisation. Plutôt que de se remettre en question, le conjoint violent explique sa frustration par la potentielle infidélité de sa partenaire. (23) La jalousie porte sur le passé de la victime, son présent, parfois même son avenir. Aucune explication rationnelle ne vient apaiser une jalousie pathologique car il s'agit ni plus ni moins que d'un refus de la réalité.
- **Le harcèlement** : il s'agit de discussions sans fin pour extorquer des aveux, jusqu'à ce que la victime, épuisée, finisse par céder. En répétant à satiété un message à quelqu'un, on parvient à saturer ses capacités critiques et son jugement, à lui faire accepter n'importe quoi. L'autre stratégie de harcèlement consiste à surveiller la victime, la suivre dans la rue, la cyber-harceler (voir ci-après), l'attendre à la sortie de son travail, etc. Cette forme de violence se produit le plus souvent après une séparation.
- **Le dénigrement** : il s'agit d'atteindre l'estime de soi de la victime, lui montrer qu'elle ne vaut rien, qu'elle n'a aucune valeur. La violence s'exprime sous forme d'attitudes dédaigneuses, de paroles blessantes, de propos méprisants, de remarques déplaisantes. Cela peut être de dénigrer ce qu'elle fait, ce qu'elle est, dénigrer ses capacités intellectuelles, ses idées, ses émotions, lui faire des reproches sur la façon dont la maison est tenue, sur la façon d'éduquer les enfants, sur les dépenses, sur les vêtements, etc.
- **La critique** : il s'agit d'attaques verbales sur le physique de la victime, sa féminité, sa famille, ses enfants (et parfois d'agressions directement sur les enfants qui sont vécues par la femme comme des agressions sur elle-même). La disqualification peut se faire à travers des mots qui paraissent sincères et corrects. Il s'agit de manipulation sur la victime sans qu'elle n'en prenne conscience, d'attaquer son estime de soi, de l'amener

à perdre confiance en elle. Exemple : « Cette tenue ne te va pas, tu es trop grosse. Je dis ça pour t'aider, je ne veux que ton bien ». Les deux informations contradictoires entraînent une confusion mentale difficilement interprétable neurologiquement.

- **Les humiliations** : humilier, rabaisser, ridiculiser est le propre de la violence psychologique. L'autre n'étant qu'un exutoire à la rage que l'on porte en soi, il n'a pas d'existence propre : on ne le respecte pas. Souvent, les humiliations sont à teneur sexuelle. Cela crée un sentiment de honte, ce qui sera un obstacle supplémentaire pour en parler et se faire aider.
- **Les actes d'intimidation** : claquer les portes, briser des objets, jouer ostensiblement avec une arme, ou encore conduire dangereusement. Cela sert à faire passer à l'autre un message, à montrer sa force physique, à le mettre dans une atmosphère de danger. Il peut s'agir d'agressions indirectes, par exemple brutaliser un animal de compagnie.
- **L'indifférence aux demandes affectives** : la violence morale, c'est aussi le refus d'être concerné par l'autre. C'est se montrer insensible et inattentif envers son/sa partenaire ou afficher ostensiblement du rejet ou du mépris. C'est ignorer ses besoins, ses sentiments, ou créer intentionnellement une situation de manque et de frustration pour maintenir l'autre en insécurité. C'est ne pas tenir compte de l'état physique ou psychologique de son partenaire.
- **Les menaces** : menacer d'enlever les enfants, de priver d'argent, de frapper, de se suicider ; ou encore suggérer qu'il y aura des représailles sur l'entourage.

Concernant les cyberviolences, il s'agit d'une forme de violence d'apparition récente avec l'expansion des outils numériques (24) :

- **Cyber-contrôle** : la victime doit rester joignable 24h/24, envoyer des photos à la demande pour montrer où et avec qui elle est. Il s'agit également de confisquer parfois les appareils numériques.
- **Cyberharcèlement** : insultes ou menaces par sms ou via les réseaux sociaux.
- **Cybersurveillance** : surveillance via logiciel espion ou imposée en obtenant des forces tous les codes numériques de la victime.

- **Cyberviolences administratives** : changement de mot de passe pour empêcher la victime d'avoir accès à ses différents comptes administratifs numériques (banque, réseaux sociaux, sécurité sociale, etc.), utilisation d'informations privées dans le but de nuire.
- **Cyberviolences sexuelles** : menace de diffusion sur internet de contenus intimes, rapports sexuels filmés sans consentement avec menace de diffusion.

« Tous ces agissements, séparément, pourraient s'inscrire dans le cadre d'une scène de ménage classique, mais ce sont leur répétition et leur durée dans le temps, ainsi que l'asymétrie dans les échanges qui constituent la violence. [...] La violence psychologique constitue un processus visant à établir ou maintenir une domination sur le ou la partenaire. C'est une violence qui suit un certain scénario : elle se répète et se renforce dans le temps. On commence par le contrôle systématique de l'autre, puis arrivent la jalousie et le harcèlement, et enfin les humiliations et le dénigrement. Tout cela pour se rehausser, en rabaissant l'autre. » (22)

« Ce n'est pas la remarque blessante qui constitue le harcèlement, c'est la répétition des vexations, des humiliations, sans aucun effort pour les nuancer, qui constitue le phénomène destructeur. L'effet destructeur vient de la répétition d'agressions apparemment anodines mais continues, et dont on sait qu'elles ne s'arrêteront jamais. Il s'agit d'une agression à perpétuité. » (25)

2. Les violences physiques

Ce sont les violences les plus décelables, mais par forcément les moins bien vécues par la victime. D'ailleurs, quand les agressions physiques sont peu fréquentes, les femmes s'en sentent rarement victimes. Elles y trouvent une explication logique afin de justifier l'excès de violence. (22)

Comme nous l'avons vu plus haut, les violences psychologiques sont souvent les premières mises en place. Lorsque la victime y résiste, ou qu'elles ne suffisent plus pour asseoir le pouvoir de l'agresseur sur sa victime, arrive alors la violence physique. Elle commence souvent par des bousculades, des coups de poing, des coups de pieds, puis la

violence s'aggrave progressivement avec le temps (escalade en intensité et en fréquence), pouvant aller jusqu'à l'homicide (21). Il existe une large gamme de violences entre la bousculade et l'homicide : pincement, tirage de cheveux, torsion d'un membre, séquestration, strangulation, etc. Lors de la grossesse, beaucoup de coups visent le ventre. Il suffit, par la suite, d'évoquer la première agression par des menaces ou un geste pour que, selon le principe du réflexe conditionné, la mémoire réactive l'incident chez la victime et la conduise à se soumettre de nouveau.

3. Les violences sexuelles

Il s'agit de la violence la plus taboue. Deux tiers des femmes contraintes à des pratiques sexuelles imposées avaient gardé le silence avant de les révéler lors de l'enquête ENVEFF. (5)

Les violences sexuelles regroupent un large panel de pratiques comprenant le harcèlement sexuel, les pratiques sexuelles imposées (non consenties), le viol conjugal, l'exploitation sexuelle, la prostitution, ainsi que des scénarios pornographiques. Dans ce contexte, une victime peut difficilement demander la contraception (préservatif), il y a donc un risque supérieur d'atteintes par des maladies sexuellement transmissibles ou de grossesse. D'ailleurs, la grossesse non désirée entre dans ce cadre, car le conjoint peut décider à la place de sa victime si la grossesse sera gardée, et enclencher un nouveau processus de contrôle via l'enfant à naître. (22)

Dans une étude québécoise en 1987, 200 femmes victimes de violences sexuelles ont été interrogées : 75,4% avaient signalé que les rapports sexuels avec le conjoint étaient une façon d'avoir la paix. (26)

La présence de violences sexuelles dans le cadre des VC augmente le risque de meurtre de la femme par son partenaire (uxoricide). Leur présence augmente également le risque de troubles psychiatriques graves et de tentatives de suicide. (27) (28)

4. Les violences économiques et administratives

Elles se définissent par une confiscation du salaire avec un contrôle des moyens de paiement, des dépenses et de l'argent, et parfois associées à des vols des papiers d'identité. Elles ont une visée d'accroissement de la vulnérabilité de la victime en contrôlant les ressources financières (rémunérations) afin de la placer dans un état de dépendance, la privant de son autonomie. Il s'agit d'un assujettissement financier. (21)

Depuis 2006, la loi reconnaît le vol entre époux lorsqu'il porte sur des objets ou des documents indispensables à la vie quotidienne. (29)

5. Les violences sociales

L'auteur coupe peu à peu tous les liens sociaux de sa partenaire : famille, amis, collègues. Cela entraîne une diminution, voire une disparition de tout support affectif et psychologique pour la victime, renforçant ainsi le pouvoir de l'agresseur. A terme, la seule ressource de la victime devient son agresseur, ce qui augmente sa dépendance affective. (21)

D. Mécanisme de l'emprise et cycle des VC

L'emprise est un phénomène subjectif, difficile à comprendre pour des intervenants extérieurs. Il reste des aspects méconnus autour de l'emprise.

1. L'emprise

Le processus d'emprise est le premier à s'installer, avant le cycle des VC (ci-dessous). Ce processus permet de conditionner la victime. (30) Ce processus débute par une phase de séduction, pour attirer la victime et instaurer un climat de confiance avec elle. Peu à peu, les violences psychologiques (ci-dessus) débutent, et entraînent une déstructuration progressive des réactions et de la personnalité de la victime. Progressivement, la victime s'enferme elle-même dans une prison psychologique, son seul but étant d'éviter les crises de son partenaire.

Quand une crise se produit, la victime se pense fautive. Elle n'est plus capable de s'imaginer dans un autre espace spatio-temporel que celui dans lequel elle est victime de son partenaire violent ; elle ne peut pas se projeter autrement que dans une relation avec celui-ci. Elle n'imagine pas de solution, elle est tétanisée, anesthésiée. C'est ainsi que se manifeste l'emprise ; la réaction sus-décrise est une conséquence normale face aux violences subies.

Plusieurs phénomènes peuvent expliquer (partiellement tout au moins) l'emprise :

- La victime a souvent déjà été **formatée dans son enfance**, avec une éducation déviant. On pense notamment au fait de grandir dans un environnement violent ou négligent, dans lequel la victime a dû s'adapter. La mémoire traumatique de l'enfance peut se réactiver dans la vie d'adulte, et participer au mécanisme d'emprise. (31) On sait par ailleurs que le fait d'avoir subi des violences dans l'enfance est un facteur de risque pour en subir dans sa vie d'adulte, et même tout au long d'une vie. (7)
- **La complicité passive de notre société** patriarcale qui, malgré l'évolution récente, reste dans le déni face aux violences faites aux femmes et aux filles. (31)
- **Le mécanisme neurobiologique de dissociation traumatique** se traduit par une anesthésie physique et émotionnelle induisant un sentiment de dépersonnalisation et une perte des repères spatio-temporels. Ce phénomène se chronicise tant que la victime reste en contact avec son agresseur. Elle se déconnecte de ses propres émotions, se sent spectatrice de sa propre vie, parfois a même l'impression de vivre sa vie de l'extérieur de son corps. Ceci empêche la victime de se projeter dans un autre espace spatio-temporel, et donc de s'imaginer ailleurs qu'en présence de son conjoint violent.
- **Le mécanisme neurobiologique de mémoire traumatique** : il s'agit d'une mémoire émotionnelle non intégrée en mémoire autobiographique par les fonctions cérébrales. De cette façon, les souvenirs des actes de violence ne peuvent être ni triés, ni analysés. Par ailleurs, en l'absence de son agresseur, la victime a des flash-backs. Elle revit tous les événements violents et traumatisants en boucle, qu'ils soient psychologiques ou physiques. Elle entend donc à répétition les phrases dites par son conjoint violent (« tu es folle », « personne ne peut te supporter à part moi » etc.), ces phrases finissent par

être intégrées par la victime comme étant ses propres pensées, qui l'attaquent, et l'humilient. De cette façon, la réalité s'inverse en elle, elle peut aller jusqu'à percevoir son agresseur comme son seul bienfaiteur, et elle-même comme la personne mauvaise. Quand la victime sort de l'emprise, elle se sent coupable, car la mémoire traumatique se réactive. Elle retourne donc auprès de son agresseur. Ceci peut être mal compris par l'entourage et les forces de l'ordre/professionnels médico-sociaux.

Ces deux derniers phénomènes proviennent d'un mécanisme de survie neurobiologique, qui fait disjoncter les circuits de l'émotion et de la mémoire, court-circuitent les réponses neurobiologiques normales, en réponse au stress induit par les violences répétées provenant d'une personne proche et sensée être aimante.

2. Le cycle des VC

En 1979, Lenore Walker décrit la VC comme « une succession de comportements qui une fois installés deviennent prévisibles ». Selon sa théorie, le processus se déroule en quatre phases qu'elle intitule « le cycle de la violence ». (32)

Sur le site declicviolence.fr , ce cycle répété est également appelé « spirale infernale » (4).

La première phase consiste en l'accumulation des tensions : le partenaire violent se montre colérique, intimidant, voire menaçant. Il s'agit de menaces, ou d'épisodes de colère qui augmentent progressivement, ce qui instaure un « climat de tension ». La victime sait qu'une crise est imminente, essaye d'arrondir les angles, de satisfaire le conjoint et d'avoir une attitude parfaite pour baisser la tension. (4) (21) (32)

La deuxième phase est l'explosion de la violence : il s'agit de l'épisode de violence en lui-même (psychologique, verbal, physique ou sexuel). Le conjoint violent devient auteur de violences sous toutes formes possibles. La victime a un sentiment de peur et de honte. Elle se sent triste, humiliée, impuissante et en colère. (4) (21) (32)

La troisième phase est celle de justification, de déresponsabilisation : l'agresseur se déresponsabilise, minimise et banalise les faits, il les impute à des éléments extérieurs et

souvent également à la victime ; il culpabilise sa victime. La victime peut finir par se sentir responsable de la situation, de penser qu'elle a mérité cette agression. Elle a un sentiment de honte et de culpabilité et défend son agresseur. (4) (21) (32)

La quatrième phase est la lune de miel : l'agresseur s'excuse pour son acte de violence, promet de ne plus recommencer et demande pardon. Il promet même parfois de se faire aider. La victime reprend espoir, se dit qu'il s'agit d'un accident de parcours et le couple peut refaire des projets. La femme retrouve l'agresseur tel qu'elle l'a connu au début de leur relation, il est gentil, lui offre des cadeaux, promet de se soigner etc. (4) (21) (32)

Au fil des années, les périodes de lune de miel deviennent de plus en plus courtes puis finissent même par disparaître ; elles ne sont plus nécessaires, la victime étant sous emprise totale. (22) Ce cycle peut également expliquer pourquoi parfois les victimes portent plainte lors de la seconde phase du cycle puis la retirent lors de la quatrième (lune de miel). Une victime reste en moyenne 5 à 6 ans dans une relation violente. (16) En moyenne, il faut près de sept départs, réels ou imaginés, pour qu'une victime ose mettre fin définitivement à une relation violente. (33)

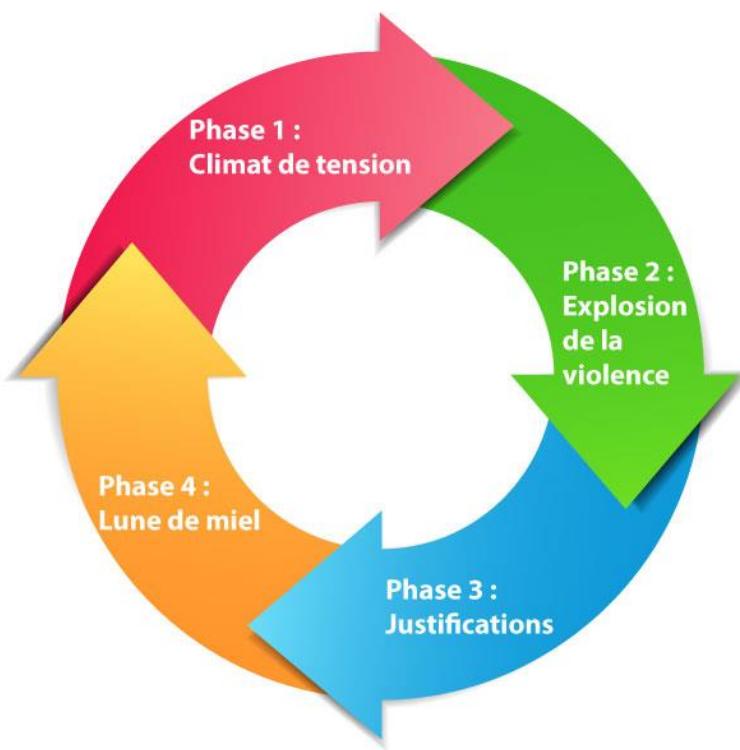


Figure 1 : Exemple de schématisation du cycle des violences conjugales – selon L. Walker

E. Les conséquences des VC sur la santé de la victime

1. Sur le plan traumatique

Ce sont les lésions les plus visibles pendant un examen clinique. Elles regroupent différents types de traumatismes physiques : contusions, brûlures, fractures, hématomes, atteintes ostéo-articulaires etc. Le plus souvent, ces traumatismes sont au niveau des extrémités et/ou des parties saillantes. Dans le rapport Henrion, on constate environ 25% de plaies profondes, 59% de contusions, 6% de fractures et 1% de brûlures. (6)

On observe parfois des cicatrices, une incapacité fonctionnelle ou des lésions d'organes irréparables. Les violences peuvent aboutir au décès. En 2020, ce sont 102 femmes qui sont décédées sous les coups de leur compagnon. (2)

2. Sur le plan gynécologique

Les FVVC ont trois fois plus de risques de présenter des troubles d'ordre gynécologique. (34) Les symptômes sont variés : dyspareunies, douleurs pelviennes chroniques, vaginisme, perte de libido, infections vaginales et urinaires, infections sexuellement transmissibles (IST) à répétition, ou plaies périnéales et/ou anales. Le partenaire violent refusant souvent d'utiliser des techniques de contraception, cette attitude augmente le nombre d'IST et de grossesses non désirées.

3. Sur le plan obstétrical

Les violences au cours de la grossesse augmentent significativement. Dans l'enquête ENVEFF, 3 à 8% des femmes ont déclaré avoir été victimes de VC au cours de leur grossesse. (5) La grossesse est d'ailleurs un facteur de risque de VC : la femme enceinte a deux fois plus de risques d'être violente. (35)

Comme la contraception n'est pas systématiquement prise, le nombre de grossesses non désirées augmente, et le nombre d'interruptions volontaires de grossesse également (souvent dans le secret d'ailleurs).

Concernant les grossesses non interrompues, elles sont plus souvent pathologiques chez les FVVC : hémorragies de la délivrance, ruptures utérines, décollements placentaires, fausses couches et menaces d'accouchement prématuré. (36) Les FVVC déclarent significativement plus de fausses couches que les femmes ne subissant pas de violences (31% contre 17%) (37).

4. Sur le plan psychologique et psychiatrique

Dans une étude de 1997, les symptômes psychologiques et psychiatriques tels que la tension, la peur, l'anxiété, les troubles psychosomatiques, du sommeil, de l'appétit, la dépression et le syndrome post-traumatique sont 4 fois plus présents chez les FVVC que chez les femmes non victimes de violences conjugales (FNVVC). (38) Ces pathologies s'installent de façon insidieuse, se chronicisent souvent, et suivent les victimes jusqu'à la fin de leur vie la plupart du temps.

Ces femmes présentent souvent des syndromes dépressifs caractérisés, plus ou moins associés à des tentatives de suicide. La dépression est plus sévère et plus fréquente en cas de violences sexuelles. (28) Les tentatives de suicide sont 11,4 fois plus élevées chez les FVVC par rapport aux FNVVC. (5)

On observe également une augmentation du risque de dépendance aux substances psychoactives (alcool, drogues dures, mais également médicaments) chez les FVVC. (6) (39). On estime qu'un tiers des FVVC ont consommé de façon régulière des psychotropes, antidépresseurs ou hypnotiques. (40)

Enfin, il faut savoir que 50% des FVVC présentent des syndromes de stress post-traumatique. (41)

F. Facteurs de risque des VC

Plusieurs facteurs de risque coexistent dans le cadre des VC. Les facteurs rapportés dans cette partie proviennent de plusieurs sources : la HAS (7), l'OMS avec son rapport mondial sur la violence et la santé de 2002 (16) ainsi que son rapport sur la violence exercée par un partenaire intime de 2012 (42), et enfin le rapport gouvernemental « Cadre Vie et Sécurité » de 2019. (43)

1. Facteurs de risque individuels

- **L'âge** : les femmes jeunes sont plus susceptibles de subir des violences de la part de leur partenaire. Par ailleurs, le fait d'avoir un partenaire de vie plus jeune aggrave également le risque de VC.
- **Les troubles psychologiques** : il est difficile de dire s'ils sont la cause ou la conséquence, ou encore s'ils sont aggravés par les VC. Mais il y a significativement plus de troubles psychologiques chez les victimes de VC. Les troubles psychologiques des auteurs majorent également les risques de VC.
- **La grossesse** : période d'aggravation ou d'apparition des VC au sein du couple. (36)
- **La consommation d'alcool et de stupéfiants** : chez les victimes, la dépendance à l'alcool semble être plutôt une conséquence des VC plutôt qu'une cause. En ce qui concerne les auteurs de VC, la consommation d'alcool semble être un élément déclencheur de violences de façon plus anticipée que sans consommation. 22 à 55% des auteurs sont sous l'emprise d'alcool au moment des faits. (44) Il semblerait également que la consommation d'alcool rende les coups plus graves. (45)
- **Témoin ou victime de violences pendant l'enfance** : aussi bien chez la femme que chez l'homme. (6)
- **Témoin ou victime de violences au cours de sa vie** : une femme victime de violences conjugales physiques ou sexuelles de la part d'un individu quelconque augmente le risque de VC. (45)

2. Facteurs de risque intrinsèques au couple

- **La séparation conflictuelle** : les violences peuvent apparaître après la remise en couple sur la base de la jalousie pathologique.
- **La précocité de la mise en couple** : le fait de se mettre rapidement en couple après avoir rencontré une personne semble être plus à risque de VC. (46)
- **La différence d'âge entre les deux partenaires** : dans un modèle de couple où l'homme est plus âgé, plus la différence d'âge est grande, plus le risque de violence est accru.
- **La durée de la relation** : moins la relation est longue, plus les violences sont graves. (45)
- **Le déséquilibre de la relation** : notamment quand les attentes sont différentes, par exemple si l'homme est élevé dans un modèle éducationnel où la domination masculine est importante. Par ailleurs un écart de niveau d'instruction en faveur de la femme marque un déséquilibre qui augmente le risque de VC.
- **Le déracinement géographique** : le fait pour une personne ou un couple de déménager loin de sa famille et de ses amis augmente le risque d'isolement social et facilite la mise en place des VC.

3. Facteurs de risque socio-économiques

- **La précarité du couple.**
- **Le bas niveau d'étude des deux conjoints.**
- **Socialement** : les normes sociales inégalitaires entre les deux sexes, la faible considération économique et sociale des femmes.
- **Judiciairement** : les faibles sanctions juridiques contre les auteurs de violences.
- **Politiquement** : la large acceptation de la violence comme moyen de résoudre les conflits (guerre notamment).

G. Un enjeu de santé publique

Les VC sont un problème de santé publique pandémique, il touche tous les niveaux socioculturels et dans le monde entier. La violence, notamment envers les femmes, est jugée comme un problème prioritaire de santé publique dans le monde depuis 1996. (47)

A ce jour, trois plans d'étude des coûts engendrés par les VC ont été initiés en France. Le dernier est sorti en 2014, avec une analyse des coûts estimés pour l'année 2012. (48) Selon ce rapport, le coût total des VC est estimé à 3,6 milliards d'euros. Sur cet argent, 21,5% seulement est imputable à des coûts directs, c'est-à-dire les passages aux urgences, les consultations de premier recours, l'accompagnement socio-judiciaire des victimes entre autres. 11,7% des coûts sont imputables à la prise en charge des enfants impliqués dans les VC. Enfin, 66,8% des coûts sont indirects : les incapacités et arrêts maladie, les maladies chroniques, les prises en charges au long cours, et la mortalité que les VC induisent (liste non exhaustive).

Si elles représentent un coût humain majeur, les VC font peser un énorme fardeau économique sur les sociétés en induisant une perte de productivité et un recours accru aux systèmes de protection sociale. (49)

H. Procédures judiciaires et législation

1. Plans de lutte gouvernementaux

Depuis 2005, 5 plans interministériels de lutte et de prévention contre les violences faites aux femmes ont été élaborés, ce qui montre une réelle volonté du gouvernement français de lutter contre les VC. Ils visent essentiellement, par différents moyens, à :

- Renforcer la sécurité des victimes,
- Prendre en charge les auteurs de VC,
- Améliorer le réseau institutionnel et associatif local, régional, et national,
- Informer et analyser les informations sur les VC (par le biais de la MIPROF),
- Améliorer l'aspect législatif,

- Améliorer la formation des PS.

2. Parcours de la victime (procédures civile et judiciaire)

Si la victime réussit à sortir de l'emprise de son conjoint et qu'elle décide d'agir de façon officielle, elle entre alors dans une procédure longue et stressante. Les démarches sont à la fois médicales, sociales, et judiciaires.

a) *Démarches médicales*

Lorsqu'une patiente victime de VC consulte aux urgences ou chez un médecin, la prise en charge doit être rapide, dans les 2 à 3 jours en général. On peut établir une prise en charge type :

- Réalisation du bilan lésionnel, physique et psychologique, prise en charge des lésions.
- Entretien médical avec interrogatoire complet.
- Réalisation d'un certificat descriptif initial. Il s'agit de noter les faits tels que décrits par la victime, en utilisant le plus possible les guillemets. Ne jamais attester que quelque chose s'est passé. Décrire de façon objective, de façon détaillée, les lésions (type, taille, éventuellement ajouter des photographies). Il est nécessaire également de ne pas oublier les lésions psychologiques. Les résultats d'éventuels examens complémentaires doivent également être notés. Sur ce certificat doivent également être notés les antécédents médicochirurgicaux de la patiente.
- En cas de lésion sexuelle, un examen gynécologique complet est nécessaire, selon le protocole en vigueur dans le service (inspiré de recommandations officielles). Sont recherchées des lésions anales, buccales, vaginales, vulvaires, et des prélèvements sont réalisés (analyse génétique entre autres).
- Au cours de la consultation, un test de grossesse et un bilan complet des maladies sexuellement transmissibles est réalisé (après accord de la patiente).

Le traitement prophylactique d'urgence notamment pour l'infection au VIH est proposé. Si besoin, la contraception d'urgence peut être envisagée.

- En fonction de la situation : orientation de la victime vers les institutions judiciaires, les associations d'aide aux victimes et les prises en charge médicopsychologiques.

Ce Certificat Médical Initial (CMI) sera complété, en fonction de la situation, par un Certificat Médical de Constatation. Si la victime a porté plainte avant de voir un médecin, alors cet examen et ce certificat se feront sous réquisition judiciaire, et aura immédiatement une valeur juridique. Si la victime voit un médecin avant de porter plainte, alors le CMI sera fait en premier, puis la victime obtiendra son certificat médical de constatation dans les jours suivants, soit à la suite d'une plainte, soit lors d'une consultation à l'UMJ. (A noter qu'officiellement, le certificat médical de constatation peut être établi sans réquisition, par n'importe quel médecin. Mais officieusement, ce certificat est le plus souvent réalisé par des médecins spécialisés ou sur réquisition judiciaire).

Dans le certificat médical de constatation, sera définie l'Incapacité Totale de Travail (ITT). Il s'agit d'une durée qui permet d'évaluer la répercussion des lésions sur la vie de la victime et l'impact de celles-ci dans le temps. L'institut de victimologie en donne la définition suivante : « la durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer, se rendre au travail) ». (50) L'ITT peut être modifiée si besoin au cours de la prise en charge.

b) Les démarches judiciaires

(1) Signalement des faits

Il s'agit du dépôt de plainte auprès du commissariat de police ou de la gendarmerie. Sans signalement, les mesures de protection des victimes sont pratiquement impossibles à mettre en place. Le dépôt de plainte permet de lancer l'enquête. La victime peut également déposer une main courante, qui laissera une trace écrite des actes, mais ne permet pas le lancement d'une enquête. La main courante ne sera pas signalée à l'auteur, alors que pour la plainte, l'auteur sera informé.

(2) *Constatation des faits*

Il s'agit du certificat de constatation, comme énoncé ci-dessus. Il est le plus souvent établi à distance (dans les jours suivants la plainte). Ce certificat est le lien qui existe entre la procédure médicale et la procédure judiciaire. L'ITT est une notion pénale, qui définit la juridiction dans laquelle l'affaire sera jugée (tribunal de police, tribunal correctionnel ou cour d'assises). Après le signalement des faits, deux procédures débutent : la procédure civile et la procédure pénale.

(3) *Procédure civile*

Il s'agit de la sollicitation du juge des affaires familiales en urgence pour la délivrance de l'ordonnance de protection. Celle-ci interdit à l'auteur d'entrer en contact avec la victime ou les enfants, et l'exclut du domicile familial. Le juge peut également se prononcer sur la garde des enfants. L'ordonnance de protection est valable 4 mois renouvelables.

(4) *Procédure pénale*

Elle s'enclenche en même temps que la procédure civile, mais uniquement si la victime a porté plainte ou si un signalement judiciaire (personnes incapables ou mineurs) a été fait. Dans cette situation, le procureur peut mettre l'auteur présumé en garde à vue dans le cadre de l'enquête. Au cours de cette procédure, une expertise médico-psychologique de l'auteur présumé et/ou de la victime peut être demandée. Après l'enquête, une audience a lieu, à laquelle il est important que la victime participe en présence de son avocat. A l'issue de l'audience, le verdict est annoncé (relaxation, condamnation).

3. *Législation (51)*

a) *Mesures alternatives aux poursuites*

Le procureur de la République peut décider de ne pas poursuivre l'auteur présumé devant un tribunal et proposer d'autres mesures :

- Composition pénale.

- Rappel à la loi.
- Stage de responsabilisation pour la prévention et la lutte contre les violences au sein du couple (accompli par l'auteur des faits, à ses frais).
- Médiation pénale (si la victime est d'accord).

b) Sanction pénale pour violences psychologiques

Si les faits n'ont pas entraîné d'ITT, ou si l'ITT est inférieure ou égale à 8 jours, la peine maximale est de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

c) Sanction pénale pour violences physiques

Les sanctions dépendent de la durée de l'ITT que ces violences ont entraîné sur la victime.

Pour une ITT inférieure ou égale à 8 jours ou une absence d'ITT, la peine maximale est de 3 ans de prison et 45 000 euros d'amende. Si les VC sont fréquentes, la peine maximale est de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.

Pour une ITT supérieure à 8 jours, la peine maximale est de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. Si les VC sont fréquentes, la peine maximale est de 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende.

En cas de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, la peine maximale encourue est de 20 ans de prison pour un seul cas de violence, et de 30 ans si les violences sont habituelles.

En cas de meurtre, assassinat, ou tentative de meurtre, la peine encourue est la prison à perpétuité.

d) Sanction pénale pour violences sexuelles

En cas de viol au sein d'un couple, la peine maximale est de 20 ans d'emprisonnement.

En cas d'agression sexuelle autre que le viol, la peine maximale est de 7 ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende.

e) Pension de réversion

La pension de réversion est la partie de la retraite dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier une personne après décès de son mari/sa femme.

La personne reconnue coupable de VC ou de crime sur son conjoint par une juridiction doit être privée du droit de bénéficier de la pension de réversion. Cela se fait automatiquement par la juridiction qui juge l'affaire de VC ou de crime sur conjoint.

I. Dépistage et orientation des victimes

1. Outils de dépistage

En 2019, la HAS publie sa première recommandation en faveur d'un dépistage et d'un repérage des FVVC. Pour réaliser ce dépistage systématique par les PS, la HAS met à disposition des fiches réflexe concernant l'accueil, l'écoute, le dépistage, la rédaction du certificat médical initial et le signalement. (7)

La MIPROF met en place des kits pédagogiques et des courts-métrages sur le site gouvernemental stop-violences-femmes.gouv.fr. (52). Le kit ANNA, un exemple d'un de ces courts-métrages, présente notamment la consultation de dépistage d'une FVVC et de son orientation vers des structures locales adaptées. (Annexe 1)

Concernant les outils de dépistage sous forme de questionnaire, le Woman Abuse Screening Tool (WAST) est utilisé dans le cadre de la médecine générale, en ville ou en hôpital. Il est validé pour l'utilisation française depuis 2018 (8), c'est le seul validé pour une utilisation en France. (Annexe 2).

2. Limites du dépistage

a) Attentes des femmes

En pratique, sur 50% de FVVC qui ont parlé de violences subies, seules 7% ont été orientées vers des structures d'aide spécialisées. (53) Les FVVC parlent peu spontanément des violences subies, principalement parce qu'elles ressentent de la honte et craignent des représailles. Plusieurs études ont montré que les FVVC considèrent que le dépistage systématique est le rôle du médecin généraliste. Leur rôle est de dépister ces violences et de leur venir en aide. Elles attendent principalement une écoute empathique sans jugement, et une prise en charge dénuée d'infantilisation. Elles veulent être responsabilisées. (54) (55) (56) Elles souhaitent également rompre le silence et l'isolement qu'elles subissent. (57)

Par ailleurs, 38 % de victimes interrogées pense que le genre du médecin à une influence, elles préfèreraient se confier à une femme-médecin. (53)

b) Rôle des professionnels de santé / du médecin généraliste

Outre le dépistage systématique, il existe un certain nombre de signes qui peuvent créer des soupçons dans l'esprit du PS (58) :

- Chez la victime : rendez-vous annulés à la dernière minute, refus des visites à domicile, consultations répétées pour des motifs bénins, surconsommation médicale.
- Chez l'auteur : présence systématique aux consultations, parler à la place de sa conjointe, attitude trop attentionnée ou infantilisation, violences verbales lors de la consultation.

En l'absence de signes évocateurs, seul le dépistage systématique peut permettre de découvrir des FVVC. 52% des FVVC ne font aucune démarche spontanément. (59)

La place du médecin généraliste dans le cadre des VC est primordiale. Il est le premier interlocuteur dans 24% des cas lorsque les victimes décident d'avoir recours à une tierce personne. (6) Il s'agit essentiellement de médecins généralistes libéraux, urgentistes et

gynéco-obstétriciens. D'après une étude américaine, plus de la moitié des femmes ont perçu des possibilités de changement après s'être confiées à leur médecin généraliste. (60)

Le PS a pour principal rôle l'accompagnement au long cours des FVVC, pendant, mais aussi après les faits. Il faut qu'il puisse orienter ces victimes vers les bonnes structures, leur fournir les adresses des différents professionnels qui pourront les aider (associations d'aide, foyers, juristes, psychologues, assistants sociaux, policier/gendarme). (6) Le PS prodigue des conseils, mais a aussi un rôle stratégique en orientant les patients au mieux en fonction des circonstances (évaluation de la gravité et de l'urgence). (30)

c) Freins au dépistage

Les freins au dépistage des FVVC sont nombreux et ont été étudiés à différentes reprises. Au total, on peut établir la liste suivante (61) (62) (41) (36) (63) (64) :

- Caractère tabou du sujet / malaise provoqué par le sujet
- Freins culturels
- Manque de temps
- Manque de disponibilité
- Défaut de formation sur les VC
- Absence ou méconnaissance du réseau d'aide aux victimes
- Peur des retombées judiciaires et/ou des représailles
- Le fait de suivre également le conjoint

En ce qui concerne la médecine générale, une thèse de 2021 explore le ressenti des médecins généralistes lors du dépistage systématique des VC à l'aide du questionnaire WAST. Les médecins interrogés estimaient que ce questionnaire était une aide efficace dans le dépistage. Mais le dépistage systématique des VC était vécu de façon difficile par les MG, car il touchait la relation médecin-patiente et à leur routine de consultation. Les médecins demandaient un cadre protecteur pour sortir de leur zone de confort et aborder le sujet des VC : diminution du tabou, mise à disposition de ressources, outils et formations. Les MG témoignaient également d'une charge mentale et d'un impact émotionnel importants rendant

difficile la poursuite du dépistage systématique. Un apprentissage de la gestion des émotions semblait nécessaire pour pratiquer le dépistage des VC au long cours. (11)

3. Dispositifs nationaux d'alerte et de lutte

La MIPROF a mis en place un numéro d'aide aux victimes national le 3919 (116006 en Europe). En 2020, un nouveau numéro apparaît avec le slogan : « Ne frappez pas ! » destiné aux auteurs de VC : 08.019.019.11. Il y a également eu la mise en place de la plateforme arrêtonslesviolences.gouv.fr, destinée aux victimes et aux témoins de violences, ouverte 24h/24 et 7j/7.

En 2020 (au moment du premier confinement français pour la pandémie de COVID 19), un dispositif d'alerte en pharmacie a été créé. Il permet une prise en charge rapide et efficace des victimes. Les victimes prononcent « masque 19 » à leur pharmacien.

Il existe également les Téléphones Grand Danger (TGD) donnés aux victimes dans des cas extrêmes, sur décision judiciaire. Ils permettent, en cas d'utilisation, une intervention rapide des forces de l'ordre sur le lieu des violences.

4. Dans la Manche

a) *La mobilisation générale (20)*

En réponse au 5^{ème} plan de mobilisation contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) du gouvernement, le département de la Manche a mis en place le « **protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences au sein du couple, les violences intrafamiliales, et les violences faites aux femmes** ». Il a été créé en 2017 et mis à jour en 2022. Ce protocole a été signé par les principaux acteurs de lutte contre les VC de la Manche (entre autres : le préfet, le procureur, le directeur de l'ARS Normandie, le président du conseil départemental de la Manche, le président de l'ordre des médecins de la Manche, la présidente de l'ordre des SF de la Manche, les directeurs d'hôpitaux de la Manche, les présidents et directeurs des associations locales).

« Les objectifs généraux de ce protocole sont de :

- Conforter et pérenniser le partenariat, le travail en réseau et ainsi faciliter la déclinaison à l'échelle départementale des orientations nationales en matière de prévention et de lutte contre ces violences,
- Formaliser les références et développer une culture commune relative à cette politique publique prioritaire : épidémiologie, connaissances sociodémographiques et leurs évolutions,
- Renforcer la cohérence entre les actions des signataires sur l'ensemble du département,
- Développer les réponses de proximité afin de renforcer l'accès aux droits des victimes les plus isolées en s'appuyant sur les acteurs locaux,
- Renforcer la connaissance des violences par l'information et la formation au cœur des territoires,
- Faire connaître et valoriser la contribution de chaque partenaire au travers d'un site départemental,
- Permettre à chacun(e) d'avoir une vision globale du dispositif départemental de prévention et de lutte contre les violences au sein du couple, intrafamiliales et faites aux femmes, à l'instar d'un observatoire départemental,
- Inscrire dans la durée l'engagement de chaque institution et association au-delà des personnes par lesquelles se réalise ce travail concret,
- Diminuer le seuil de tolérance des violences en sensibilisant la société civile. »

Par ailleurs, lors de ce protocole a été créé un guide (annexe 3) à destination des PS, recensant les structures locales d'aide et d'accueil aux FVVC dans la Manche, divisant ce département en trois selon les répartitions hospitalières : le Nord Cotentin, centré par l'hôpital de Cherbourg, le Centre-Manche, centré par l'hôpital de Saint-Lô (chef-lieu du département), et le Sud-Manche, centré par le Centre Hospitalier d'Avranches-Granville. (65)

Selon la thèse de J. BURES, en Haute-Normandie, le dépistage actif sur point d'appel des victimes de VC est fortement pratiqué dans notre région, avec un dépistage systématique plutôt marginal. (33)

b) Les associations locales

- **Le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) Louise Michel** : lieu d'accueil et d'hébergement d'urgence de FVVC. Ce centre fait partie de l'association Femmes de Cherbourg-En-Cotentin. Il accueille et héberge des femmes, avec ou sans leurs enfants. Il propose également un rôle de soutien et de réinsertion sociale des victimes en fournissant les informations, l'orientation, l'écoute et l'accompagnement pluridisciplinaire. (66)
- **La maison parentale Pauline Roland** fait elle aussi partie de l'association Femmes de Cherbourg-en-Cotentin. Elle accueille des femmes (en priorité les femmes de 16 à 25 ans) rencontrant des difficultés psychosociales, enceintes ou non, accompagnées ou non d'enfants de moins de trois ans. Ouverte depuis 1996, la Maison Parentale a une capacité d'accueil de 20 places (femmes et enfants). Elle accueille dans ce contexte et en urgence des FVVC ainsi que leurs enfants en bas-âge. (67)
- **L'association « La Belle Echappée »** offre un accueil et un accompagnement physique et/ou téléphonique individualisé aux FVVC, au long court.
- **Les Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CedIFF)** de la Manche : accueil, écoute, accompagnement des FVVC, information, information juridique. (68)
- **Les Maisons des Adolescents de la Manche (MADOM)** : elles permettent un accueil des jeunes jusqu'à 25 ans et de leurs proches dans le cadre d'une évaluation et d'un accompagnement des victimes. (69)
- **La Maison des Services Publics de la Hague (MSPH)** : elle regroupe une multitude de services d'action sociale. Dans le contexte des VC, on notera la présence du pôle famille avec le Relais assistantes maternelles, les permanences des assistantes sociales et du médecin de la Protection maternelle infantile, le Centre local d'information et de coordination, ainsi que des permanences de psychologues.
- **La Permanence de l'Association d'Aide aux Victimes (ACJM)** : Mission d'écoute, d'accompagnement et d'orientation des victimes. Elle comprend également un pool d'aide juridique et de médiation judiciaire.

Pour l'orientation dans le cadre de l'urgence, on peut également noter :

- Le commissariat de police / la gendarmerie.
- L'UMJ.
- Les urgences adultes ou les urgences gynécologiques de l'hôpital de Cherbourg-en-Cotentin.

III. Matériel et Méthode

A. Hypothèses et objectifs de l'étude

Il est supposé que les PS du Nord-Cotentin ont une connaissance insuffisante du réseau d'aides aux victimes de VC.

L'objectif principal sera de déterminer si les PS de première ligne dans le dépistage des VC (MG libéraux, SF et GO) ont connaissance des structures d'aide et d'accueil locales, dans le Nord-Cotentin.

L'objectif secondaire sera de déterminer le pourcentage de dépistage des VC, le pourcentage de suivi de ces femmes par ces PS, et les niveaux de connaissance des structures en fonction de critères variés (âge, sexe, métier, temps d'installation, structure de travail, réalisation du dépistage systématique, suivi de victimes).

B. Type d'étude

Cette étude est monocentrique et quantitative. Pour répondre à l'objectif primaire, nous sommes sur un versant descriptif. Concernant l'objectif secondaire, nous sommes sur un versant analytique. L'étude est menée sur le territoire du Nord-Cotentin, à l'aide d'un questionnaire.

C. Population étudiée

Pour choisir la population répondant au questionnaire, il m'a fallu trouver les PS confrontés au quotidien à la problématique des violences faites aux femmes. Le fait d'inclure les médecins généralistes installés dans le Nord-Cotentin était logique, jouant un rôle primordial dans le dépistage des violences et le suivi des patientes concernées. Par la suite, en concertation avec mon directeur de thèse, nous avons voulu inclure les PS réalisant le suivi gynécologique des patientes. En effet, la société actuelle va de plus en plus vers un suivi

différentiel de la femme pour la partie gynécologique et pour la partie générale de la santé. Par ailleurs, la grossesse est un moment de vulnérabilité au cours de la vie de la femme, pendant lequel les violences sont augmentées. (35) Il nous a donc semblé logique d'inclure les SF, les gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens (hospitaliers ou libéraux).

Les médecins remplaçants ou internes n'ont pas été inclus dans la population étudiée, puisqu'ils jouent un rôle temporaire au sein du territoire, et n'ont donc pas nécessairement la connaissance des structures locales (concernant les violences ou toute autre problématique).

Concernant les médecins urgentistes, ils sont certes en première ligne en ce qui concerne les violences physiques (6), mais ils n'ont pas été inclus non plus. Le service des urgences du Centre Hospitalier Public du Cotentin bénéficie d'un contact privilégié avec l'UMJ de l'hôpital, et dans le contexte d'une prise en charge aux urgences de violences physiques, la patiente est orientée directement vers ce service après la prise en charge initiale aux urgences. Ils n'ont d'ailleurs pas de rôle dans le suivi au long cours des patientes concernées. Dans ce contexte, les interroger pour savoir s'ils connaissent les structures extrahospitalières d'accueil et d'information ne semble pas pertinent.

D. Zone géographique

Les ressources locales dans le département de la Manche sont sectorisées selon trois zones : le Nord (ou Nord-Cotentin), le Centre (ou Centre Manche) et le Sud (ou Sud Manche). Ces zones sont délimitées par le département (unités territoriales), et ont ainsi chacune des projets territoriaux propres. Elles sont chacune centrées par un complexe hospitalier. Ainsi, pour pouvoir évaluer la connaissance des personnels médicaux sur les structures, j'ai dû suivre les délimitations d'une zone. J'ai fait le choix du Nord-Cotentin, ayant réalisé la majorité de mes stages d'interne là-bas. Pour la délimitation exacte du territoire, j'ai suivi la référence des communes de l'EPCI du Cotentin (<https://sig.ville.gouv.fr/Territoire/200067205>).

E. Questionnaire

1. Structures et personnes interrogées pour créer le questionnaire

- **Commissariat de police de Cherbourg.** Il a récemment créé une unité pour les femmes victimes de violence, en collaboration avec l'association « La Belle Echappée ». L'accueil des femmes victimes de violence se fait maintenant systématiquement avec une personne assignée à l'accueil et aux plaintes de VC ; il y a un processus strict, une démarche standardisée et un questionnaire très complet pour la plainte.
- **Rencontre de Mme Florence DUBOIS**, cheffe de service santé-handicap, lutte contre les discriminations et prévention de la délinquance, Chargée de projets Egalité et Conseil local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance à la mairie de Cherbourg-en-Cotentin.
- **Rencontre avec Mme Marilyne LEFEVRE**, employée de l'association « La Belle Echappée », association d'aide, d'accueil, d'écoute, de conseil et de coordination autour des FVVC.
- **Rencontre avec Mr Fabrice LEFEBVRE**, directeur du CHRS Louise Michel de Cherbourg, pour l'accueil et l'hébergement des FVVC.
- **Discussion avec le Dr Benoît PERRET**, médecin référent du CHRS Louise Michel et directeur de thèse.

2. Crédit du questionnaire

La première partie du questionnaire concerne les critères généraux. L'identité, le métier, l'âge, le temps d'installation, le sexe et le lieu d'exercice, ainsi que le fait ou non de dépister et de suivre des FVVC.

La seconde partie du questionnaire répertorie les structures locales d'accueil et d'aide aux FVVC sur la base du guide créé par « **le protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences au sein du couple, les violences intrafamiliales, et les violences**

faites aux femmes ». (Annexe 3) (Partie I4a). Nous avons également ajouté les structures d'urgence (Urgences de l'hôpital, UMJ, commissariat de police/gendarmerie).

Au total, 10 structures sont listées. Le premier tableau répertorie les 10 structures et pose la question de la connaissance de chaque structure une à une (réponse OUI/NON). Le second tableau demande aux PS s'ils ont déjà orienté une patiente à l'une ou plusieurs de ces 10 structures (réponse OUI/NON).

A noter que les structures nationales ont été exclues du questionnaire car cette étude ne cherche qu'à évaluer les connaissances de structures locales spécifiques à l'unité territoriale concernée.

Pour créer le questionnaire, j'ai utilisé le site internet Lime-Survey, spécialisé dans la création de questionnaires à des fins d'études. (Annexe 4)

Les réponses au questionnaire n'ont pas été anonymisées avant les analyses statistiques ; en effet, le fait d'avoir différents circuits de diffusion créait un risque de doublon de réponses. Ce risque était annulé en identifiant les réponses.

F. Envoi du questionnaire

Dans un premier temps, j'ai imprimé les questionnaires en de multiples exemplaires et j'ai créé un QR-code que j'ai associé au questionnaire, avec juste en-dessous le site internet (qui héberge le questionnaire) écrit en toutes lettres. J'ai apporté ces ensembles questionnaire/QR-code avec une enveloppe timbrée à mon nom dans tous les cabinets médicaux libéraux ainsi qu'à l'hôpital et dans toutes les structures ayant un PS concerné par le questionnaire (maison de santé, Protection Maternelle et Infantile, etc) que j'ai pu trouvées. Chaque enveloppe avait dessus un post-it qui remerciait l'éventuel participant et donnait la date limite de réception des questionnaires complétés. Au total, 171 questionnaires ont été distribués en format papier. Ils ont été apportés entre le 1^{er} juin et le 15 août 2022.

Si j'ai choisi de donner les questionnaires papier personnalisés directement aux PS (manuellement, par boîte aux lettres ou via les secrétariats), c'est parce que le taux de réponses par voie numérique est souvent assez bas (5 à 10% de répondants) contrairement à

la voie postale. J'ai donc utilisé les deux modes de diffusion pour obtenir un bénéfice plus optimal.

En août 2022, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Normandie a transmis un mail à tous les médecins généralistes libéraux de sa liste de diffusion, qui étaient localisés le territoire concerné par ma thèse. 111 médecins étaient destinataires de l'e-mail.

La période de recueil s'est étendue du 1^{er} juin 2022 au 31 août 2022. Les réponses au questionnaire reçues par courrier postal ont été recopiées sur le site hébergeur du questionnaire, de manière à regrouper toutes les réponses au questionnaire en une liste unique, permettant ainsi d'ôter les doublons et d'anonymiser les données pour les analyses statistiques.

G. Analyses statistiques

Elles n'ont concerné que l'objectif secondaire. Les analyses ont été réalisées sur deux axes :

- Des analyses sur les moyennes via un test de Student, de Wilcoxon ou d'Anova (quand les échantillons analysés étaient inférieurs à 30), avec un risque de première espèce alpha = 5%. Ces tests ont permis une analyse globale de la connaissance des structures par rapport aux critères populationnels (âge, sexe etc.)
- Des analyses sur les variables qualitatives via des tests de Khi-2, avec un risque de première espèce alpha = 5%. Ces tests ont permis une analyse individualisée de la connaissance des structures par rapport aux critères populationnels (âge, sexe etc.)

IV. Résultats

A. Diagramme de flux

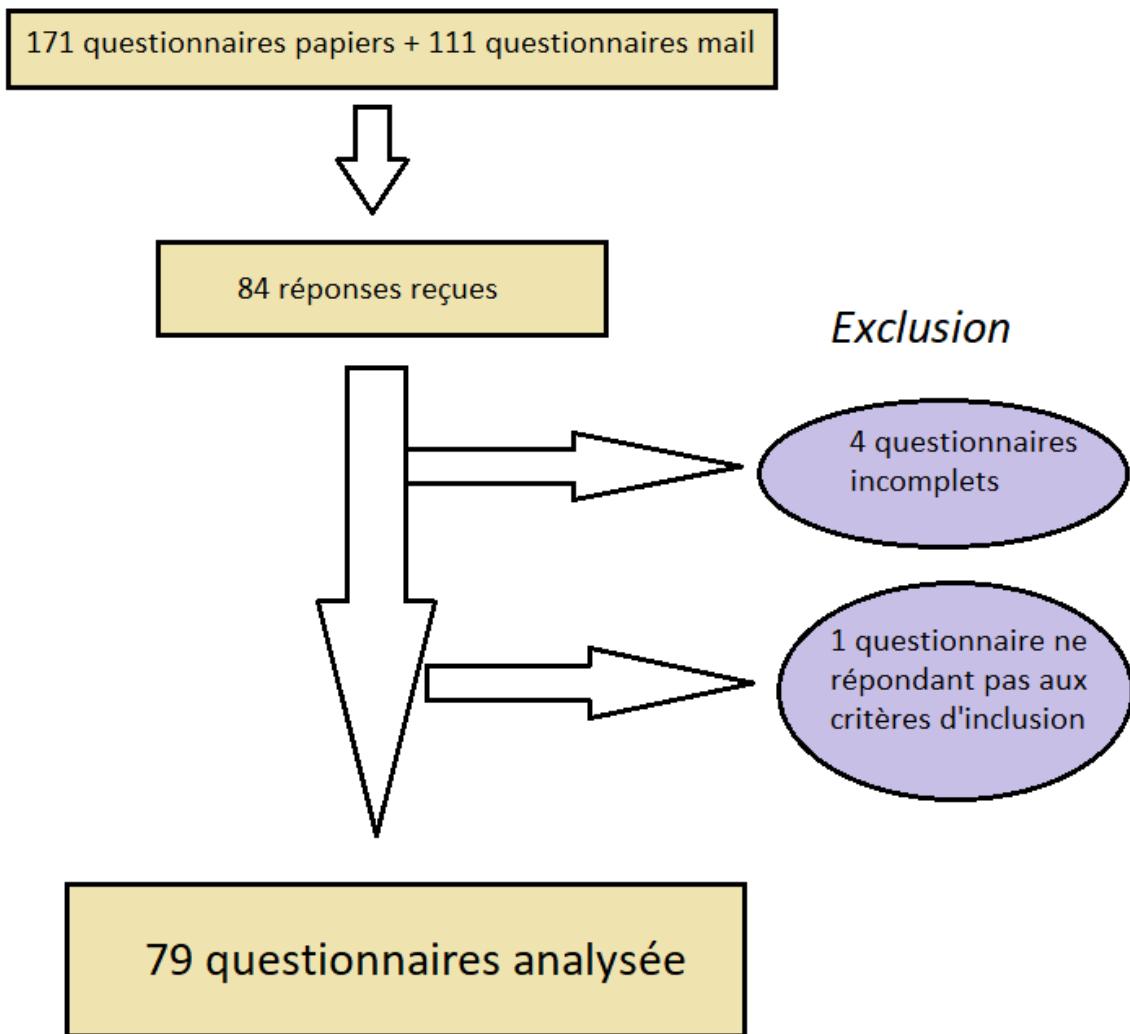


Figure 2 : Diagramme de flux.

Sur l'ensemble des 84 réponses obtenues, il n'y a eu aucun doublon. Les réponses ont été anonymisées après vérification de l'absence de doublons. Sur les 84 réponses obtenues, 57 ont été reçues par voie postale et recopiées sur le site internet du questionnaire. 5 questionnaires ont été exclus de l'analyse (4 incomplets, et un rempli par un interne en médecine générale, qui n'est donc pas dans les critères d'inclusion). Sur les 79 questionnaires analysés, 27 ont été reçus par voie électronique et 52 par voie postale.

B. Caractéristiques de la population étudiée

1. Représentativité de l'échantillon

Au moment de la distribution de mon questionnaire, 181 PS répondaient aux critères d'inclusion. Mon échantillon comprend 79 PS. J'ai donc reçu 43,6 % de réponses.

2. Sexe des PS

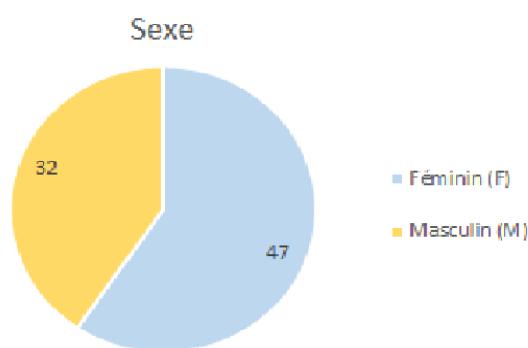


Figure 3 :
répartition des PS
selon le sexe
(n = 79).

3. Age

Les PS répondants ont entre 22 et 75 ans, pour une moyenne d'âge de 46,49 ans.

4. Professions

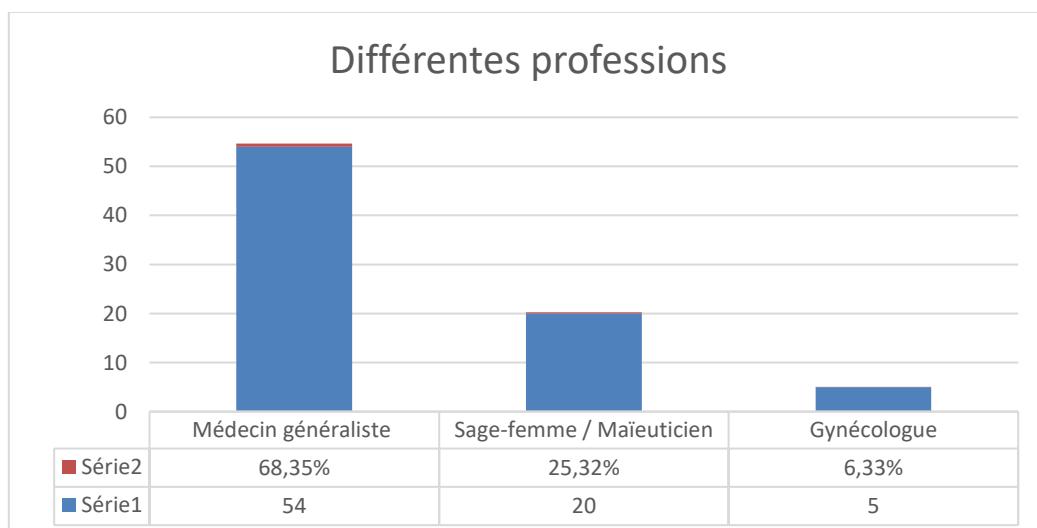


Figure 4 : Répartition des PS selon leur métier (n = 79).

Les effectifs en Nord-Cotentin de la population générale, au moment de la distribution des questionnaires, sont les suivants : 111 MG installés (61 %), 59 maëeuticiens (33%) et 11 GO (libéraux et hospitaliers) (6 %). Notre échantillon est donc assez proche de la répartition des PS concernés en Nord-Cotentin.

5. Temps d'installation

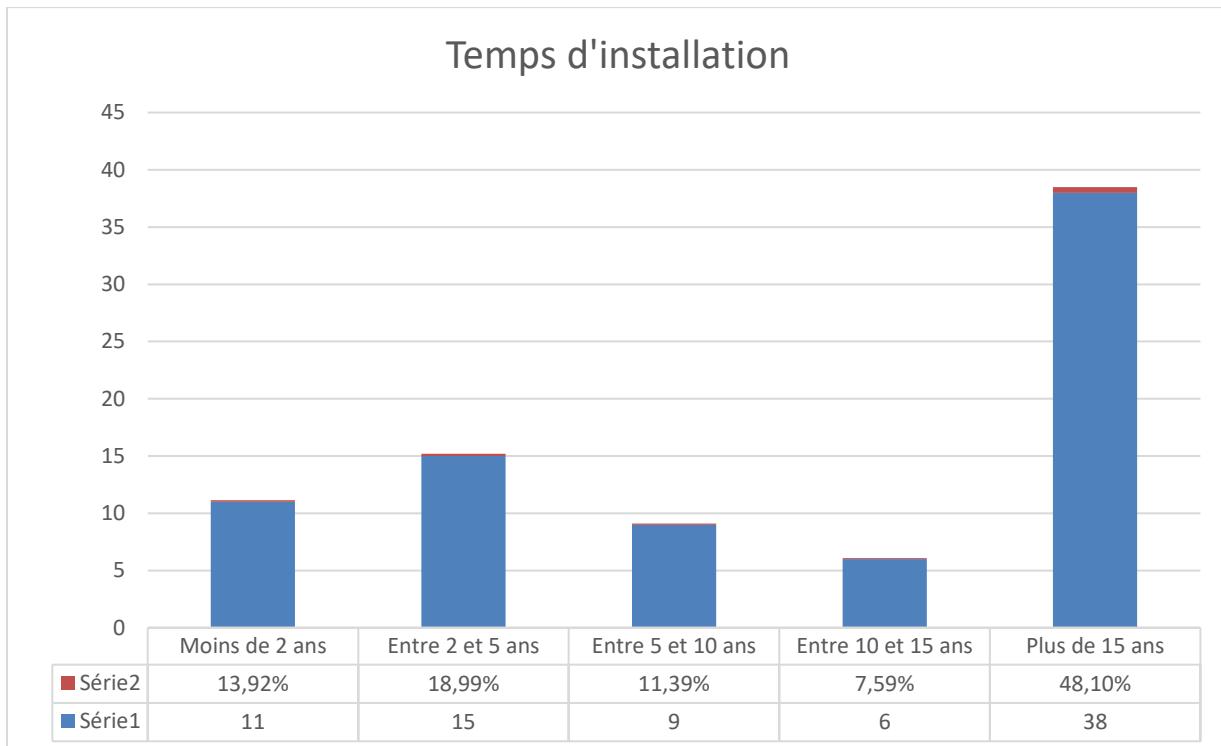


Figure 5 : Répartition des PS selon leur temps d'installation dans le Nord-Cotentin (n = 79)

La majorité des répondants travaillent dans les Nord-Cotentin depuis plus de 15 ans.

6. Structures d'exercice

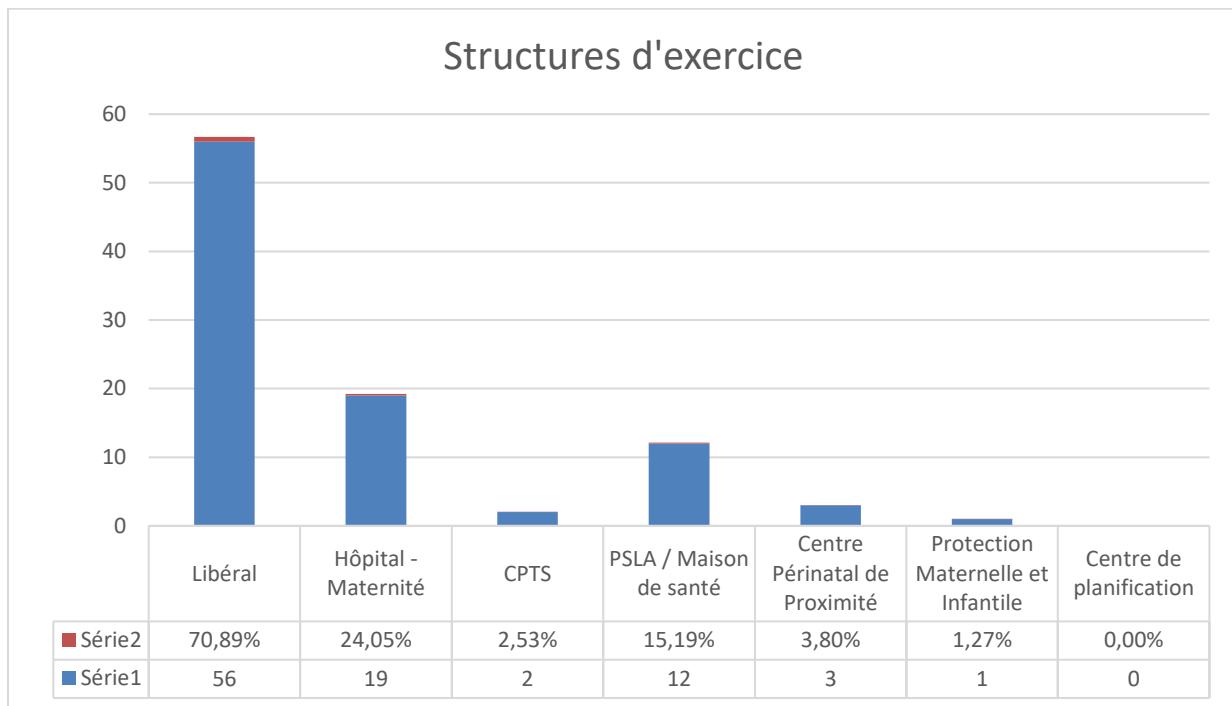


Figure 6 : Répartition des PS selon leurs structures d'exercice (n = 79)

7. Dépistage et suivi de FVVC

Pourcentage de dépistage

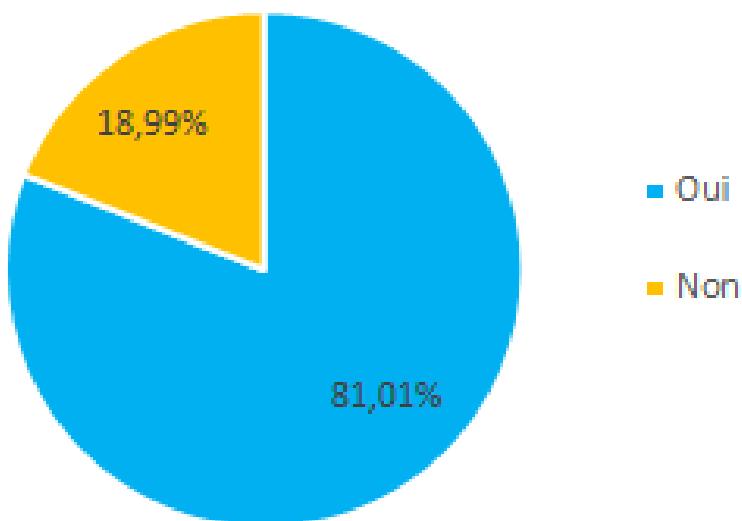


Figure 7 : Répartition des PS qui dépistent ou non les VC.

Pourcentage de suivi

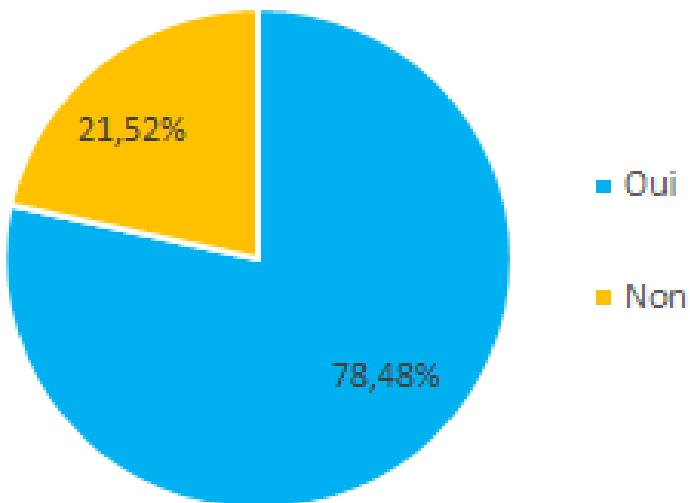


Figure 8 : Répartition des PS qui suivent ou non des FVVC.

C. Résultats de l'objectif principal

L'objectif principal vise à déterminer si les PS de première ligne dans le dépistage des VC (MG libéraux, SF et GO) ont connaissance des structures d'aide et d'accueil locales, dans le Nord-Cotentin.

1. Connaissance et orientation des structures : chiffres généraux

a) Connaissance des structures

10 structures ont été analysées. Parmi ces 10 structures, nous trouvons les urgences hospitalières, le commissariat de police et l'UMJ, qui sont toutes trois des structures de première intention présentes dans chaque département (donc non locales). 100 % des répondants ont déclaré connaître les urgences et le commissariat de police, et 75 % l'UMJ. Si nous retirons ces 3 structures et ne retenons que les structures locales du réseau d'aide aux FVVC :

- 16,5 % des PS répondants ne connaissent aucune des structures locales (soit 13/79).

- 4 % déclarent connaître toutes les structures.
- En moyenne, les PS connaissent 2,6 structures sur 7, soit environ 3 sur 7.

b) Orientation dans les structures.

Concernant les 10 structures (incluant les urgences et les forces de l'ordre) :

- 16,5 % des PS répondants n'ont jamais orienté une FVVC vers une structure (soit 13/79).
- Au cours de leur vie professionnelle dans le Cotentin, les PS ont orienté des FVVC en moyenne vers 3 structures différentes (2,9 sans arrondir).

En excluant les urgences, l'UMJ et le commissariat de police :

- 35 % des PS répondants n'ont jamais orienté une FVVC vers une structure locale (soit 28/79) ; 65 % des répondants ont donc orienté au moins une fois une FVVC vers une structure locale du Cotentin.
- Au cours de leur vie professionnelle dans le Cotentin, les PS ont orienté des FVVC en moyenne vers 1 structure (1,2 sans arrondir).

2. Connaissance et orientation vers les structures, individuellement

a) Connaissance des structures

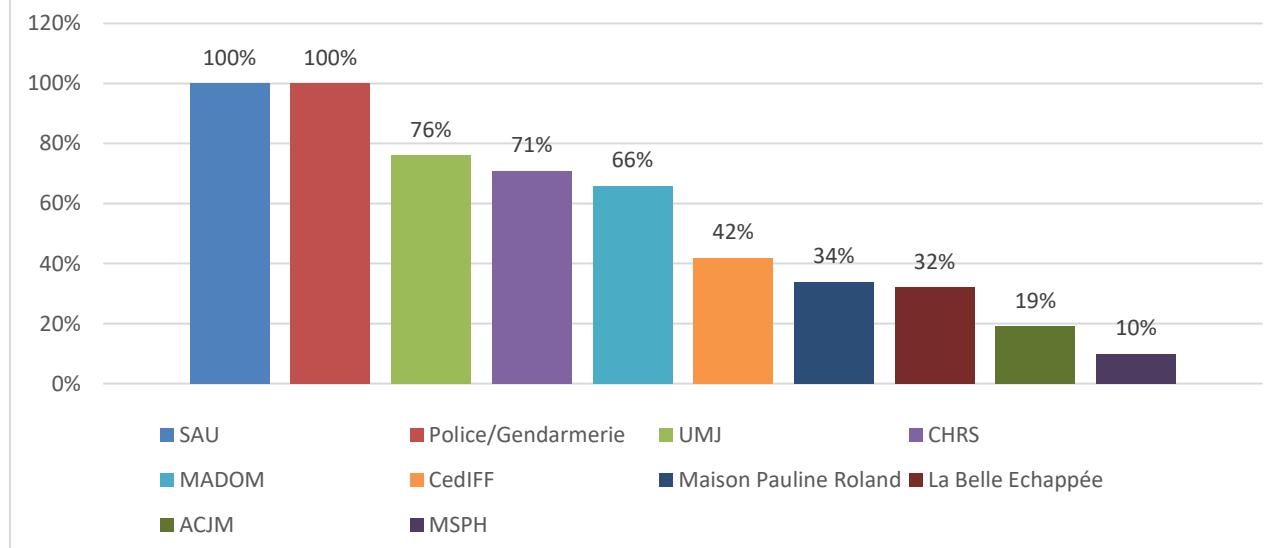
(CHRS = Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, CedIFF = Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles, UMJ = Unité Médico-Judiciaire, SAU = Service d'Accueil des Urgences, MADOM = Maison des Adolescents de la Manche, MSPH = Maison des Services Publics de la Hague, ACJM = Association d'Aide aux Victimes)

Structures/connaissance	Oui	Non
CHRS	56 (71%)	23 (29%)
Maison Pauline Roland	27 (34%)	52 (66%)
La Belle Echappée	25 (32%)	54 (68%)
CedIFF	33 (42%)	46 (58%)
UMJ	60 (76%)	19 (24%)
SAU	79 (100%)	0 (0%)
MADOM	52 (66%)	27 (34%)
MSPH	8 (10%)	71 (90%)
ACJM	15 (19%)	64 (81%)
Commissariat de police/Gendarmerie	79 (100%)	0 (0%)

Tableau 1 : Connaissance des structures par les professionnels de santé

100 % des PS connaissent le SAU et le commissariat de police. La troisième structure la plus connue est l'UMJ. Il s'agit des trois structures essentielles de premier recours. Concernant les structures locales, la plus connue parmi les PS est le CHRS. La moins connue est la MSPH.

Figure 9 : Pourcentage de connaissance des structures par les PS



b) Orientation vers les structures

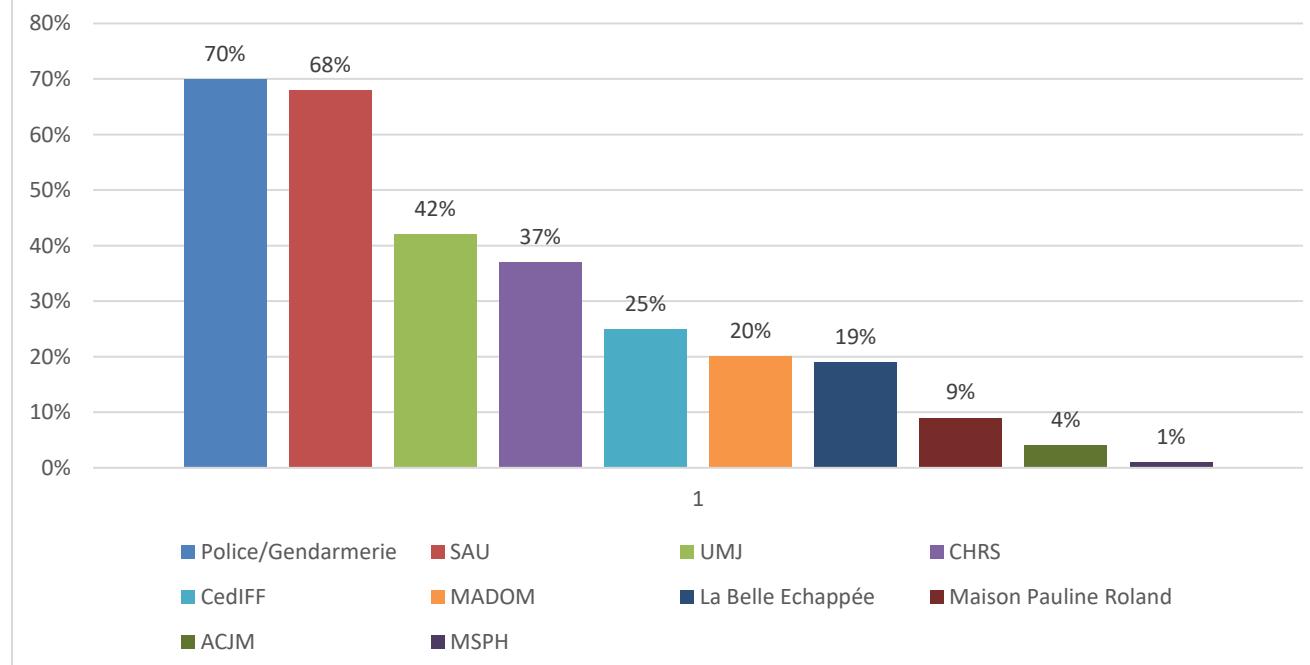
(CHRS = Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, CedIFF = Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles, UMJ = Unité Médico-Judiciaire, SAU = Service d'Accueil des Urgences, MADOM = Maison des Adolescents de la Manche, MSPH = Maison des Services Publics de la Hague, ACJM = Association d'Aide aux Victimes)

Structure/orientation	Oui	Non
CHRS	29 (37%)	50 (63%)
Maison Pauline Roland	7 (9%)	72 (91%)
La Belle Echappée	15 (19%)	64 (81%)
CedIFF	20 (25%)	59 (75%)
UMJ	33 (42%)	46 (58%)
SAU	54 (68%)	25 (32%)
MADOM	16 (20%)	63 (80%)
MSPH	1 (1%)	78 (99%)
ACJM	3 (4%)	76 (96%)
Commissariat de police/Gendarmerie	55 (70%)	24 (30%)

Tableau 2 : Orientation vers les structures par les professionnels de santé

70 % des PS ont déjà orienté une FVVC vers les urgences ou le commissariat de police/la gendarmerie. 37 % ont déjà orienté une FVVC vers le CHRS. Très peu de PS orientent les FVVC vers la MSPH ou l'ACJM.

Figure 10 : Pourcentage d'orientation dans les structures par les PS



D. Résultats de l'objectif secondaire

L'objectif secondaire vise à déterminer le pourcentage de dépistage des VC, le suivi de ces femmes par ces PS et les niveaux de connaissance des structures en fonction de critères variés (âge, sexe, métier, temps d'installation, structure de travail, réalisation du dépistage systématique, suivi de victimes).

1. Suivi et dépistage des VC par les PS.

Suivi / Dépistage	Non	Oui	Total général
Non	7,59%	13,92%	21,52%
Oui	11,39%	67,09%	78,48%
Total général	18,99%	81,01%	100,00%

Tableau 3 : Pourcentages croisés entre le dépistage et le suivi des FVVC par les PS.

19 % des PS répondants ne dépistent pas les VC, et 22 % n'en suivent pas dans leur patientèle. Dans notre population, 81 % des PS dépistent les VC, et 67 % dépistent les VC et suivent les FVVC.

2. Analyses statistiques

a) Généralités

Dans un premier temps, j'ai compté le nombre de structures connues de chaque participant ($n = 79$) parmi 10 structures, et mis les nombres obtenus en pourcentage (exemple un participant connaît 4 structures sur 10, donc 40%). Ensuite, j'ai comparé les moyennes des structures connues en fonction des différents critères. Dans un deuxième temps, j'ai analysé les connaissances des structures individuellement selon les mêmes critères.

Pour les **analyses sur les moyennes** (variables quantitatives), j'ai utilisé plusieurs types de test d'hypothèse selon le nombre de groupes et le nombre de répondants par groupes. Pour utiliser le test de Student, il faut que chaque groupe comparé soit $n >/= 30$, sinon, il faut utiliser un test de Wilcoxon (s'il y a 2 groupes) ou un test d'Anova (s'il y a plus de deux groupes). Mais les hypothèses H_0 et H_1 seront toujours les suivantes :

- H_0 : Il n'existe pas de différence significative entre les moyennes des groupes ;
- H_1 : Il existe une différence significative entre les moyennes des groupes.

Le risque alpha de première espèce sera toujours alpha = 5%. Et les P-Values seront significatives si P-value < 0,05.

Pour les **analyses sur variables qualitatives** (connaissance des structures individuellement par rapport aux différents critères), le test du χ^2 sera utilisé à chaque fois. Il permet de déterminer si les variables comparées sont dépendantes ou non l'une de l'autre. Les hypothèses seront toujours les suivantes :

- H_0 : Les variables sont indépendantes l'une de l'autre, autrement dit, il n'y a pas de lien ou de relation entre les deux variables.
- H_1 : Les variables ne sont pas indépendantes l'une de l'autre, autrement dit, il existe un lien ou une relation entre les deux variables.

Le risque alpha de première espèce sera toujours = 5%. Et les P-Values seront significatives si P-Value < 0,05.

Puisque 100% des PS déclarent connaître le SAU et le commissariat/la gendarmerie, ces deux structures n'ont pas été analysées.

b) Connaissance des structures en fonction de l'âge des PS

L'âge moyen de la population étudiée est de 46,49 ans, j'ai donc divisé ma population en deux groupes en fonction de l'âge : « moins de 45 ans » et « 45 ans et plus ».

(1) Analyse sur les moyennes (annexe 5)

En moyenne, le groupe « 45 ans et plus » ($n = 41$) connaît 53,7% des structures. Le groupe « moins de 45 ans » ($n = 38$) connaît 56,1% des structures.

Pour l'analyse sur la moyenne, j'ai d'abord vérifié que les deux groupes étaient comparables (nombre inégal), par un test d'égalité des variances ; P-Value = 0,46 donc les variances sont égales, les deux groupes peuvent donc être comparés.

Pour comparer les moyennes, j'ai utilisé un test de Student ($n > 30$ dans les deux groupes). P-Value = 0,61 ; l'hypothèse H_0 n'est donc pas rejetée : ***il n'y a pas de différence significative des moyennes sur le fait de connaître les structures selon l'âge.***

(2) Analyses individuelles : test de Khi2 (annexe 6)

Les structures ont été analysées individuellement, en fonction du critère d'âge, afin de savoir si les deux critères (âge VS connaissance de la structure en question) sont dépendants, c'est-à-dire qu'il y a un lien entre les deux.

Tableau 4 : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et l'âge des PS

Structure	P-Value
CHRS	0,145
Maison Pauline Roland	0,153
La Belle Echappée	0,62
CedIFF	0,607
UMJ	0,007
MADOM	0,153
MSPH	0,39
ACJM	0,652

Nous remarquons donc que les variables « connaissance de l'UMJ par le PS » et « âge du PS » ont un lien l'une avec l'autre.

Âge	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins de 45 ans	43,0%	5,1%	48,1%
45 ans et plus	32,9%	19,0%	51,9%
Total général	75,9%	24,1%	100,0%

Tableau 5 : Pourcentages croisés entre la connaissance de l'UMJ par le PS et son âge

En regardant le tableau 5, nous pouvons imaginer que les PS de moins de 45 ans connaissent plus souvent la structure UMJ.

c) Connaissance des structures en fonction du sexe des PS

(1) Analyse sur les moyennes (annexe 7)

En moyenne, le groupe « femme » ($n = 47$) connaît 56,4% des structures. Le groupe « homme » ($n = 32$) connaît 52,5% des structures.

Pour l'analyse sur la moyenne, j'ai d'abord vérifié que les deux groupes étaient comparables (nombre inégal), par un test d'égalité des variances ; P-Value = 0,12 donc les variances sont égales, les deux groupes peuvent donc être comparés.

Pour comparer les moyennes, j'ai utilisé un test de Student (n > 30 dans les deux groupes). P-Value = 0,42 ; l'hypothèse H0 n'est donc pas rejetée : ***il n'y a pas de différence significative des moyennes sur le fait de connaître les structures selon le sexe.***

(2) Analyses individuelles : test de Khi2 (annexe 8)

Les structures ont été analysées individuellement, en fonction du critère de sexe, afin de savoir si les deux critères (sexe VS connaissance de la structure en question) sont dépendants, c'est-à-dire qu'il y a un lien entre les deux.

Tableau 6 : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et le sexe des PS

Structure	P-Value
CHRS	0,73
Maison Pauline Roland	0,651
La Belle Echappée	0,579
CedIFF	0,003
UMJ	0,871
MADOM	0,651
MSPH	0,564
ACJM	0,965

Nous remarquons donc que les variables « connaissance du CedIFF par le PS » et « sexe du PS » ont un lien l'une avec l'autre.

Sexe	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Féminin	32,9%	26,6%	59,5%
Masculin	8,9%	31,6%	40,5%
Total général	41,8%	58,2%	100,0%

Tableau 7 : Pourcentages croisés entre la connaissance du CedIFF par le PS et son sexe

En regardant le tableau 7, nous pouvons supposer que les PS femmes connaissent plus le CedIFF que les PS hommes.

d) Connaissance des structures en fonction de la profession des PS

(1) Analyse sur les moyennes (annexe 9)

En moyenne :

- Le groupe « maïeuticiens/sages-femmes » (n = 20) connaît 63,5% des structures.
- Le groupe « médecins généralistes » (n = 54) connaît 53,5% des structures.
- Le groupe « gynéco-obstétriciens » (n = 5) connaît 34% des structures.

Pour comparer les moyennes, j'ai utilisé un test d'Anova (n < 30 dans deux des trois groupes). P-Value = 0,01 ; l'hypothèse H0 est donc rejetée : ***il existe une différence significative des moyennes sur le fait de connaître les structures selon le métier.***

Ce test ne permet pas de conclure quel groupe est significativement différent d'un autre au niveau des moyennes, mais à la vue de la distribution des moyennes, on peut considérer que les maïeuticiens/sages-femmes connaissent plus de structures locales que les médecins généralistes, qui eux-mêmes en connaissent plus que les gynéco-obstétriciens.

(2) Analyses individuelles : test de Khi2 (annexe 10)

Les structures ont été analysées individuellement en fonction du critère de profession, afin de savoir si les deux critères (profession VS connaissance de la structure en question) sont dépendants, c'est-à-dire qu'il y a un lien entre les deux.

Tableau 8 : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et la profession des PS

Structure	P-Value
CHRS	0,979
Maison Pauline Roland	0,91
La Belle Echappée	0,995
CedIFF	0,774
UMJ	0,939
MADOM	0,781
MSPH	0,992
ACJM	0,967

Devant ces chiffres, nous pouvons conclure que la profession (MG, SF ou GO) n'a pas d'influence sur la connaissance des structures de façon individuelle.

e) Connaissance des structures en fonction du temps d'installation des PS dans le Nord Cotentin

(1) Analyse sur les moyennes (annexe 11)

En moyenne :

- Le groupe « moins de 2 ans » (n = 11) connaît 52,7% des structures.
- Le groupe « entre 2 et 5 ans » (n = 15) connaît 51,3% des structures.
- Le groupe « entre 5 et 10 ans » (n = 9) connaît 50% des structures.
- Le groupe « entre 10 et 15 ans » (n = 6) connaît 43,3% des structures
- Le groupe « plus de 15 ans » (n = 38) connaît 59,7% des structures

Pour comparer les moyennes, j'ai utilisé un test d'Anova (n < 30 dans deux des trois groupes). P-Value = 0,29 ; l'hypothèse H0 n'est donc pas rejetée : **il n'y a pas de différence significative des moyennes sur le fait de connaître les structures selon le temps d'installation.**

(2) Analyses individuelles : test de Khi2 (annexe 12)

Les structures ont été analysées individuellement, en fonction du critère de temps d'installation, afin de déterminer si les deux critères (temps d'installation VS connaissance de la structure en question) sont dépendants, c'est-à-dire qu'il y a un lien entre les deux.

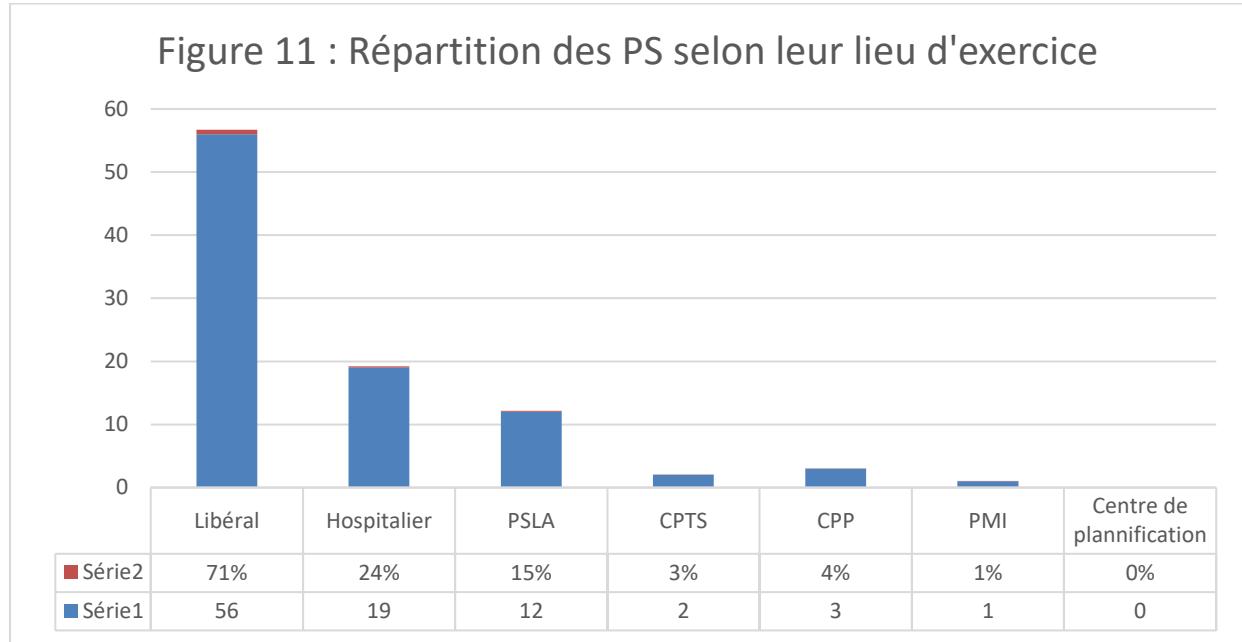
Tableau 9 : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et le temps d'installation des PS dans le Nord-Cotentin

Structure	P-Value
CHRS	0,375
Maison Pauline Roland	0,961
La Belle Echappée	0,902
CedIFF	0,944
UMJ	0,928
MADOM	0,766
MSPH	0,984
ACJM	0,95

Devant ces chiffres, nous pouvons conclure que le temps d'installation n'a pas d'influence sur la connaissance des structures de façon individuelle.

f) Connaissance des structures en fonction du type d'exercice du PS (Libéral/Hospitalier)

Dans le questionnaire que j'ai réalisé, la question demandant le lieu d'exercice était à choix multiple (8 choix). La distribution des réponses était la suivante :



Pour rester pertinent, je n'ai réalisé de tests comparatifs qu'avec le fait de travailler en libéral ou en hospitalier. Le fait de travailler en libéral ou en milieu hospitalier n'est cependant pas mutuellement exclusif, j'ai donc réalisé deux séries de tests comparatifs.

(1) Travail en libéral

(a) Analyse sur les moyennes (annexe 13)

Concernant le fait de travailler en libéral ; en moyenne, le groupe « travaille en libéral » ($n = 56$) connaît 54,3% des structures. Le groupe « ne travaille pas en libéral » ($n = 23$) connaît 56% des structures.

Pour l'analyse sur la moyenne, j'ai d'abord vérifié que les deux groupes étaient comparables (nombre inégal), par un test d'égalité des variances ; P-Value = 0,11 donc les variances sont égales, les deux groupes peuvent donc être comparés.

Pour comparer les moyennes, j'ai utilisé un test de Wilcoxon ($n < 30$ dans l'un des deux groupes). P-Value = 0,57 ; l'hypothèse H_0 n'est donc pas rejetée : ***il n'y a pas de différence significative des moyennes sur le fait de connaître les structures selon le fait de travailler en libéral.***

J'ai confirmé ce résultat en réalisant un test de Student (en supposant que la distribution suive une loi normale), dont la P-Value est 0,73, la conclusion est donc la même.

(b) Analyses individuelles : test du khi2 (annexe 14)

Les structures ont été analysées individuellement, en fonction du fait de travailler en libéral, afin de savoir si les deux critères (travail libéral VS connaissance de la structure en question) sont dépendants, c'est-à-dire qu'il y a un lien entre les deux.

Tableau 10 : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et le fait de travailler en libéral

Structure	P-Value
CHRS	0,477
Maison Pauline Roland	0,942
La Belle Echappée	0,701
CedIFF	0,088
UMJ	0,001
MADOM	0,007
MSPH	0,787
ACJM	0,817

Nous remarquons donc que les variables « connaissance de l'UMJ par le PS » et « travail en libéral » ont un lien l'une avec l'autre. Le tableau 11 nous permet d'interpréter ce lien : les PS travaillant en libéral connaissent moins la structure UMJ que les PS ne travaillant pas en libéral.

Travail en libéral/UMJ	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	29,1%	0,0%	29,1%
Oui	46,8%	24,1%	70,9%
Total général	75,9%	24,1%	100,0%

Tableau 11 : Pourcentages croisés entre la connaissance de l'UMJ par le PS et le fait de travailler en libéral

Les variables « connaissance du CedIFF par le PS » et « travail en libéral » ont également un lien. Le tableau 12 semble montrer que les PS travaillant en libéral connaissent plus la structure CedIFF.

Travail en libéral/CedIFF	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	12,7%	16,5%	29,1%
Oui	53,2%	17,7%	70,9%
Total général	65,8%	34,2%	100,0%

Tableau 12 : Pourcentages croisés entre la connaissance du CedIFF par le PS et le fait de travailler en libéral

(2) *Travail en milieu hospitalier*

(a) Analyse sur les moyennes (annexe 15)

Concernant le fait de travailler en libéral ; en moyenne, le groupe « travaille en libéral » (n = 19) connaît 57,9% des structures. Le groupe « ne travaille pas en libéral » (n = 60) connaît 53,8% des structures.

Pour l'analyse sur la moyenne, j'ai d'abord vérifié que les deux groupes étaient comparables (nombre inégal), par un test d'égalité des variances ; P-Value = 0,37 donc les variances sont égales, les deux groupes peuvent donc être comparés.

Pour comparer les moyennes, j'ai utilisé un test de Wilcoxon (n < 30 dans l'un des deux groupes). P-Value = 0,40 ; l'hypothèse H0 n'est donc pas rejetée : ***il n'y a pas de différence significative des moyennes sur le fait de connaître les structures selon le fait de travailler en milieu hospitalier.***

J'ai confirmé ce résultat en réalisant un test de Student (en supposant que la distribution suit une loi normale), dont la P-Value est 0,46, la conclusion est donc similaire.

(b) Analyses individuelles : test du khi2 (annexe 16)

Les structures ont été analysées individuellement, en fonction du fait de travailler en milieu hospitalier, afin de savoir si les deux critères (travail hospitalier VS connaissance de la structure en question) sont dépendants, c'est-à-dire qu'il y a un lien entre les deux.

Tableau 13 : P-Value
après tests Khi2 entre la connaissance des structures et le fait de travailler en milieu hospitalier

Structure	P-Value
CHRS	0,758
Maison Pauline Roland	0,403
La Belle Echappée	0,567
CedIFF	0,102
UMJ	0,921
MADOM	0,825
MSPH	0,972
ACJM	0,989

Devant ces chiffres, nous pouvons conclure que le fait de travailler en hospitalier n'a pas d'influence sur la connaissance des structures de façon individuelle.

g) Connaissance des structures en fonction du fait de dépister ou non les VC

(1) Analyse sur les moyennes (annexe 17)

En moyenne, le groupe « oui [je dépiste les VC] » (n = 64) connaît 58% des structures. Le groupe « non [je ne dépiste pas les VC] » (n = 15) connaît 41% des structures.

Pour l'analyse sur la moyenne, j'ai d'abord vérifié que les deux groupes étaient comparables (nombre inégal), par un test d'égalité des variances ; P-Value = 0,11 donc les variances sont égales, les deux groupes peuvent donc être comparés.

Pour comparer les moyennes, j'ai utilisé un test de Wilcoxon (n < 30 dans l'un des deux groupes). P-Value = 0,005 ; l'hypothèse H0 est donc rejetée : **il existe une différence significative des moyennes sur le fait de connaître les structures selon le fait de dépister les VC.**

J'ai confirmé ce résultat en réalisant un test de Student (en supposant que la distribution suit une loi normale), dont la P-Value est 0,004, la conclusion est donc similaire.

En connaissant les statistiques ci-dessus, ce lien semble aller dans le sens suivant : les PS qui dépistent les VC connaissent plus de structures du réseau d'aide aux FVVC.

(2) Analyses individuelles : test de Khi2 (annexe 18)

Les structures ont été analysées individuellement, en fonction du critère de dépistage, afin de savoir si les deux critères (réalisation du dépistage VS connaissance de la structure en question) sont dépendants, c'est-à-dire qu'il y a un lien entre les deux.

Tableau 14 : P-Value
après tests Khi2 entre la
connaissance des
structures et le fait de
dépister ou non les VC

Structure	P-Value
CHRS	0,918
Maison Pauline Roland	0,013
La Belle Echappée	0,949
CedIFF	0,188
UMJ	0,023
MADOM	0,597
MSPH	0,987
ACJM	0,934

Nous remarquons donc que les variables « connaissance de la maison Pauline Roland par le PS » et « réalisation du dépistage de VC » ont un lien l'une avec l'autre. Le tableau 15 nous permet d'interpréter ce lien : les PS qui ne dépistent pas les VC ne connaissent pas la Maison Pauline Roland.

Dépistage / Maison Pauline Roland	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	1,3%	17,7%	19,0%
Oui	32,9%	48,1%	81,0%
Total général	34,2%	65,8%	100,0%

Tableau 15 : Pourcentages croisés entre la connaissance de la Maison Pauline Roland par le PS et le fait de dépister les VC

Les variables « connaissance de l'UMJ par le PS » et « réalisation du dépistage de VC » ont également un lien. Le tableau 16 semble montrer que les PS qui dépistent les VC connaissent plus l'UMJ que ceux qui ne dépistent pas.

Dépistage / UMJ	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	10,1%	8,9%	19,0%
Oui	65,8%	15,2%	81,0%
Total général	75,9%	24,1%	100,0%

Tableau 16 : Pourcentages croisés entre la connaissance de l'UMJ par le PS et le fait de dépister les VC

h) Connaissance des structures en fonction du fait de suivre des FVVC dans la patientèle des PS

(1) Analyse sur les moyennes (annexe 19)

En moyenne, le groupe « oui [je suis des FVVC] » (n = 62) connaît 56,5% des structures.

Le groupe « non [je ne dépiste pas les FVVC] » (n = 17) connaît 48,8% des structures.

Pour l'analyse sur la moyenne, j'ai d'abord vérifié que les deux groupes étaient comparables (nombre inégal), par un test d'égalité des variances ; P-Value = 0,15 donc les variances sont égales, les deux groupes peuvent donc être comparés.

Pour comparer les moyennes, j'ai utilisé un test de Wilcoxon (n < 30 dans l'un des deux groupes). P-Value = 0,17 ; l'hypothèse H0 n'est donc pas rejetée : ***il n'existe pas de différence significative des moyennes sur le fait de connaître les structures selon le fait de suivre des FVVC.***

J'ai confirmé ce résultat en réalisant un test de Student (en supposant que la distribution suit une loi normale), dont la P-Value est 0,18, la conclusion est donc similaire.

(2) Analyses individuelles : test de Khi2 (annexe 20)

Les structures ont été analysées individuellement en fonction du critère de suivi, afin de savoir si les deux critères (réalisation de suivi de FVVC VS connaissance de la structure en question) sont dépendants, c'est-à-dire qu'il y a un lien entre les deux.

Tableau 17 : P-Value après tests Khi2 entre la connaissance des structures et le fait de suivre ou non des FVVC

<i>Structure</i>	<i>P-Value</i>
<i>CHRS</i>	0,935
<i>Maison Pauline Roland</i>	0,206
<i>La Belle Echappée</i>	0,417
<i>CedIFF</i>	0,023
<i>UMJ</i>	0,998
<i>MADOM</i>	0,066
<i>MSPH</i>	0,982
<i>ACJM</i>	0,969

Nous remarquons donc que les variables « connaissance du CedIFF par le PS » et « réalisation du suivi de FVVC » ont un lien l'une avec l'autre. Le tableau 18 nous permet d'interpréter ce lien : les PS qui suivent des FVVC connaissent plus la structure CedIFF.

Suivi FVVC / CedIFF	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	3,8%	17,7%	21,5%
Oui	38,0%	40,5%	78,5%
Total général	41,8%	58,2%	100,0%

Tableau 18 : Pourcentages croisés entre la connaissance du CedIFF par le PS et le fait de suivre des FVVC

E. Une statistique inattendue...

Pour inciter les PS à répondre à mon questionnaire, j'ai laissé la possibilité aux répondants d'ajouter leur adresse e-mail afin de recevoir une plaquette d'information (Annexe 21) sur les structures locales du Cotentin.

60 répondants sur 79, soit 76% des répondants, ont laissé leur adresse e-mail pour recevoir cette plaquette.

V. Discussion

A. A propos du travail réalisé

1. Les forces de la thèse

a) *Taux de réponses*

Il existe certes des biais de sélection (détaillés ci-dessous), mais le taux de réponse au questionnaire est de 43,6%, ce qui est au-delà de mes attentes. L'échantillon atteint presque la moitié de la population cible.

b) *Distribution d'une plaquette d'information*

Afin de pallier la méconnaissance des structures locales d'accueil et d'information à destination des FVVC, 76% des répondants au questionnaire ont souhaité recevoir la plaquette d'information que je leur proposais, afin d'enrichir leurs connaissances et leurs compétences concernant la prise en charge des FVVC.

Ce pourcentage nous montre l'intérêt des PS pour le sujet des VC, qui est un sujet d'actualité depuis plusieurs années déjà.

Dans cette plaquette (Annexe 21), je rappelle les taux faibles de dépistage systématique, les recommandations de la HAS 2019, ainsi que les outils pour réaliser un dépistage efficace (questionnaire WAST et son interprétation). Je liste ensuite les structures locales, avec leurs adresses physiques, leurs adresses mail (si elles existent) et leurs numéros de téléphone ; leurs principales actions, et leur emplacement géographique sur une carte du Nord-Cotentin. J'espère que cela aura une influence positive sur les pratiques de dépistage et d'orientation des FVVC dans le secteur.

2. Les limites et biais de l'étude

a) *Concernant le questionnaire*

J'ai construit ce questionnaire sans savoir exactement comment je pourrais réaliser les analyses statistiques ensuite. J'ai fait une erreur en créant la question sur le temps d'installation ; j'ai fait les répartitions de la mauvaise façon. En effet les durées d'installation ne sont pas équitables (< 2 ans, entre 2 et 5 ans, entre 5 et 10 ans, entre 10 et 15 ans, > 15ans). Ainsi, le groupe « > 15 ans » comprend presque la moitié de l'effectif total des répondants.

Cela a déséquilibré les groupes testés (au niveau du nombre) et a donc créé un biais d'analyse.

Par ailleurs, à la question sur le dépistage, je n'ai pas précisé le caractère systématique du dépistage, ce qui rend le résultat peu contributif.

b) *Concernant les dépôts et réponses au questionnaire*

Les questionnaires ont été distribués par mes propres moyens sur une durée de 2 mois en période estivale, ce qui implique que certains PS ne les ont eus en main que 2 semaines avant l'arrêt de la période de recueil, en période de vacances. Dans ces conditions, certains PS ayant reçu le questionnaire ne l'ont vu qu'après la fin de la période de recueil.

De plus, sur les 111 MG qui ont reçu le questionnaire par mail (via l'URML), 67 l'ont également reçu en main propre ce qui implique que 44 MG n'ont reçu que le mail. On peut également ajouter que je n'ai jamais eu accès à une liste complète des PS concernés par mon étude. J'ai dû faire des recherches personnelles afin de trouver le plus de PS concernés possible dans ma zone géographique, mais je n'ai pas réussi à les trouver tous. Je n'ai pas pu disposer d'une liste de diffusion par courriel pour les SF, qui n'ont donc reçu le questionnaire que par voie directe. En ce qui concerne les GO, ayant réalisé un stage d'internat en service de gynécologie (qui regroupe 9 GO sur 11 dans le Cotentin), la distribution manuelle m'a été plus facile et s'est révélée plutôt efficace (j'ai reçu 5 réponses sur 11 GO). Ils n'ont pas non plus reçu de mail. Tout cela a créé des biais de sélection.

Par ailleurs, sur les 79 réponses analysées, 74 (93,7%) ont été reçues après avoir donné le questionnaire en format papier (certains ont été renvoyés par voie postale, d'autres ont utilisé le site hébergeur du questionnaire), et 5 (6,3%) ont été reçues après avoir reçu le mail de l'URML. Cela crée également un biais de sélection, puisque je n'ai pas réussi à donner les questionnaires manuellement à toute la population cible.

Le fait que je connaisse certains MG ou cabinets de MG, et que mon directeur de thèse soit l'un des répondants et appartienne à un cabinet de plusieurs MG a également créé un biais de sélection car certains MG ont répondu par amitié.

Il y a également un biais de sélection sur le fait que les répondants aux questionnaires recevaient une plaquette d'information sur les VC et les structures d'accueil aux FVVC. Les PS déjà intéressés par le sujet ont probablement plus répondu que ceux qui ne sont pas intéressés par le sujet et étaient probablement mieux informés.

Par ailleurs, tous les questionnaires reçus par voie postale ont été recopiés dans le site hébergeur du questionnaire, ce qui a probablement occasionné des erreurs de recopiage. Une vérification impliquant plusieurs personnes a été réalisée, mais cela n'a probablement pas été suffisant.

c) Concernant la zone géographique

Le Nord-Cotentin est assez grand, et les PS exerçant aux limites du territoire concerné par mon analyse ont probablement connaissance de structures du Centre-Manche, qui sont peut-être plus proches d'eux géographiquement. Peut-être que certains PS connaissent des structures d'orientation et d'accueil dans une autre zone géographique que celle de leur exercice actuel, ce qui aurait également créé un biais.

d) Concernant les analyses

Toutes les analyses statistiques ne portent que sur la connaissance ou non des structures. Nous aurions peut-être eu des résultats différents en pratiquant les analyses également sur le fait d'avoir déjà orienté des patientes vers les structures.

N'ayant pas fait d'analyses supplémentaires, les directions des liens découverts ne sont que supposées, ce qui provoque un biais d'interprétation des résultats.

e) *Concernant les patients*

Pourquoi parler uniquement des femmes victimes de violence et pas des hommes victimes de violence ? Lors de mes entretiens avec les différents acteurs, l'accent a été mis sur l'impossibilité d'être une structure d'accueil en même temps pour les hommes victimes de VC et pour les FVVC. En effet, cela pourrait donner l'occasion aux hommes violents d'entrer en contact avec les acteurs s'occupant des femmes, ce qui pose alors un problème d'éthique et de place du soignant au sein du couple. Humainement, il semble compliqué de ne pas prendre parti lorsque les deux acteurs du couple concerné sont pris en charge par la même personne/structure.

Il existe assez peu de structures d'accueil pour les hommes victimes de VC, mais il en existe. Elles n'ont pas été incluses dans mon questionnaire, cela aurait été très difficile à analyser. J'ai donc pris le parti d'exclure les structures s'occupant des hommes victimes de VC.

B. A propos des résultats

1. Objectif principal

a) *Connaissance en moyenne des structures locales*

Les deux structures de prise en charge en urgence (SAU et commissariat de police) sont connues de 100% des PS dans le cadre de leur utilité pour la prise en charge de FVVC. Environ 70% des PS répondant ont déjà orienté une FVVC vers ces structures. Ces résultats semblent logiques, sachant que ces structures ne sont pas seulement utiles que dans le cadre de la prise en charge des FVVC, mais aussi de tous les cas de coups et blessures et d'atteinte physique à la personne.

L'UMJ, qui est la principale structure pour la prise en charge judiciaire notamment en cas de plainte, est connues par 76% des PS (dans le cadre de la prise en charge des FVVC), ce

qui est un résultat prometteur. Mais comme pour le SAU et le commissariat de police / la gendarmerie, cette structure n'est pas limitée à la prise en charge des FVVC, mais elle sert également pour les cas de coups et blessures et d'atteinte physique à la personne. 42% des PS ont déjà orientée une FVVC vers l'UMJ. Ce sont des résultats vraiment intéressants qui montrent que, outre les structures locales et leur connaissance par les PS, les FVVC pourront compter sur ces derniers pour les orienter vers une structure leur permettant une prise en charge complète, au moins en cas de plainte ou de violence physique.

Comme nous l'avons vu précédemment (II.C), les VC ne sont pas caractérisées uniquement par les violences physiques. C'est en leur absence que l'on pourrait compter sur la prise en charge par les structures locales en priorité. Les violences psychologiques sont les VC les plus communes, et pourtant celles-ci ne peuvent pas être prises en charge par le SAU et sont pour l'instant trop peu reconnues dans les commissariats ou gendarmeries. Les UMJ peuvent prescrire des ITT en réponse à des violences psychologiques, mais le plus important réside dans les actions menées par les structures locales (suivi au long cours, changement d'adresse postale, assistance sociale pour chercher un autre logement, orientation pour demander une ordonnance d'éloignement, aide psychologique, aide juridique, etc.)

Les structures locales, au nombre de 7, ont donc été analysées sans le SAU, le commissariat / la gendarmerie et l'UMJ. En moyenne, les PS connaissent environ 3 structures sur 7. 65 % des PS répondant ont orienté au moins une fois une FVVC vers une des 7 structures locales au cours de leur carrière dans le Nord-Cotentin. Je m'attendais à avoir un chiffre inférieur, ces chiffres rassurent sur la connaissance des structures des PS dans le Nord-Cotentin. La campagne d'information menée par le département, sous la forme d'un prospectus diffusé depuis 5 ans et toujours en cours de diffusion actuellement, a probablement joué un rôle dans ce résultat. (A noter, lors de la distribution de mon questionnaire, j'ai pu trouver le prospectus en libre-service à plusieurs reprises dans certains cabinets ou à l'hôpital).

A contrario, 16,5 % des PS répondants ne connaissent aucune structure locale et 35 % n'ont jamais orienté une FVVC vers une de ces 7 structures. Concernant ce premier chiffre, il n'est pas très élevé ; si jamais une nouvelle campagne d'information devait avoir lieu, ces PS seraient la cible prioritaire d'informations sur le dépistage et la connaissance des structures.

Les 35 % qui n'ont jamais orienté vers une structure locale n'en ont soit jamais eu besoin, soit ont orienté vers la SAU, le commissariat / la gendarmerie ou l'UMJ (ou encore d'autres possibilités non explorées, par exemple des assistants sociaux, psychologues, juristes n'étant pas affiliés aux structures).

b) Connaissance des structures individuellement

La structure la plus connue (71 % des PS) dans le Cotentin est le CHRS. Il s'agit d'une structure appartenant à l'« Association Femmes » de Cherbourg-en-Cotentin, tout comme la maison Pauline Roland. Ce sont les deux seules qui hébergent les FVVC en cas de besoin ou d'urgence (l'hébergement d'urgence, même en pleine nuit, est possible). Le fait de connaître le CHRS en priorité est une bonne chose : cela prouve que dans une situation urgente, la structure la mieux placée pour la prise en charge est également la plus connue par les PS. Le CHRS et la maison Pauline Roland appartenant à la même association, elles sont donc en lien l'une avec l'autre. Bien que la maison Pauline Roland ne soit connue que de 34 % des PS, ce n'est pas très important, l'idée étant de connaître au moins l'une des deux. En relisant les résultats, 73,4 % (58/79), soit environ $\frac{3}{4}$ PS des connaissent au moins l'une de ces deux structures. 37 % des PS ont déjà orienté une FVVC vers le CHRS et 9 % vers la maison Pauline Roland. Ce sont également de bons résultats quand on considère que 80 % de PS ont déjà suivi des FVVC dans leur carrière (et ceci pas forcément dans le Cotentin).

66 % des PS connaissent la MADOM, et 20 % ont déjà orienté une patiente vers cette structure. Dans ce cadre-là, il existe un biais de confusion, puisque la MADOM ne s'occupe pas exclusivement des FVVC. Peut-être que les PS connaissent cette structure dans un autre contexte que celui des VC et/ou ont orienté une patiente là-bas dans d'autres circonstances. Ces chiffres sont donc difficilement interprétables. Le plus important, c'est le fait que les PS sachent qu'il est possible d'orienter des FVVC de moins de 26 ans à la MADOM, et ce fait n'est pas interprétable avec mes résultats.

Concernant le CedIFF, notons que cette structure s'occupe en majorité de FVVC. Nous n'avons donc pas de biais comme pour la MADOM. 42 % des PS déclarent connaître cette structure, et 25 % soit 1 sur 4 déclare y avoir déjà orienté une patiente. Comme précisé ci-

dessous (V.B.3), c'est également la première structure à apparaître après recherche sur le moteur de recherche Google. Presque la moitié des PS la connaissent, ce qui est respectable.

L'ACJM et la MSPH sont assez peu connues par les PS (respectivement 19 % et 10 %), et peu de PS ont orienté des patientes vers ces structures (respectivement 4 % et 1 %).

L'ACJM propose principale une aide juridique aux FVVC mais intervient également dans d'autres situations. Elle ne propose pas de suivi social ou médicopsychologique. Elle est en relation avec l'UMJ, qui s'occupe également du versant juridique. Elle est une aide ponctuelle, dont on peut faire usage dans des situations précises. Orienter une patiente vers l'ACJM implique d'avoir des connaissances pointues dans le domaine des VC, et d'avoir également orienté les FVVC vers d'autres professionnels (psychologues, assistants sociaux entre autres) pour réaliser une suivi multidisciplinaire ambulatoire. Ceci n'est pas forcément le rôle premier du PS, mais plutôt de l'association/de la structure d'aide. L'ACJM est donc une structure plutôt de deuxième intention ; ce chiffre bas n'est pas étonnant. En ce qui concerne la MSPH, elle est située sur la Hague, c'est-à-dire sur la côte ouest du Cotentin. Elle n'est donc pas accessible à tous les PS, d'autres structures étant plus proches géographiquement. Par ailleurs, elle regroupe une multitude de structures sociales, les PS n'ont donc probablement pas connaissance de son action auprès des FVVC. Ce chiffre bas n'est donc pas étonnant.

Enfin, concernant l'association « La Belle Echappée », 32 % des PS déclarent la connaître et 19 % y avoir déjà orienté une patiente. La différence entre les deux chiffres est faible, ce qui laisse supposer que ceux qui la connaissent y trouvent une réelle utilité et une prise en charge efficace. Cette association est la seule qui propose un suivi au long cours, pouvant durer plusieurs années, avec une disponibilité rapide et la possibilité de prendre des rendez-vous à des heures et des lieux qui arrange la patiente (midi, soir inclus). La principale actrice de l'association, Mme LEFEVRE, réalise un suivi et un accompagnement en fonction des besoins. Elle oriente les patientes vers les structures/aides adaptées, les accompagne aux rendez-vous si besoin et remplit les demandes administratives avec elles si nécessaire. Elle réalise une mission d'aide, d'accompagnement mais également d'orientation et d'organisation des soins, des aides et des parcours patients. Elle est en lien avec la globalité des autres structures susnommées. Cette association, à mon avis, gagnerait à être mieux connue, et le pourcentage de 32 % me semble largement insuffisant.

2. Objectif secondaire

En confrontant les différentes variables avec le fait de connaître ou non les 10 structures sur lesquelles notre étude porte, nous remarquons que :

- L'âge, le sexe, le temps d'installation, le type d'exercice (libéral ou hospitalier) et le fait de suivre des FVVC n'a pas d'influence sur le fait de connaître plus ou moins de structures du réseau d'aide aux FVVC.
- La profession (MG, SF ou GO) et le fait de dépister ou non les VC a une influence sur le fait de connaître plus ou moins de structures du réseau d'aide aux FVVC.

a) *L'âge du PS*

L'âge des PS a été analysé sur deux tranches d'âge : plus ou moins de 45 ans. En fonctionnant ainsi, je ne trouve pas de différence significative de connaissance. J'avais émis l'hypothèse en amont que les PS plus jeunes ont connaissance de plus de structures, puisqu'ils ont été plus sensibilisés au cours de leurs études au sujet des VC. Mais cela s'est avéré faux. Peut-être qu'en considérant des tranches d'âge plus petites, nous aurions eu d'autres résultats.

Sur les analyses qualitatives, je trouve un lien entre le fait de connaître l'UMJ et l'âge. Ce lien semble aller dans le sens suivant : les PS plus jeunes connaissent plus souvent l'UMJ. Une explication possible serait que la formation actuelle, même si elle n'est pas optimale concernant les VC (dans les études de médecine au moins), enseigne aux nouveaux PS que l'UMJ est un passage pratiquement obligatoire pour la constatation des atteintes au corps, coups et blessures (entre autres).

b) *Genre du PS*

Concernant le sexe, je pensais que les PS femmes seraient plus sensibles au sujet et auraient connaissances de davantage de structures. D'un autre côté, dans 32 % des cas, les FVVC préfèrent se confier à une femme médecin (53). Selon mes analyses, le sexe du PS n'a pas d'influence sur le fait de connaître les structures d'aide aux FVVC.

c) Profession du PS

La profession a une influence sur la connaissance des structures. Les sages-femmes/maïeuticiens ont la meilleure connaissance des structures (63,5 %), et les GO une moins bonne connaissance des structures (34 %). Concernant les GO, on note un réel biais : ils sont très peu dans le Cotentin, et ils travaillent en majorité en milieu hospitalier, ils ont donc un accès direct à l'UMJ. Par ailleurs la brochure du département est présente dans toutes leurs salles d'attente, on pourrait donc imaginer qu'ils laissent de l'information à disposition des victimes.

Les SF/maïeuticiens ont une très bonne connaissance des structures d'aide. Leur patientèle ne comprend que des femmes et ils suivent en majorité des femmes enceintes avec des grossesses physiologiques. Ils sont en première ligne pour le dépistage des VC, en particulier celles qui ont lieu au cours de la grossesse (rappelons que la grossesse est un facteur de risque de passage aux violences physiques). Les violences physiques ont un gros impact sur la grossesse. Les SF/maïeuticiens ont pour beaucoup une formation diplômante en gynécologie, et les VC ont également un gros impact sur le plan gynécologique. On peut supposer qu'au cours de leurs études, les SF/maïeuticiens sont mieux sensibilisés aux VC que les médecins (MG et GO), et qu'ils y sont également plus souvent confrontés car ils ne suivent que des femmes.

Sur les analyses qualitatives, aucune structure ne semble être plus connue d'un type de professionnel par rapport à un autre.

d) Temps d'installation du PS

Les résultats ne montrent pas de différence significative du nombre de structures connues en fonction du temps d'installation. Mais rappelons que cette question du questionnaire a été sujette à une erreur de réalisation.

e) Type d'exercice (libéral ou hospitalier) du PS

Le type d'exercice (libéral ou hospitalier) n'a pas d'influence sur le nombre de structures connues.

3. Suivi et dépistage des VC

Dans notre population, 81 % des PS dépistent les VC, et 67 % dépistent les VC et suivent également des FVVC. Devant ces chiffres, nous pouvons imaginer que la majorité des PS se sentent concernés par ce problème ; l'interprétation des chiffres sur la connaissance des structures par les PS semble cohérente.

Le taux de 81 % de PS qui dépistent les VC dans le couple est élevé par rapport aux données de la littérature. Mais dans mon questionnaire, il n'était pas précisé les modalités du dépistage. Dans la littérature, les pourcentages recueillis concernent les professionnels qui réalisent le dépistage systématique des VC (6,33). Mon questionnaire ne précisant pas « systématique », le pourcentage de 81 % ne peut donc pas être utilisé pour discuter sur la systématisation du dépistage.

Par ailleurs, 76% des répondants ont laissé leur mail afin d'avoir des informations sur les structures locales d'accueil aux FVVC, ce qui montre l'intérêt de l'échantillon de la population cible pour le dépistage et l'orientation des FVVC. Mais cela crée également un biais ; avant le remplissage du questionnaire, les PS savaient déjà qu'il serait possible d'obtenir cette plaquette d'information, ce qui a probablement incité les PS déjà intéressés par le sujet à répondre plus que ceux qui ne sont pas intéressés par le sujet.

Dans les résultats d'analyses statistiques, nous constatons plusieurs choses :

- En moyenne, les PS qui dépistent les VC connaissent plus de structures d'accueil que ceux ne les dépistant pas. Par contre, les PS suivant des FVVC ne connaissent pas plus de structures que ceux n'en suivant pas. On peut donc penser que les PS qui dépistent les VC sont plus intéressés par le sujet général des VC et donc ont plus de connaissances sur les structures d'accueil. Par contre, ceux qui suivent des FVVC n'ont pas nécessairement dépisté les violences, mais les ont diagnostiquées ; ils n'ont donc

pas forcément un intérêt particulier pour le sujet. Ceux-là n'ont pas plus de connaissances sur les structures.

- Les PS dépistant les VC connaissent plus particulièrement l'UMJ qui est un passage pratiquement obligatoire des FVVC pour les démarches judiciaires. Cela montre l'intérêt et la connaissance qu'ils ont des démarches futures des FVVC.
- Les PS qui suivent des FVVC connaissent par contre plus souvent la structure CedIFF, mais il est difficile de savoir pourquoi. Si nous utilisons les résultats énoncés plus haut, à savoir le fait que les PS suivant des FVVC n'ont pas plus connaissance de structures en moyenne que ceux n'en suivant pas, nous pouvons imaginer que le premier réflexe d'un PS confronté à une FVVC et ne sachant pas où l'orienter sera de se renseigner sur internet. En tapant sur Google l'intitulé de recherche « *aide femmes violences conjugales Cherbourg* », le CedIFF est le premier endroit nommé (Annexe 22), avec adresse et numéro de téléphone. Son acronyme « Centre d'Informations sur les Droits Femmes et des Familles de la Manche » étant sans équivoque, cela pourrait expliquer ce résultat.

C. Perspectives

La politique d'information du département semble avoir porté ses fruits dans le Nord-Cotentin. N'ayant par contre pas trouvé d'étude ou de thèse sur la connaissance des structures avant la politique d'information, il est difficile de prouver cela objectivement. En revanche, réaliser une analyse quelques années après cette politique d'information pourrait être intéressant, pour déterminer si les connaissances sont préservées au long cours et si les structures sont toujours connues. Par ailleurs, réaliser une étude dans un département où aucune politique d'information n'a été menée pourrait indiquer que cette politique est efficace.

N'ayant pas posé la question du dépistage systématique dans mon questionnaire et ayant fait une erreur sur la question du temps d'installation, il serait intéressant de réétudier les résultats avec la correction de ces questions. Par ailleurs, concernant le temps

d'installation, faire des tranches d'âge plus petites pour faire des analyses plus poussées pourrait être bénéfique.

Par ailleurs, nous avons découvert un lien entre la profession et la connaissance des structures, en faveur des sages-femmes/maïeuticiens. Il pourrait être intéressant de découvrir d'où vient cette différence : des formations durant les études ? des pratiques ? Il pourrait être intéressant également de faire cette recherche dans d'autres départements, afin de vérifier si cette différence existe également ailleurs. Elle pourrait être faite dans un département mieux desservi en gynécologues-obstétriciens, avec des GO libéraux, pour vérifier les résultats.

La structure « La Belle Echappée » ne semble pas suffisamment connue malgré sa prise en charge au long cours et son objectif d'organisation pluridisciplinaire autour des FVVC. La diffusion de ma plaquette d'information va peut-être donner un peu plus de visibilité à cette structure. La plaquette a été diffusée aux PS ayant laissé leur adresse mail électronique dans mon questionnaire.

Ma thèse sera également envoyée à tous les acteurs qui ont permis sa réalisation, notamment des associations locales, avec la plaquette d'information. Si celle-ci est diffusée par la suite, ou si une nouvelle campagne d'information est lancée par le département, alors une étude sur l'influence de cette diffusion d'information pourrait être intéressante, et permettrait de savoir si cela permet une modification des connaissances et des pratiques dans le Nord-Cotentin.

VI. Conclusion

L'objectif de cette thèse était de déterminer si les professionnels de santé (PS) du Nord-Cotentin avaient une connaissance suffisante du réseau d'aide aux femmes victimes de violences conjugales (FVVC). Le questionnaire créé a mobilisé 43,6% de répondants parmi les PS du Nord-Cotentin. 10 structures ont été analysées, parmi lesquelles 7 structures locales, auxquelles on ajoute le service des urgences (SAU), le commissariat de police/la gendarmerie et l'unité médico-judiciaire (UMJ).

L'UMJ, qui est la structure prioritaire dans le contexte de mesures judiciaires, est connue par 76 % des PS, et 42 % ont déjà orienté des FVVC là-bas. Ce résultat est un indicateur de la bonne connaissance des démarches administratives et judiciaires dans le cadre d'atteintes au corps (coups et blessures) par les PS du Nord-Cotentin. Elle est importante dans le cadre de violences physiques.

En ce qui concerne les autres types de violences, notamment psychologiques (qui sont les violences conjugales les plus fréquentes), le réseau d'aide aux victimes constitué de 7 structures locales est plus important. En moyenne, les PS connaissent 3 structures sur 7, et 65 % ont déjà orienté une FVVC vers une des 7 structures. Ces chiffres sont rassurants sur la connaissance du réseau par les PS du Nord-Cotentin. La campagne d'information du département de la Manche, qui a débuté en 2016, a probablement eu un rôle important dans l'information des PS. 16,5 % des PS ne connaissent aucune des 7 structures. Le CHRS, qui est la structure centrée géographiquement, et permet une aide, un accompagnement, et un hébergement si nécessaire (même en urgence), est la plus connue des 7 structures ; comme elle permet la gestion de l'urgence situationnelle, ce fait est réellement un bon point. Par ailleurs, « La Belle Echappée », structure d'organisation des soins, de prise en charge et d'accompagnement au long cours, ne semble pas assez connue.

Enfin, on note qu'il existe une influence de la profession en faveur des sages-femmes/maïeuticiens, puis des médecins généralistes, et en défaveur des gynéco-obstétriciens, sur la connaissance du réseau d'aide. Le fait de dépister les violences conjugales est également un facteur de meilleure connaissance du réseau d'aide, ce qui montre une bonne volonté de la part des PS intéressés par le sujet des FVVC.

VII. Bibliographie

1. OMS. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2021 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Benaddou L. Lettre de l'observatoire nationale des violences faites aux femmes. MIPROF; 2021.
3. Alice Debauche et al. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. INED; 2017.
4. Département de Médecine Générale Clermont-Ferrand. Site Déclic Violence [Internet]. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/>
5. Brown E. Les enquêtes « Enveff » sur les violences envers les femmes dans la France hexagonale et ultramarine. Pouvoirs dans la Caraïbe Revue du CRPLC. 1 janv 2012;(17):43-59.
6. Pr Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport au ministre chargé de la santé. [Internet]. 2001 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000292.pdf>
7. Gourbail L. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Haute Autorité de Santé. 2019;58.
8. SPF. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool) [Internet]. 2018 [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>
9. Dhuny DN. Violences conjugales : vers un dépistage systématique par les médecins généralistes lorrains [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2012 [cité 22 sept 2022]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732853>
10. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco AD, Chastaing J, et al. Barriers to the identification and management of domestic violence in general practice. A qualitative study in Ile-de-France. Médecine. 10 déc 2014;10(9):423-8.
11. Picatto C, Amrane L, Deparis N. Ressenti des médecins généralistes lors du dépistage systématique des violences conjugales à l'aide du questionnaire WAST. sept 2021;Exercer(175):292-8.
12. Nations-Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. 1993.
13. Direction des affaires criminelles et des grâces. Les violences au sein du couple. Ministère de la justice; 2011.
14. Amnesty International Suisse. Faits et chiffres [Internet] [Internet]. 2020 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.amnesty.ch/fr/themes/droits-des-femmes/faits-chiffres-et/faits-et-chiffres>
15. Nations U. The World's Women 2020: Trends and Statistics [Internet]. United Nations. United Nations; [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.un.org/en/desa/world%20%99s-women-2020>

16. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, Organization WH. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2002 [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42545>
17. OMS. Violence à l'encontre des femmes: un problème mondial de santé publique d'ampleur épidémique [Internet]. 2013 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/20-06-2013-violence-against-women-a-global-health-problem-of-epidemic-proportions->
18. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes [Internet]. 2001. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
19. La lutte contre les violences faites aux femmes : état des lieux [Internet]. vie-publique.fr. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/19593-la-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes-etat-des-lieux>
20. Département de la Manche. Protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences au sein du couple, les violences intrafamiliales, et les violences faites aux femmes. 2017.
21. Daligand L. Chapitre III. Le cycle de la violence. 2016.
22. Hirigoyen MF. Femmes sous emprise - Les ressorts de la violence dans le couple. Pocket. 2006.
23. Lagache D. La jalousie amoureuse. PUF. 1981.
24. ORVF. Cyberviolences conjugales [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-aulcler.fr/outil/rapport-cyberviolences-conjugales-2018>
25. Hirigoyen MF. Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien. 1998.
26. regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes, de violence conjugale. Derrière les chiffres 1988/1989 - Les statistiques annuelles des maisons pour femmes victimes de violence membres du regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violences conjugales. 1987.
27. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Ann M, et al. Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study. American Journal of Public Health. 2003;93(7):9.
28. McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I, et al. Intimate Partner Sexual Assault Against Women: Frequency, Health Consequences, and Treatment Outcomes: Obstetrics & Gynecology. janv 2005;105(1):99-108.
29. JORF. Loi n°2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. Vol. n°81, p 5097.
30. Colloque « Les violences conjugales ». Rôle des professionnels de santé, en réseau avec les associations, la justice et la police [Internet]. Nantes; 2007 [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.gynsf.org/vc/actesnantes.pdf>
31. Salmona M. Chapitre 10. Mémoire traumatique et conduites dissociantes. Où comment soigner la mémoire traumatique permet aux victimes de se reconstruire, aux auteurs de renoncer à la violence, et évite la production sans fin de nouvelles violences. In:

- Trauma et résilience [Internet]. Paris: Dunod; 2012 [cité 24 sept 2022]. p. 113-20. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/trauma-et-resilience--9782100576548-p-113.htm>
32. Walker LE. The battered woman syndrome. 3. ed. New York, NY: Springer; 2009. 488 p.
33. Bures J, Golmard F, Proust B, Verspyck É, Hermil JL, Gaillard V, et al. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales: étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie [Internet]. Rouen, France: Université de Rouen; 2016 [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340692/document>
34. Coker AL. Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health?: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 1 avr 2007;8(2):149-77.
35. Richardson J, Coid J, Petrukevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*. 2 févr 2002;324(7332):274.
36. Morvant C, Lebas J, Cabanne J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales: repérer et aider les victimes. :17.
37. SAUREL-CUBIZOLLES MJ, BLONDEL B, LELONG N, ROMITO P. Violence conjugale après une naissance. *Contracept fertil sex* (1991). 1997;25(2):159-64.
38. Astin MC. Post-Traumatic Stress Disorder in battered women: Comparisons with maritally distressed controls - ProQuest [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.proquest.com/openview/d525dae3ee114ed30f5b02979016373b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
39. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J. Relationship Between Drug Abuse and Intimate Partner Violence: A Longitudinal Study Among Women Receiving Methadone. *Am J Public Health*. mars 2005;95(3):465-70.
40. Garcia-Moreno C, Watts C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L. Responding to Violence against Women: WHO's Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence. *Health & Hum Rts*. 2003 2002;6:112.
41. Duvnjak S. Dépistage et prise en charge des violences conjugales par le médecin généraliste: création d'une maquette d'information [Thèse d'exercice]. [1970-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II. Faculté de médecine; 2010.
42. Organisation mondiale de la santé. La violence exercée par un partenaire intime [Internet]. 2012. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86232/WHO_RHR_12.36_fre.pdf;sequence=1
43. l'Intérieur M de. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
44. Guillam MT, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 sept 2014;62:S252.

45. Stöckl H, Heise L, Watts C. Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. *Sociology of Health & Illness*. 2011;33(5):694-709.
46. Jaspard M. Les violences contre les femmes. <http://journals.openedition.org/lectures> [Internet]. [cité 24 sept 2022]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/1468>
47. Assemblée mondiale de la Santé 49. La prévention de la violence : une priorité pour la santé publique [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 1996 [cité 24 sept 2022]. Report No.: WHA49.25. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/201315>
48. Albagly M, Cavalin C, Mugnier C, Nectoux M, Bernède-Bauduin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH*. juill 2016;(22-23):390-8.
49. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. *Santé Publique*. 1 janv 2010;22.
50. Institut de Victimologie. Disponible sur: <https://www.c piv.org/accueil>
51. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Ministère chargé de la justice. Violence Conjugale [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
52. Outils de formation | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-de-formation>
53. Pouliquen M. Dépistage des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale: attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste en Charente et Charente-Maritime [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2021 [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/5ef2c2e2-b8fa-4c2c-9ee4-0afdc23a76b5>
54. Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. *Aust N Z J Public Health*. oct 2001;25(5):433-7.
55. Wester W, Wong SLF, Lagro-Janssen ALM. What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. *Women Health*. 2007;45(1):105-19.
56. 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):iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347.
57. Masson E. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône [Internet]. EM-Consulte. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1021834/quand-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales->
58. Accueil - France Victimes [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.france-victimes.fr/>

59. La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales 2010 - Alain Bauer [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/la-criminalite-en-france-9782271071088.html>
60. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns.* mars 2008;70(3):386-94.
61. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health.* 2012;52(6):587-605.
62. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco AD, Chastaing J, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. *Médecine.* 10 déc 2014;10(9):423-8.
63. Tabart A. Etude qualitative sur la prise en charge des violences conjugales dans le Calvados: de la place du médecin généraliste vers le développement d'un réseau de santé [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2012.
64. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble ; 1971-2015, France]: Université Joseph Fourier; 2012 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00751787/document>
65. Département de la Manche. Violences Conjugales - savoir les reconnaître [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.manche.fr/agit-au-quotidien/famille/protection-des-personnes/violences-intra-familiales-violences-conjugales/>
66. femmes association. Association Femmes [Internet]. Association Femmes. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <http://associationfemmes.over-blog.fr/>
67. femmes association. La Maison Parentale Pauline Roland [Internet]. Association Femmes. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: http://associationfemmes.over-blog.fr/pages/La_Maison_Parentale_Pauline_Roland-752012.html
68. CIDFF de la Manche [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://fncidff.info/cidff-de-la-manche>
69. Maison des adolescents de la Manche [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://maisondesados50.fr/>

VIII. Annexes

Annexe 1 : Kit ANNA de la MIPROF

ANNA un outil pédagogique à destination des professionnel·le·s

Film réalisé par Jobanna Bedeau et Laurent Benaim. Acteurs-actrices : Aurélia Petit et Marc Citti.

Ce kit de formation se compose d'un support audiovisuel (court-métrage « Anna ») et d'un livret d'accompagnement. Leur utilisation dans le cadre de la formation initiale et continue est libre de droits sous réserve d'une information préalable à la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) sur formation@miprof.gouv.fr

Un court-métrage : « Anna »

Réalisé avec le soutien de la commission européenne, à l'initiative de la MIPROF, ce court-métrage, d'une durée totale de 15 minutes, se découpe en 3 parties illustrant successivement, les mécanismes de la violence, le repérage par un ou une professionnel·le de santé, la prise en charge et l'orientation de la femme victime.

« Un livret d'accompagnement à la formation »

Ce livret, élaboré avec le concours d'un collège de formateur·trice·s, d'enseignant·e·s, de professionnel·le·s de santé et d'expert·e·s aborde de façon explicite et détaillée :

❖ Le mécanisme des violences conjugales :



- La définition des violences au sein du couple,
- Les différentes formes de violences,
- Le cycle de la violence,
- Les stratégies de l'agresseur et leurs impacts sur la victime,
- Les conséquences physiques, psychologiques et somatiques des violences pour la victime,
- Les mécanismes neurologiques impliqués dans les conséquences psychotraumatologiques des violences,
- Les conséquences des violences sur les enfants exposés.

❖ Le repérage



Les stratégies du/de la professionnel·le·s pendant la consultation sont de :

- Créer un climat d'écoute et de confiance,
- Poser systématiquement la question des violences,
- Réaffirmer l'interdiction des violences,
- Soutenir et valoriser la victime dans ses démarches.

❖ La prise en charge et l'orientation



- Rechercher des solutions dans son domaine de compétence,
- Informer et orienter vers le réseau de partenaires pour un accompagnement social, juridique, psychologique...
- Donner des conseils pratiques pour préparer la séparation et établir avec la victime un réseau de soutien.

Ce livret est complété par des fiches réflexes spécifiques à chaque profession :

- *l'audition par les services enquêteurs de la victime de violences sexuelles et ou de violences au sein du couple*
- *l'audition de la victime par les magistrat·e·s dans les contentieux civil et pénal*
- *l'entretien du·de la professionnel·le du social avec une femme victime de violences par un partenaire ou ex-partenaire*
- *les interventions des sapeurs-pompiers auprès d'une victime majeure de violences conjugales*
- *accueil et prise en charge de la patiente majeur victime de violences : l'urgentiste en première ligne*
- *l'entretien du·de la chirurgien·ne – dentiste avec une patiente victime de violences sexuelles et/ou conjugales*

Vous pouvez visionner le court-métrage et obtenir les liens de téléchargement du film et le livret sur le site : www.stop-violences-femmes.gouv.fr

Annexe 2 : Questionnaire WAST

En général, comment décrivez-vous votre relation de couple ?		
	Très tendue	+1
	Quelque peu tendue	+2
	Aucune tension	+3
Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...		
	Beaucoup de difficulté	+1
	Une certaine difficulté	+2
	Aucune difficulté	+3
Vos disputes vous font-elles parfois vous déprécier ou vous bouleversent-elles ?		
	Souvent	+1
	Quelquefois	+2
	Jamais	+3
Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade ?		
	Souvent	+1
	Quelquefois	+2
	Jamais	+3
Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ?		
	Souvent	+1
	Quelquefois	+2
	Jamais	+3
Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ?		
	Souvent	+1
	Quelquefois	+2
	Jamais	+3
Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?		
	Souvent	+1
	Quelquefois	+2
	Jamais	+3
Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?		
	Souvent	+1
	Quelquefois	+2
	Jamais	+3
	Score total =	
Lecture du score :		
Risque d'exposition à une situation de violence conjugale :		
<ul style="list-style-type: none"> • > 17 : faible • 15-17 : modérée • < 15 : élevé 		

Annexe 3 : première page du guide réalisé par l'équipe du protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences au sein du couple, édité en 2019

VIOLENCES



 GUIDE PRATIQUE
POUR AIDER ET ORIENTER LES VICTIMES DE VIOLENCES

Annexe 4 : Questionnaire.

Connaissance des structures d'aide et d'accueil aux femmes victimes de violence dans le Nord Cotentin

Bonjour,

Je m'appelle Sarah TACHEL, et dans le cadre de ma thèse de médecine générale, j'ai créé ce questionnaire pour estimer la connaissance des structures d'aide et d'accueil aux femmes victimes de violence par les professionnels de santé du Nord Cotentin.

Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes de votre temps ! Si vous laissez votre mail, je vous enverrai une plaquette imprimable résumée des différentes structures, leurs principales caractéristiques et leur contact.

Quelques informations : ce questionnaire ne concerne que les violences conjugales sur les femmes. Par ailleurs, j'entends par violences conjugales, les violences physiques, psychologiques, sociales (isolement), financières, ou les cyberviolences (surveillance téléphonique ou autre).

Merci d'avance pour votre temps !

Il y a 11 questions dans ce questionnaire.

Informations générales

La première partie du questionnaire ne concerne que les informations générales vous concernant. Votre nom sera demandé, mais tout sera anonymisé ensuite.

Quel est votre nom et prénom ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Ceci est une texte d'aide pour la question.

Vous êtes : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

Quel âge avez-vous ? *

! Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quelle est votre profession ? *

! Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

! Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre'.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Médecin généraliste
- Sage-femme / Maïeuticien
- Gynécologue
- Autre

Depuis combien de temps faites-vous ce travail dans le Nord-Cotentin ? *

! Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 2 ans
- Entre 2 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 15 ans
- Plus de 15 ans

Faites le commentaire de votre choix ici :

Ou travaillez-vous ? *

❶ Cochez la ou les réponses

❷ Veuillez sélectionner au moins une réponse

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Libéral

Hôpital - Maternité

CPTS

PSLA / Maison de santé

Centre Périnatal de Proximité

Protection Maternelle et Infantile

Centre de planification

Autre:

Ajoutez votre mail si vous voulez recevoir la plaquette d'informations !

Veuillez écrire votre réponse ici :

Connaissance des structures

La seconde partie du questionnaire consiste juste à dire si vous connaissez la structure nommée dans le cadre de l'accueil et l'information aux femmes victimes de violence.

Dépistez-vous les violences conjugales chez vos patientes ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Suivez-vous ou avez-vous déjà suivi des femmes victimes de violence conjugales ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Connaissez-vous ces structures dans le cadre de l'aide qu'elles peuvent apporter pour l'aide/l'accueil des femmes victimes de violences conjugales ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Je connais	Je ne connais pas
Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale Louise Michel (CHRS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maison Parentale Pauline Roland	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Association La Belle Echappée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CedIFF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unité Médico-Judiciaire du CHPC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Service d'Accueil des Urgences et Service de Gynécologie du CHPC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maison des Adolescents de la Manche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maison de Services Publics de la Hague	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanence de l'Association d'Aide aux Victimes (ACJM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Commissariat de police / gendarmerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous déjà orienté une patiente victime de violences conjugales vers l'une de ces structures ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale Louise Michel (CHRS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maison Parentale Pauline Roland	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Association La Belle Echappée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CedIFF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unité Médico-Judiciaire du CHPC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Service d'Accueil des Urgences et Service de Gynécologie du CHPC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maison des Adolescents de la Manche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maison de Services Publics de la Hague	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanence de l'Association d'Aide aux Victimes (ACJM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Commissariat de police / gendarmerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Voilà, c'est fini !

Merci beaucoup pour votre participation. Si vous avez renseigné votre mail, vous recevrez la plaquette d'informations au cours de l'été.

Bonne journée !

Sarah TACHEL

Annexe 5 : Âge des PS, Test sur les moyennes

Conditions du test:

* Les effectifs $n_1 = 41$ et $n_2 = 38$ sont assez grands (n_1 et $n_2 \geq 30$), la distribution suit une loi normale

* Les échantillons ont des effectifs inégaux: Test d'égalité des variances

Test d'égalité des variances (F-Test)

	45 ans et plus_Nombre de structures connues	Moins 45 ans_Nombre de structures connues
Moyenne	0,536585366	0,560526316
Variance	0,042878049	0,044075391
Observations	41	38
Degré de liberté	40	37
F	0,97283422	
P($F \leq f$) unilatéral	0,464522429	
Valeur critique pour F (unilatéral)	0,586275728	

P-Value = 0,46 donc les variances sont égales

TEST STUDENT

Comparer les moyennes des deux groupes en faisant le test de Student

P-Value	0,611486078
---------	-------------

P-Value > 0,05

Conclusion: il n'y a pas de différence de moyenne sur le fait de connaître les structures selon l'âge

Annexe 6 : Âge des PS, Test de Khi-2

Valeurs observées		CHRS		Total général
Âge	Je connais	Je ne connais pas		
Moins 45 ans	24	14		38
45 ans et plus	32	9		41
Total général	56	23		79

Valeurs théoriques		CHRS		Total général
Âge	Je connais	Je ne connais pas		
Moins 45 ans	26,9	11,1		38
45 ans et plus	29,1	11,9		41
Total général	56	23		79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,145

Valeurs observées		Maison Pauline Roland		Total général
Âge	Je connais	Je ne connais pas		
Moins 45 ans	16	22		38
45 ans et plus	11	30		41
Total général	27	52		79

Valeurs théoriques		Maison Pauline Roland		Total général
Âge	Je connais	Je ne connais pas		
Moins 45 ans	13,0	25,0		38
45 ans et plus	14,0	27,0		41
Total général	27	52		79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,153

Valeurs observées			
Âge	La Belle Echappée		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins 45 ans	11	27	38
45 ans et plus	14	27	41
Total général	25	54	79

Valeurs théoriques			
Âge	La Belle Echappée		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins 45 ans	12,0	26,0	38
45 ans et plus	13,0	28,0	41
Total général	25	54	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,620

Valeurs observées			
Âge	CedIFF		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins 45 ans	17	21	38
45 ans et plus	16	25	41
Total général	33	46	79

Valeurs théoriques			
Âge	CedIFF		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins 45 ans	15,9	22,1	38
45 ans et plus	17,1	23,9	41
Total général	33	46	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,607

Valeurs observées			
Âge	UMJ		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins 45 ans	34	4	38
45 ans et plus	26	15	41
Total général	60	19	79

Valeurs théoriques			
Âge	UMJ		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins 45 ans	28,9	9,1	38
45 ans et plus	31,1	9,9	41
Total général	60	19	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,007

Valeurs observées			
Âge	MADOM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins 45 ans	22	16	38
45 ans et plus	30	11	41
Total général	52	27	79

Valeurs théoriques			
Âge	MADOM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins 45 ans	25,0	13,0	38
45 ans et plus	27,0	14,0	41
Total général	52	27	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,153

Valeurs observées			
Âge	MSPH		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins 45 ans	5	33	38
45 ans et plus	3	38	41
Total général	8	71	79

Valeurs théoriques			
Âge	MSPH		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins 45 ans	3,8	34,2	38
45 ans et plus	4,2	36,8	41
Total général	8	71	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,390

Valeurs observées			
Âge	ACJM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins 45 ans	8	30	38
45 ans et plus	7	34	41
Total général	15	64	79

Valeurs théoriques			
Âge	ACJM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Moins 45 ans	7,2	30,8	38
45 ans et plus	7,8	33,2	41
Total général	15	64	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,652

Annexe 7 : Sexe des PS, Test sur les moyennes

Conditions du test:

* Les effectifs $n_1 = 47$ et $n_2 = 32$ sont assez grands (n_1 et $n_2 \geq 30$), la distribution suit une loi normale

* Les échantillons ont des effectifs inégaux: Test d'égalité des variances

Test d'égalité des variances (F-Test)

	Femmes	Nombre de structures connues	Hommes	Nombre de structures connues
Moyenne		0,563829787		0,525
Variance		0,036706753		0,052903226
Observations		47		32
Degré de liberté		46		31
F		0,69384716		
P($F \leq f$) unilatéral		0,127873379		
Valeur critique pour F (unilatéral)		0,588085723		

P-Value = 0,12 donc les variances sont égales

TEST STUDENT

Comparer les moyennes des deux groupes en faisant le test de Student

P-Value	0,417652023
---------	-------------

P-Value > 0,05

Conclusion: il n'y a pas de différence de moyenne sur le fait de connaître les structures selon le sexe

Annexe 8 : Sexe des PS, Test de Khi-2

Valeurs observées		CHRS		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	34	22		56
Je ne connais pas	13	10		23
Total général	47	32		79

Valeurs théoriques		CHRS		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	33,3	22,7		56
Je ne connais pas	13,7	9,3		23
Total général	47	32		79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,730

Valeurs observées		Maison Pauline Roland		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	17	10		27
Je ne connais pas	30	22		52
Total général	47	32		79

Valeurs théoriques		Maison Pauline Roland		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	16,1	10,9		27
Je ne connais pas	30,9	21,1		52
Total général	47	32		79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,651

Valeurs observées		La Belle Echappée		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	16	9		25
Je ne connais pas	31	23		54
Total général	47	32		79

Valeurs théoriques		La Belle Echappée		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	14,9	10,1		25
Je ne connais pas	32,1	21,9		54
Total général	47	32		79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%	
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1	
Probabilité critique (P-value)	0,579	

Valeurs observées		CedIFF		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	26	7		33
Je ne connais pas	21	25		46
Total général	47	32		79

Valeurs théoriques		CedIFF		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	19,6	13,4		33
Je ne connais pas	27,4	18,6		46
Total général	47	32		79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%	
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1	
Probabilité critique (P-value)	0,003	

Valeurs observées		UMJ		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	36	24		60
Je ne connais pas	11	8		19
Total général	47	32		79

Valeurs théoriques		UMJ		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	35,7	24,3		60
Je ne connais pas	11,3	7,7		19
Total général	47	32		79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%	
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1	
Probabilité critique (P-value)	0,871	

Valeurs observées		MADOM		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	30	22		52
Je ne connais pas	17	10		27
Total général	47	32		79

Valeurs théoriques		MADOM		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	30,9	21,1		52
Je ne connais pas	16,1	10,9		27
Total général	47	32		79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%	
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1	
Probabilité critique (P-value)	0,651	

Valeurs observées		MSPH		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	4	4		8
Je ne connais pas	43	28		71
Total général	47	32		79

Valeurs théoriques		MSPH		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	4,8	3,2		8
Je ne connais pas	42,2	28,8		71
Total général	47	32		79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%	
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1	
Probabilité critique (P-value)	0,564	

Valeurs observées		ACJM		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	9	6		15
Je ne connais pas	38	26		64
Total général	47	32		79

Valeurs théoriques		ACJM		
		Féminin	Masculin	Total général
Je connais	8,9	6,1		15
Je ne connais pas	38,1	25,9		64
Total général	47	32		79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%	
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1	
Probabilité critique (P-value)	0,965	

Annexe 9 : Profession des PS, Test sur les moyennes

TEST ANOVA					
Analyse de variance: un facteur					
RAPPORT DÉTAILLÉ					
Groupes	Nombre d'échantillons	Somme	Moyenne	Variance	
Gynécologue_Nombre de structures connues	5	1,7	0,34	0,013	
Médecin généraliste_Nombre de structures connues	54	28,9	0,53518519	0,04383298	
Sages-femme / Maïeuticien_Nombre de structures connues	20	12,7	0,635	0,03186842	

ANALYSE DE VARIANCE						
Source des variations	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Probabilité	Valeur critique pour F
Entre Groupes	0,37656704	2	0,18828352	4,80081743	0,01087923	3,11698184
A l'intérieur des groupes	2,98064815	76	0,03921905			
Total	3,35721519	78				

Annexe 10 : Profession des PS, Test de Khi-2

Valeurs observées			
CHRS			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	2	3	5
MG	38	16	54
SF	16	4	20
Total général	56	23	79

Valeurs théoriques			
CHRS			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	3,5	1,5	5
MG	38,3	15,7	54
SF	14,2	5,8	20
Total général	56	23	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	2
Probabilité critique (P-value)	0,979

Valeurs observées			
Maison Pauline Roland			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	0	5	5
MG	16	38	54
SF	11	9	20
Total général	27	52	79

Valeurs théoriques			
Maison Pauline Roland			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	1,7	3,3	5
MG	18,5	35,5	54
SF	6,8	13,2	20
Total général	27	52	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	2
Probabilité critique (P-value)	0,910

Valeurs observées			
La Belle Echappée			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	0	5	5
MG	17	37	54
SF	8	12	20
Total général	25	54	79

Valeurs théoriques			
La Belle Echappée			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	1,6	3,4	5
MG	17,1	36,9	54
SF	6,3	13,7	20
Total général	25	54	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	2
Probabilité critique (P-value)	0,995

Valeurs observées			
CedIFF			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	1	4	5
MG	17	37	54
SF	15	5	20
Total général	33	46	79

Valeurs théoriques			
CedIFF			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	2,1	2,9	5
MG	22,6	31,4	54
SF	8,4	11,6	20
Total général	33	46	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	2
Probabilité critique (P-value)	0,774

Valeurs observées			
UMJ			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	4	1	5
MG	38	16	54
SF	18	2	20
Total général	60	19	79

Valeurs théoriques			
UMJ			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	3,8	1,2	5
MG	41,0	13,0	54
SF	15,2	4,8	20
Total général	60	19	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	2
Probabilité critique (P-value)	0,939

Valeurs observées			
MADOM			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	0	5	5
MG	41	13	54
SF	11	9	20
Total général	52	27	79

Valeurs théoriques			
MADOM			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	3,3	1,7	5
MG	35,5	18,5	54
SF	13,2	6,8	20
Total général	52	27	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	2
Probabilité critique (P-value)	0,781

Valeurs observées			
MSPH			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	0	5	5
MG	5	49	54
SF	3	17	20
Total général	8	71	79

Valeurs théoriques			
MSPH			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	0,5	4,5	5
MG	5,5	48,5	54
SF	2,0	18,0	20
Total général	8	71	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	2
Probabilité critique (P-value)	0,992

Valeurs observées			
ACJM			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	0	5	5
MG	9	45	54
SF	6	14	20
Total général	15	64	79

Valeurs théoriques			
ACJM			
Professions	Je connais	Je ne connais pas	Total général
GO	0,9	4,1	5
MG	10,3	43,7	54
SF	3,8	16,2	20
Total général	15	64	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	2
Probabilité critique (P-value)	0,967

Annexe 11 : Temps d'installation des PS, Test sur les moyennes

TEST ANOVA

Analyse de variance: un facteur

RAPPORT DÉTAILLÉ

Groupes	Nombre d'échantillons	Somme	Moyenne	Variance
Moins de 2 ans_Nombre de structures connues	11	5,8	0,52727273	0,02618182
Entre 2 et 5 ans_Nombre de structures connues	15	7,7	0,51333333	0,06695238
Entre 5 et 10 ans_Nombre de structures connues	9	4,5	0,5	0,06
Entre 10 et 15 ans_Nombre de structures connues	6	2,6	0,43333333	0,04266667
Plus 15 ans_Nombre de structures connues	38	22,7	0,59736842	0,03377667

ANALYSE DE VARIANCE

Source des variations	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Probabilité	Valeur critique pour F
Entre Groupes	0,2149935	4	0,05374837	1,26578584	0,2911334	2,49538848
A l'intérieur des groupes	3,14222169	74	0,04246246			
Total	3,35721519	78				

Annexe 12 : Temps d'installation des PS, Test de Khi-2

Valeurs observées		CHRS		
Durée de travail	Je connais	Je ne connais pas	Total général	
Entre 10 et 15 ans	4	2	6	
Entre 2 et 5 ans	7	8	15	
Entre 5 et 10 ans	5	4	9	
Moins de 2 ans	4	7	11	
Plus de 15 ans	36	2	38	
Total général	56	23	79	

Valeurs théoriques		CHRS		
Durée de travail	Je connais	Je ne connais pas	Total général	
Entre 10 et 15 ans	4,3	1,7	6	
Entre 2 et 5 ans	10,6	4,4	15	
Entre 5 et 10 ans	6,4	2,6	9	
Moins de 2 ans	7,8	3,2	11	
Plus de 15 ans	26,9	11,1	38	
Total général	56	23	79	

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	4
Probabilité critique (P-value)	0,375

Valeurs observées		Maison Pauline Roland		
Durée de travail	Je connais	Je ne connais pas	Total général	
Entre 10 et 15 ans	2	4	6	
Entre 2 et 5 ans	6	9	15	
Entre 5 et 10 ans	2	7	9	
Moins de 2 ans	3	8	11	
Plus de 15 ans	14	24	38	
Total général	27	52	79	

Valeurs théoriques		Maison Pauline Roland		
Durée de travail	Je connais	Je ne connais pas	Total général	
Entre 10 et 15 ans	2,1	3,9	6	
Entre 2 et 5 ans	5,1	9,9	15	
Entre 5 et 10 ans	3,1	5,9	9	
Moins de 2 ans	3,8	7,2	11	
Plus de 15 ans	13,0	25,0	38	
Total général	27	52	79	

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	4
Probabilité critique (P-value)	0,961

Valeurs observées			
La Belle Echappée			
Durée de travail	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Entre 10 et 15 ans	1	5	6
Entre 2 et 5 ans	3	12	15
Entre 5 et 10 ans	2	7	9
Moins de 2 ans	3	8	11
Plus de 15 ans	16	22	38
Total général	25	54	79

Valeurs théoriques			
La Belle Echappée			
Durée de travail	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Entre 10 et 15 ans	1,9	4,1	6
Entre 2 et 5 ans	4,7	10,3	15
Entre 5 et 10 ans	2,8	6,2	9
Moins de 2 ans	3,5	7,5	11
Plus de 15 ans	12,0	26,0	38
Total général	25	54	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	4
Probabilité critique (P-value)	0,902

Valeurs observées			
CedIFF			
Durée de travail	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Entre 10 et 15 ans	1	5	6
Entre 2 et 5 ans	4	11	15
Entre 5 et 10 ans	3	6	9
Moins de 2 ans	7	4	11
Plus de 15 ans	18	20	38
Total général	33	46	79

Valeurs théoriques			
CedIFF			
Durée de travail	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Entre 10 et 15 ans	2,5	3,5	6
Entre 2 et 5 ans	6,3	8,7	15
Entre 5 et 10 ans	3,8	5,2	9
Moins de 2 ans	4,6	6,4	11
Plus de 15 ans	15,9	22,1	38
Total général	33	46	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	4
Probabilité critique (P-value)	0,944

Valeurs observées			
UMJ			
Durée de travail	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Entre 10 et 15 ans	5	1	6
Entre 2 et 5 ans	12	3	15
Entre 5 et 10 ans	6	3	9
Moins de 2 ans	10	1	11
Plus de 15 ans	27	11	38
Total général	60	19	79

Valeurs théoriques			
UMJ			
Durée de travail	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Entre 10 et 15 ans	4,6	1,4	6
Entre 2 et 5 ans	11,4	3,6	15
Entre 5 et 10 ans	6,8	2,2	9
Moins de 2 ans	8,4	2,6	11
Plus de 15 ans	28,9	9,1	38
Total général	60	19	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	4
Probabilité critique (P-value)	0,928

Valeurs observées			
MADOM			
Durée de travail	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Entre 10 et 15 ans	1	5	6
Entre 2 et 5 ans	9	6	15
Entre 5 et 10 ans	6	3	9
Moins de 2 ans	8	3	11
Plus de 15 ans	28	10	38
Total général	52	27	79

Valeurs théoriques			
MADOM			
Durée de travail	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Entre 10 et 15 ans	3,9	2,1	6
Entre 2 et 5 ans	9,9	5,1	15
Entre 5 et 10 ans	5,9	3,1	9
Moins de 2 ans	7,2	3,8	11
Plus de 15 ans	25,0	13,0	38
Total général	52	27	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	4
Probabilité critique (P-value)	0,766

Valeurs observées			
Durée de travail	MSPH		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Entre 10 et 15 ans	0	6	6
Entre 2 et 5 ans	2	13	15
Entre 5 et 10 ans	1	8	9
Moins de 2 ans	1	10	11
Plus de 15 ans	4	34	38
Total général	8	71	79

Valeurs théoriques			
Durée de travail	MSPH		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Entre 10 et 15 ans	0,6	5,4	6
Entre 2 et 5 ans	1,5	13,5	15
Entre 5 et 10 ans	0,9	8,1	9
Moins de 2 ans	1,1	9,9	11
Plus de 15 ans	3,8	34,2	38
Total général	8	71	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	4
Probabilité critique (P-value)	0,984

Valeurs observées			
Durée de travail	ACJM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Entre 10 et 15 ans	0	6	6
Entre 2 et 5 ans	4	11	15
Entre 5 et 10 ans	2	7	9
Moins de 2 ans	1	10	11
Plus de 15 ans	8	30	38
Total général	15	64	79

Valeurs théoriques			
Durée de travail	ACJM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Entre 10 et 15 ans	1,1	4,9	6
Entre 2 et 5 ans	2,8	12,2	15
Entre 5 et 10 ans	1,7	7,3	9
Moins de 2 ans	2,1	8,9	11
Plus de 15 ans	7,2	30,8	38
Total général	15	64	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	4
Probabilité critique (P-value)	0,950

Annexe 13 : PS qui exercent en libéral, Test sur les moyennes

Test d'égalité des variances (F-Test)		
	Oui.Libéral.Nombre de structures connues	Non.Libéral.Nombre de structures connues
Moyenne	0,542857143	0,560869565
Variance	0,048675325	0,030671937
Observations	56	23
Degré de liberté	55	22
F	1,586966127	
P(F<=f) unilatéral	0,117185088	
Valeur critique pour F (unilatéral)	1,898473646	

P-Value = 0,11 donc les variances sont égales

TEST STUDENT

Comparer les moyennes des deux groupes en faisant le test de Student

P-Value	0,728348613
---------	-------------

Conditions du test:

* Les effectifs $n_1 = 56$ et $n_2 = 23$ ne sont pas assez grands ($n_1 >= 30$ et $n_2 <= 30$), supposons que la distribution suit une loi normale

* Les échantillons ont des effectifs inégaux: Test d'égalité des variances

TEST WILCOXON sous le logiciel R-Studio: : Après vérification que l'échantillon ne suit pas une loi normale

Sortie sous R-Studio

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: M\$Oui.Libéral.Nombre.de.structures.connues and M\$Non.Libéral.Nombre.de.structures.connues

W = 592, **p-value = 0.5737**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

La P-Value > 0,05 : La même conclusion qu'avec le test de Student

Annexe 14 : PS qui exercent en libéral, Test de Khi-2

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Libéral)	CHRS		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	15	8	23
Oui	41	15	56
Total général	56	23	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Libéral)	CHRS		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	16,3	6,7	23
Oui	39,7	16,3	56
Total général	56	23	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,477

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Libéral)	Maison Pauline Roland		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	8	15	23
Oui	19	37	56
Total général	27	52	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Libéral)	Maison Pauline Roland		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	7,9	15,1	23
Oui	19,1	36,9	56
Total général	27	52	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,942

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Libéral)	La Belle Echappée		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	8	15	23
Oui	17	39	56
Total général	25	54	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Libéral)	Connaissez-vous ces structures ? [Association La Belle Echappée]		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	7,3	15,7	23
Oui	17,7	38,3	56
Total général	25	54	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,701

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Libéral)	CedIFF		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	13	10	23
Oui	20	36	56
Total général	33	46	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Libéral)	CedIFF		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	9,6	13,4	23
Oui	23,4	32,6	56
Total général	33	46	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,088

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Libéral)	UMJ		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	23	0	23
Oui	37	19	56
Total général	60	19	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Libéral)	UMJ		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	17,5	5,5	23
Oui	42,5	13,5	56
Total général	60	19	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,001

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Libéral)	MADOM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	10	13	23
Oui	42	14	56
Total général	52	27	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Libéral)	MADOM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	15,1	7,9	23
Oui	36,9	19,1	56
Total général	52	27	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,007

Valeurs observées		MSPH		
Où travaillez-vous (Libéral)	Je connais	Je ne connais pas	Total général	
Non	2	21	23	
Oui	6	50	56	
Total général	8	71	79	

Valeurs théoriques		MSPH		
Où travaillez-vous (Libéral)	Je connais	Je ne connais pas	Total général	
Non	2,3	20,7	23	
Oui	5,7	50,3	56	
Total général	8	71	79	

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,787

Valeurs observées		ACJM		
Où travaillez-vous (Libéral)	Je connais	Je ne connais pas	Total général	
Non	4	19	23	
Oui	11	45	56	
Total général	15	64	79	

Valeurs théoriques		ACJM		
Où travaillez-vous (Libéral)	Je connais	Je ne connais pas	Total général	
Non	4,4	18,6	23	
Oui	10,6	45,4	56	
Total général	15	64	79	

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,817

Annexe 15 : PS qui exercent en hospitalier, Test sur les moyennes

Test d'égalité des variances (F-Test)		
	<i>Oui_Hôpital_Nombre de structures connues</i>	<i>Non_Hôpital_Nombre de structures connues</i>
Moyenne	0,578947368	0,53833333
Variance	0,038421053	0,04477684
Observations	19	60
Degré de liberté	18	59
F	0,85805644	
P(F<=f) unilatéral	0,372364667	
Valeur critique pour F (unilatéral)	0,495479685	
P-Value = 0,37 donc les variances sont égales		
TEST STUDENT		
Comparer les moyennes des deux groupes en faisant le test de Student		
P-Value	0,460641099	

Conditions du test:

* Les effectifs $n_1 = 19$ et $n_2 = 60$ ne sont pas assez grands ($n_1 \leq 30$ et $n_2 \geq 30$), supposons que la distribution suit une loi normale

* Les échantillons ont des effectifs inégaux: Test d'égalité des variances

TEST WILCOXON sous le logiciel R-Studio: Après vérification que l'échantillon ne suit pas une loi normale

Sortie sous R-Studio

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: M\$Oui_Hôpital and M\$Non_Hôpital

W = 643,5, **p-value = 0,3966**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

P-Value > 0,05: La même conclusion qu'avec le test de Student

Annexe 16 : PS qui exercent en hospitalier, Test de Khi-2

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	CHRS		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	42	18	60
Oui	14	5	19
Total général	56	23	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	CHRS		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	42,5	17,5	60
Oui	13,5	5,5	19
Total général	56	23	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,758

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	Maison Pauline Roland		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	19	41	60
Oui	8	11	19
Total général	27	52	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	Maison Pauline Roland		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	20,5	39,5	60
Oui	6,5	12,5	19
Total général	27	52	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,403

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	La Belle Echappée		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	20	40	60
Oui	5	14	19
Total général	25	54	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	La Belle Echappée		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	19,0	41,0	60
Oui	6,0	13,0	19
Total général	25	54	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,567

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	CedIFF		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	22	38	60
Oui	11	8	19
Total général	33	46	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	CedIFF		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	25,1	34,9	60
Oui	7,9	11,1	19
Total général	33	46	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,102

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	UMJ		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	41	19	60
Oui	19	0	19
Total général	60	19	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	UMJ		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	45,6	14,4	60
Oui	14,4	4,6	19
Total général	60	19	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,921

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	MADOM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	44	16	60
Oui	8	11	19
Total général	52	27	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	MADOM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	39,5	20,5	60
Oui	12,5	6,5	19
Total général	52	27	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,825

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	MSPH		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	5	55	60
Oui	3	16	19
Total général	8	71	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	MSPH		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	6,1	53,9	60
Oui	1,9	17,1	19
Total général	8	71	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%	
ddl v=(L-1)*(C-1)	1	
Probabilité critique (P-value)	0,972	

Valeurs observées			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	ACJM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	11	49	60
Oui	4	15	19
Total général	15	64	79

Valeurs théoriques			
Où travaillez-vous (Hôpital-Maternité)	ACJM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	11,39	48,61	60
Oui	3,61	15,39	19
Total général	15	64	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,989

Annexe 17 : Dépistage par les PS, Test sur les moyennes

Test d'égalité des variances (F-Test)		
	<i>Oui_violences conjugales patientes_Nombre de structures connues</i>	<i>Non_violences conjugales patientes_Nombre de structures connues</i>
Moyenne	0,5796875	0,413333333
Variance	0,042596726	0,024095238
Observations	64	15
Degré de liberté	63	14
F	1,76784832	
P(F<=f) unilatéral	0,118596936	
Valeur critique pour F (unilatéral)	2,218728884	
P-Value = 0,11 donc les variances sont égales		
TEST STUDENT Comparer les moyennes des deux groupes en faisant le test de Student		
P-Value	0,004487856	

Conditions du test:

- * Les effectifs $n_1 = 64$ et $n_2 = 15$ ne sont pas assez grands ($n_1 >= 30$ et $n_2 \leq 30$), supposons que la distribution suit une loi normale
- * Les échantillons ont des effectifs inégaux: Test d'égalité des variances

TEST WILCOXON sous le logiciel R-Studio: Après vérification que l'échantillon ne suit pas une loi normale

Sortie sous R-Studio

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: M\$Oui_violences.conjugales.patientes and M\$Non_violences.conjugales.patientes

W = 702.5, **p-value = 0.004963**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

P-value <0,05: La même conclusion qu'avec le test de student

Annexe 18 : Dépistage par les PS, Test de Khi-2

Valeurs observées			
CHRS			
Violences conjugales chez vos patientes	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	8	7	15
Oui	48	16	64
Total général	56	23	79

Valeurs théoriques			
CHRS			
Violences conjugales chez vos patientes	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	10,6	4,4	15
Oui	45,4	18,6	64
Total général	56	23	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,918

Valeurs observées			
Maison Pauline Roland			
Violences conjugales chez vos patientes	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	1	14	15
Oui	26	38	64
Total général	27	52	79

Valeurs théoriques			
Maison Pauline Roland			
Violences conjugales chez vos patientes	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	5,1	9,9	15
Oui	21,9	42,1	64
Total général	27	52	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,013

Valeurs observées			
La Belle Echappée			
Violences conjugales chez vos patientes	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	2	13	15
Oui	23	41	64
Total général	25	54	79

Valeurs théoriques			
La Belle Echappée			
Violences conjugales chez vos patientes	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	4,7	10,3	15
Oui	20,3	43,7	64
Total général	25	54	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,949

Valeurs observées			
CedIFF			
Violences conjugales chez vos patientes	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	4	11	15
Oui	29	35	64
Total général	33	46	79

Valeurs théoriques			
CedIFF			
Violences conjugales chez vos patientes	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	6,3	8,7	15
Oui	26,7	37,3	64
Total général	33	46	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,188

Valeurs observées			
UMJ			
Violences conjugales chez vos patientes	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	8	7	15
Oui	52	12	64
Total général	60	19	79

Valeurs théoriques			
UMJ			
Violences conjugales chez vos patientes	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	11,4	3,6	15
Oui	48,6	15,4	64
Total général	60	19	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,023

Valeurs observées			
MADOM			
Violences conjugales chez vos patientes	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	9	6	15
Oui	43	21	64
Total général	52	27	79

Valeurs théoriques			
MADOM			
Violences conjugales chez vos patientes	Je connais	Je ne connais pas	Total général

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,597

Valeurs observées			
Violences conjugales chez vos patientes	MSPH		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	1	14	15
Oui	7	57	64
Total général	8	71	79

Valeurs théoriques			
Violences conjugales chez vos patientes	MSPH		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	1,5	13,5	15
Oui	6,5	57,5	64
Total général	8	71	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	4
Probabilité critique (P-value)	0,987

Valeurs observées			
Violences conjugales chez vos patientes	ACJM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	0	15	15
Oui	15	49	64
Total général	15	64	79

Valeurs théoriques			
Violences conjugales chez vos patientes	ACJM		
	Je connais	Je ne connais pas	Total général
Non	2,8	12,2	15
Oui	12,2	51,8	64
Total général	15	64	79

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	4
Probabilité critique (P-value)	0,934

Annexe 19 : Suivi par les PS, Test sur les moyennes

Test d'égalité des variances (F-Test)		
<i>Oui_suivi des femmes victimes de violence conjugales_Nombre de structures connues</i>		<i>Non_suivi des femmes victimes de violence conjugales_Nombre de structures connues</i>
Moyenne	0,564516129	0,488235294
Variance	0,039048123	0,056102941
Observations	62	17
Degré de liberté	61	16
F	0,696008478	
P(F<=f) unilatéral	0,155287566	
Valeur critique pour F (unilatéral)	0,551802586	
P-Value = 0,15 donc les variances sont égales		
TEST STUDENT Comparer les moyennes des deux groupes en faisant le test de Student		
P-Value	0,180946838	

Conditions du test:

- * Les effectifs $n_1 = 62$ et $n_2 = 17$ ne sont pas assez grands ($n_1 \geq 30$ et $n_2 \leq 30$), supposons que la distribution suit une loi normale
- * Les échantillons ont des effectifs inégaux: Test d'égalité des variances

TEST WILCOXON sous le logiciel R-Studio: Après vérification que l'échantillon ne suit pas une loi normale

Sortie sous R-Studio

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: M\$Oui_suivi.des.femmes.victimes.de.violence.conjugales and M\$Non_suivi.des.femmes.victimes.de.violence.conjugales

W = 642, **p-value = 0.1667**

alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0

P-Value > 0,05: La même conclusion qu'avec le test de student

Annexe 20 : Suivi par les PS, Test de Khi-2

Valeurs observées		CHRS		
Suivi	Je connais	Je ne connaît pas	Total général	
Non	10	7	17	
Oui	46	16	62	
Total général	56	23	79	

Valeurs théoriques		CHRS		
Suivi	Je connais	Je ne connaît pas	Total général	
Non	12,1	4,9	17	
Oui	43,9	18,1	62	
Total général	56	23	79	

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,935

Valeurs observées		Maison Pauline Roland		
Suivi	Je connais	Je ne connaît pas	Total général	
Non	8	9	17	
Oui	19	43	62	
Total général	27	52	79	

Valeurs théoriques		Maison Pauline Roland		
Suivi	Je connais	Je ne connaît pas	Total général	
Non	5,8	11,2	17	
Oui	21,2	40,8	62	
Total général	27	52	79	

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,206

Valeurs observées		La Belle Echappée		
Suivi	Je connais	Je ne connaît pas	Total général	
Non	4	13	17	
Oui	21	41	62	
Total général	25	54	79	

Valeurs théoriques		La Belle Echappée		
Suivi	Je connais	Je ne connaît pas	Total général	
Non	5,4	11,6	17	
Oui	19,6	42,4	62	
Total général	25	54	79	

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,417

Valeurs observées		CedIFF		
Suivi	Je connais	Je ne connaît pas	Total général	
Non	3	14	17	
Oui	30	32	62	
Total général	33	46	79	

Valeurs théoriques		CedIFF		
Suivi	Je connais	Je ne connaît pas	Total général	
Non	7,1	9,9	17	
Oui	25,9	36,1	62	
Total général	33	46	79	

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,023

Valeurs observées		UMJ		
Suivi	Je connais	Je ne connaît pas	Total général	
Non	13	4	17	
Oui	47	15	62	
Total général	60	19	79	

Valeurs théoriques		UMJ		
Suivi	Je connais	Je ne connaît pas	Total général	
Non	12,9	4,1	17	
Oui	47,1	14,9	62	
Total général	60	19	79	

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,998

Valeurs observées		MADOM		
Suivi	Je connais	Je ne connaît pas	Total général	
Non	8	9	17	
Oui	44	18	62	
Total général	52	27	79	

Valeurs théoriques		MADOM		
Suivi	Je connais	Je ne connaît pas	Total général	
Non	11,2	5,8	17	
Oui	40,8	21,2	62	
Total général	52	27	79	

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl v=(L-1)*(C-1)	1
Probabilité critique (P-value)	0,066

Valeurs observées		MSPH		
Suivi	Je connais	Je ne connais	Total général	
		pas		
Non	1	16	17	
Oui	7	55	62	
Total général	8	71	79	

Valeurs théoriques		MSPH		
Suivi	Je connais	Je ne connais	Total général	
		pas		
Non	1,7	15,3	17	
Oui	6,3	55,7	62	
Total général	8	71	79	

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,982

Valeurs observées		ACJM		
Suivi	Je connais	Je ne connais	Total général	
		pas		
Non		2	15	17
Oui		13	49	62
Total général	15	64	79	

Valeurs théoriques		ACJM		
Suivi	Je connais	Je ne connais	Total général	
		pas		
Non		3,2	13,8	17
Oui		11,8	50,2	62
Total général	15	64	79	

Risque d'erreur alpha	0,05 ou 5%
ddl $v=(L-1)*(C-1)$	1
Probabilité critique (P-value)	0,969

Annexe 21 : Plaquette d'informations envoyée par mail aux PS après réception des réponses au questionnaire (4 pages A5 en recto verso).

Dépistage des violences conjugales et orientation des femmes victimes de violences conjugales

- (1) Benaddou L. *Lettre de l'observatoire nationale des violences faites aux femmes*. MIROF; 2021.
- (2) OMS. *Violence à l'encontre des femmes* [internet]. 2021 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/iris/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- (3) Gourbail L. *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple*. Haute Autorité de Santé. 2019:58.
- (4) SPF. *Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool)* [internet]. 2018 [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>

1 - Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale Louise Michel
Accueil, information, écoute, hébergement (urgence ou non)
2 Rue Cotis Capel, 50100 Cherbourg-en-Cotentin
+33 2 33 88 55 77 – <http://associationfemmes.over-blog.fr/>

2 - Maison Parentale Pauline Roland
Accueil, hébergement, pour les femmes et enfants en bas-âge
22 place Napoléon, 59100 Cherbourg-en-Cotentin
+33 2 33 87 58 30 – <http://associationfemmes.over-blog.fr/>

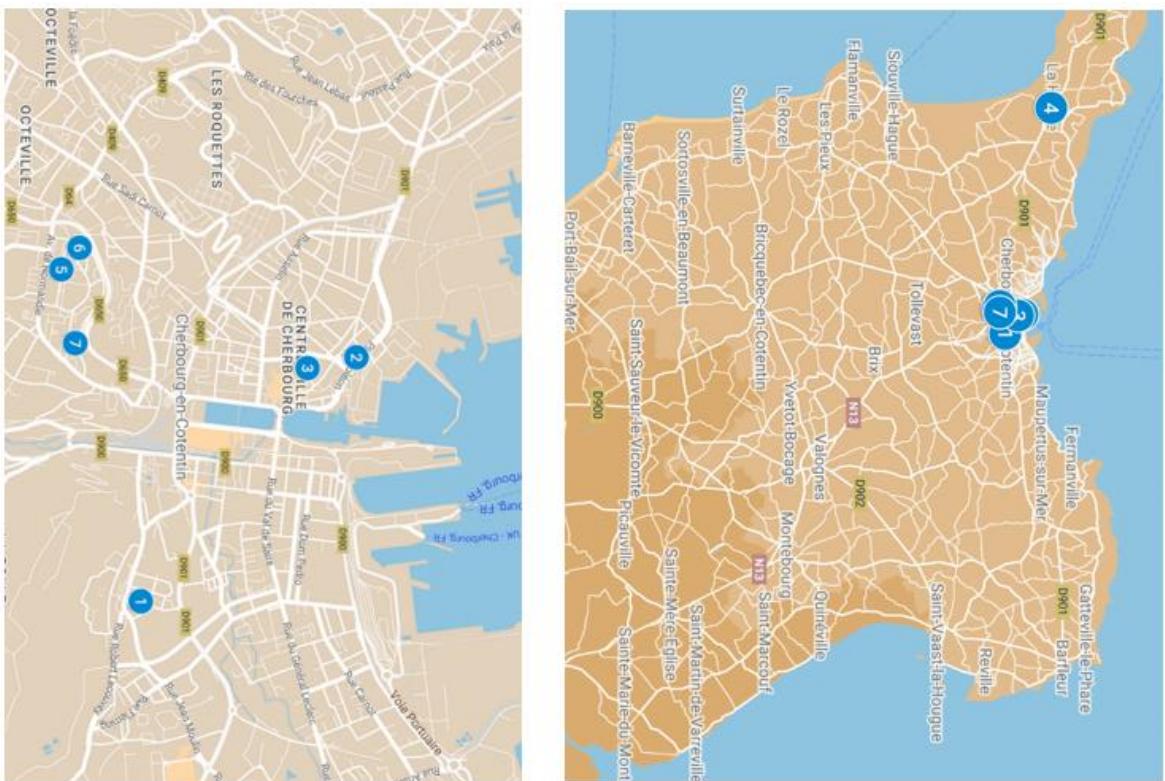
3 - Centre d'Information sur le Droit des Femmes et des Familles
Accueil, informations pluridisciplinaires
17 Passage Digard, 50100 Cherbourg-en-Cotentin
+33 2 33 94 77 05 – cédifaffass@wanadoo.fr

4 - Maison des Services Publics de la Hague
Accueil, informations pluridisciplinaires
1 place de la Mairie, 50440 La Hague
+33 2 33 01 83 90 – cias@lahague.com

5 - Association La Belle Échappée
Information, accueil, suivi personnalisé, accompagnement et orientation
1 rue de l'Île de France, 50130 Cherbourg-en-Cotentin
+33 6 25 81 36 40

6 - Maison des Adolescents
Accueil, information, suivi, femmes < 25 ans
1 rue du Léon, 50130 Cherbourg-en-Cotentin
+33 2 33 72 70 67

7 - A.C.J.M. de la Manche
Accueil, information sur le plan juridique
Rue du Cambriésis, 50100 Cherbourg-en-Cotentin
+33 2 33 78 98 49 – acjm.cherbourg@wanadoo.fr



- En 2021 dans le monde, 35% des femmes indiquent avoir été exposées à des violences physiques ou sexuelles au cours de leur vie par leur partenaire intime. (1)
- En France en 2020, 102 femmes ont été tuées par le partenaire ou ex-partenaire, soit une femme tous les 3,5 jours. (2)
- Depuis 2019, L'AHS recommande le dépistage systématique des violences conjugales. (3)
- Le questionnaire WAST est validé en France depuis 2018 pour la réalisation de ce dépistage. (4)

Questionnaire WAST

Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?
 - Très tendue
 - Assez tendue
 - Sans tension
2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?
 - Très difficilement
 - Assez difficilement
 - Sans difficulté
3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaisseyées ou que vous vous sentez dévalorisée ?
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais
4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappées, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais
5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais
6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais
7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais
8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais

WAST : Woman Abuse Screening Tool.

Calcul et interprétation du score

Comptez 1 point pour chaque réponse dans la colonne de gauche, 2 points pour celle de milieu et 3 points pour la colonne de droite. Le risque d'exposition à une situation de violence conjugale dépend du score total :

- Supérieur à 17 : faible
- Entre 15 et 17 : modéré
- Inférieur à 15 : élevé

Annexe 22 : résultats obtenus en écrivant l'intitulé « aide femmes violences conjugales Cherbourg » dans le moteur de recherche « Google »

Google

aide femmes violences conjugales cherbourg

X | 🔍

Tous Actualités Images Vidéos Livres Plus Outils

Environ 121 000 résultats (0,71 secondes)

<https://www.cherbourg.fr> › solidarite-et-sante › lutte-co... ▾

Lutte contre les violences faites aux femmes

Cette page a-t-elle répondu à vos attentes ? Oui.

<https://www.ouest-france.fr> › Santé › Virus › Coronavirus ▾

Cherbourg-en-Cotentin. Quelles solutions pour les femmes ...

16 avr. 2020 — Comment aider les **femmes** victimes de violences conjugales en ces temps de confinement ? Au CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion ...

<https://actu.fr> › cherbourg-en-cotentin › 50129 › violenc... ▾

Violences conjugales : à Cherbourg, des solutions existent ...

18 févr. 2021 — Avec le Centre d'information sur les droits des femmes et des familles, les **femmes** victimes de violences peuvent trouver divers conseils ...

<https://actu.fr> › cherbourg-en-cotentin › 50129 › cherbo... ▾

Cherbourg : un cercle pour libérer la parole des femmes ...

10 mai 2022 — À Cherbourg, le Centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) organise des cercles de paroles pour aider les **femmes** ...

CIDFF Centre d'information sur les droits des femmes et des familles

Manche voir les photos

CIDFF Centre d'information sur les Droits Femmes et des Familles de la Manche

Itinéraire Enregistrer Appeler

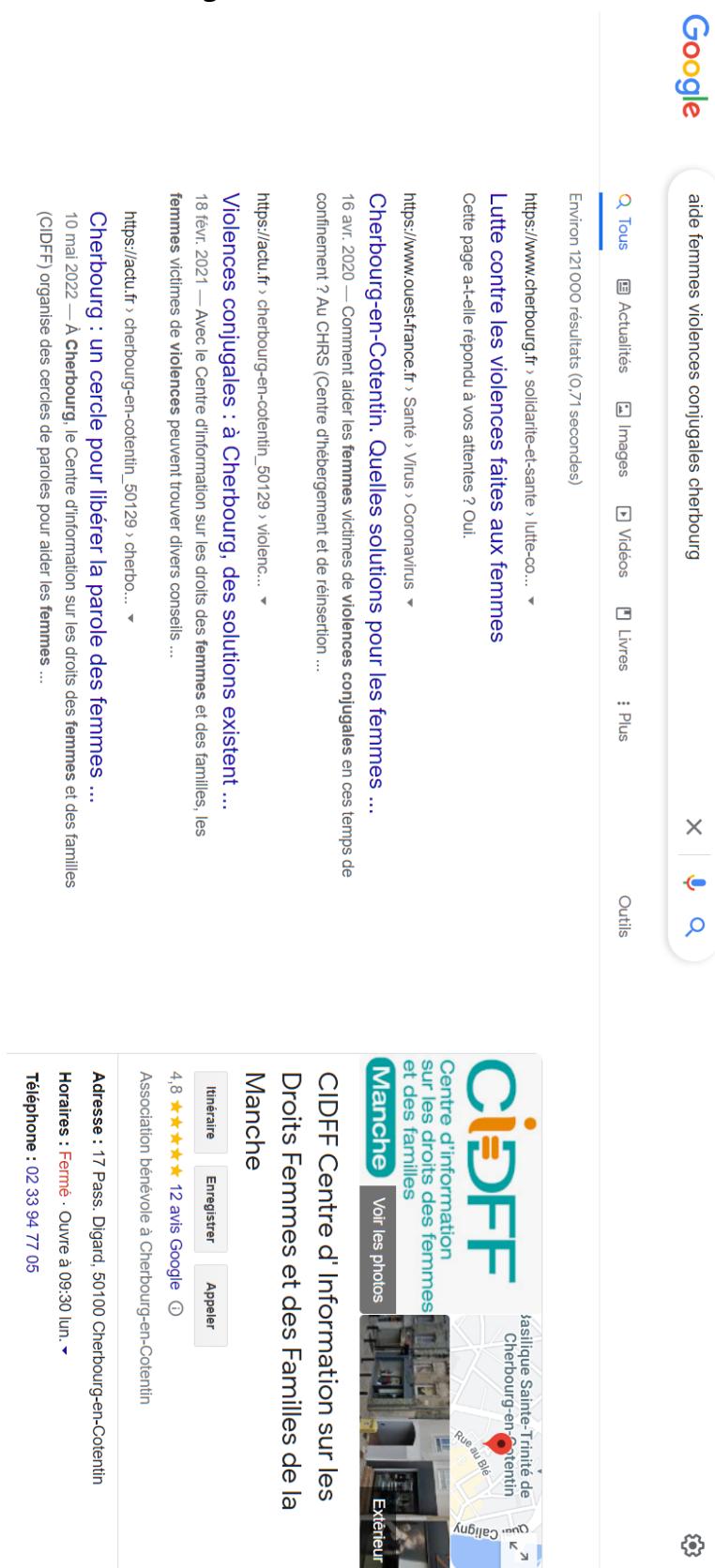
4,8 ★★★★ 12 avis Google ⓘ

Association bénévole à Cherbourg-en-Cotentin

Adresse : 17 Pass. Digard, 50100 Cherbourg-en-Cotentin

Horaires : Fermé . Ouvre à 09:30 lun. ▾

Téléphone : 02 33 94 77 05



IX. Serment d'Hippocrate.

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

« Par Délibération de son Conseil en date du 10 novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

Vu, le président de Thèse

Vu, le Doyen de l'UFR Santé

Vu et permis d'imprimer

en référence à la délibération

du conseil d'Université

en date du 14 décembre 1973

Pour le Président de l'Université de CAEN et P.O
Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNEE DE SOUTENANCE : 2022

NOM ET PRENOM DE L'AUTEURE : Mme Sarah TACHEL

(Résumé Français) TITRE : La connaissance du réseau d'aide et d'accueil aux femmes victimes de violences conjugales par les professionnels de santé du Nord-Cotentin

Contexte : Au cours de sa vie, 1 femme sur 7 en France a subi un acte de violence sexuelle. Le dépistage des violences conjugales est aujourd'hui largement recommandé, et l'un des freins au dépistage par les professionnels de santé est la méconnaissance des structures du réseau d'aide aux victimes.

Objectif : Déterminer si les professionnels de santé du Nord-Cotentin ont une bonne connaissance des structures locales du réseau d'aide aux femmes victimes de violences conjugales.

Matériel et Méthode : Etude épidémiologique descriptive conduite dans la localité du Nord-Cotentin au moyen d'un questionnaire envoyé aux sages-femmes/maïeuticiens, aux médecins généralistes et aux gynéco-obstétriciens.

Résultats : 43,6% de la population cible a répondu au questionnaire. En moyenne, les professionnels de santé connaissent 3 sur 7 structures locales, et 65% ont déjà orienté une victime vers 1 des 7 structures. 16,5 % n'en connaissent aucune. L'unité médico-judiciaire est connue par 76% des répondants, et 42% ont déjà orienté une victime là-bas. La principale structure d'hébergement des victimes est la plus connue parmi les répondants.

Conclusion : La connaissance du réseau d'aide par les professionnels de santé dans le Nord-Cotentin est meilleure que ce qu'on aurait pu imaginer. La politique d'information du département de 2016 à 2022 y a probablement fortement contribué. Les principales structures sont bien connues, mais certaines d'entre elles mériteraient une meilleure visibilité. Une plaquette d'information a été envoyée à tous les professionnels répondants, ce qui permettra l'accès à une information plus complète en cas de besoin.

MOTS-CLES : Femmes, Violences Conjugales, Réseau d'aide, Professionnels de santé

(Abstract English) TITLE: Knowledge of the support and reception network for women victims of domestic violence by health professionals in North-Cotentin - France

Context: During her life, 1 in 7 women in France has suffered an act of sexual violence. Screening for domestic violence is now widely recommended, and one of the obstacles to screening by health professionals is the lack of knowledge about the structures of support network for victims.

Objective: To determine whether the health professionals of North-Cotentin have a good knowledge of the local structures of the support network for women victims of domestic violence.

Material and Method: Descriptive epidemiological study conducted in the locality of North-Cotentin by means of a survey sent to maieuticians, general practitioners and gynecologists.

Results: 43,6% of the target population answered the survey. On average, health professionals know 3/7 local structures, and 65% have already referred a victim to 1 of the 7 structures. 16,5% know none. The medico-judicial unit is known by 76% of respondents, and 42% have already referred a victim there. The main accommodation structure for victims is the best known among the respondents.

Conclusion: The knowledge of the help network by health professionals in the North-Cotentin is better than one could have imagined. The department's information policy from 2016 to 2022 has probably greatly contributed to this. The main structures are well known, but some of them deserve better visibility. An information brochure has been sent to all responding professionals, which will provide access to more complete information if necessary.

KEYWORDS: Women, Domestic Violence, Health professionals, Support Network