

UNIVERSITE DE PARIS RENE DESCARTES PARIS 5

Président : Pr J.-F. DHAINAUT

**EVALUATION DE 4 DIFFERENTES ACTIONS DESTINEES
A AMELIORER LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN
CHARGE DES VICTIMES DE MALTRAITANCES
DANS UN RESEAU VILLE-HOPITAL**

Mémoire de recherche en vue du

DEA Ethique Médicale et Biologique

Promotion 2003 - 2004

réalisé sous la direction du professeur Christian Hervé

et présenté par Monsieur Gérard Lopez

**Laboratoire d’Ethique Médicale et de Médecine Légale
45 rue des Saints-Pères 75006 Paris**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Pr Christian HERVE qui m'a proposé le sujet de ce mémoire, pour sa patience, sa grande disponibilité et ses judicieux conseils.

Je remercie également tous les médecins généralistes du réseau ASDES qui se sont impliqués dans le dépistage, les soins et l'orientation des victimes de maltraitance : je sais par expérience que je leur ai fait un cadeau « empoisonné », mais ils ont tous compris que c'était au plus grand profit de leurs patients.

INTRODUCTION

L'effet particulièrement délétère des maltraitances, notamment infantiles, est de plus en plus reconnu du point de vue scientifique ; il constitue un problème de santé publique, démontré par de multiples travaux, tant sur le plan de la santé mentale [1] que sur la comorbidité générale [2].

Dans toutes les situations de maltraitances, se pose le problème du repérage.

L'objectif du réseau ASDES [3] est l'accès aux soins, aux droits et l'éducation à la santé. Dans ce cadre, la recherche scientifique indique qu'une meilleure connaissance des maltraitances améliore le dépistage, idéalement avant que s'installe la maltraitance proprement dite, pour en prévenir les innombrables conséquences médicales, sociales et socio-économiques qui constituent un problème de santé publique [4] dont l'importance n'est pas toujours bien comprise.

Les entretiens recueillis par Irène François sur la population des médecins du réseau ASDES « témoignent de la complexité de la relation médecin malade : la situation difficile, humiliante, de la femme victime de violences conjugales représente pour le médecin un cas de figure extrême : le soin à donner n'est pas celui auquel il est familiarisé, il n'y a pas de schéma thérapeutique standardisé, et il craint de s'immiscer dans des affaires familiales qui ne sont pas de son domaine de compétence. En outre, une certaine incrédulité s'exprime parfois [5] ». Pourtant, l'interdiction d'immixtion dans les affaires de famille prescrite par l'article 51 du Code de déontologie médicale, comporte la notable exception du mineur en danger, encore renforcée par l'article 89 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 disposant : « Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement de sévices par le médecin aux autorités compétentes dans les conditions prévues au présent article », c'est-à-dire l'article 226-14 du Code pénal relatif au secret professionnel.

Le groupe d'experts placé sous la présidence du professeur Roger Henrion [6] estime qu'il faut « inciter les médecins à faire un dépistage systématique des violences en posant quelques questions simples lors des consultations médicales. On sait qu'un grand nombre répugne à le faire ou n'ose pas pour plusieurs raisons : immixtion dans la vie privée des couples, sentiments de frustration devant l'incapacité de résoudre le problème, manque de temps, manque de formation, crainte de s'aliéner leur clientèle, et peur d'éventuelle retombée judiciaire (p 64) »

Pour l'American Medical Association (1992), la violence domestique, qui inclut les violences sexuelles, « est suffisamment importante pour justifier un dépistage de routine chez toutes femmes se présentant aux services d'urgence, de chirurgie, de pédiatrie et de psychiatrie ». Même si la femme ne répond pas, elle saura que le médecin est prêt à l'entendre.

Deux études [7] [8] identifient les principaux obstacles à la révélation de la violence domestique : pour le médecin : peur d'offenser le patient, sentiment d'impuissance face au problème, perte de contrôle, temps limité de la consultation, manque d'initiative du patient, préjugés raciaux, non compliance des patients qui ne répondent pas à l'aide proposée, pensent que ce n'est pas le rôle du médecin, manque de formation ; de la part du patient : peur, honte, embarras, obligation familiale, protection du partenaire violent, sous estimation de la gravité, absence d'empathie médicale, crainte de ne pas être cru, manque de communication avec le médecin, sentiment de manque de respect de la part du médecin, longue attente, coût des soins, craintes des suites judiciaires.

Young et Read [9] ont cherché à évaluer et à identifier les résistances des praticiens à l'aide d'un questionnaire anonyme envoyé à 220 psychologues et psychiatres d'adultes en Nouvelle Zélande ; ils ont obtenu 114 réponses : 47 % estiment qu'il faut chercher des antécédents de violences sexuelles dès le premier entretien sauf si le patient est trop stressé. Les réticences rencontrées de manière significative chez les psychiatres concernent : manque de temps, autres priorités, crainte des facteurs de suggestibilité induisant de fausses réponses, comment procéder ? formation insuffisante. Les psychologues réticents avancent la crainte des facteurs de suggestibilité pouvant induire des faux souvenirs. Cette étude montre que les praticiens qui ont reçu une formation spécifique se renseignent plus facilement sur les éventuels antécédents de maltraitements sexuelles.

Rodriguez et Bauer [10] se sont livrés à une étude transversale décrivant les pratiques de 500 médecins californiens (généralistes, internistes, gynéco obstétriciens) tirés au hasard, concernant leur perception du repérage et de l'intervention auprès de personnes victimes de violences sexuelles conjugales ; 400 ont répondu à l'étude. Le taux de repérage est évalué dans 4 situations : blessures : 79 %, nouveaux patients : 10 %, visites périodiques : 9 %, première visite prénatale : 11 %. Les résultats sont les suivants : le sexe du médecin ne joue aucun rôle, de nombreuses victimes passent inaperçues quand elles ne présentent pas de blessures évidentes. La méthode par autoévaluation comporte un risque de surévaluation.

Gerbert et Gansky et collaborateurs [11] ont publié une étude comparative évaluant les croyances et les comportements de 610 médecins tirés au hasard concernant le dépistage des violences domestiques comparé au tabagisme, à l'alcoolisme et aux comportements sexuels à risque de VIH. Les médecins dépistent moins les violences domestiques que les autres risques : pour les nouveaux patients : 19 % vs 98 % pour le tabagisme, 90 % pour l'alcoolisme, 47 % pour les comportements sexuels à risque de VIH ; pour les patients réguliers : 13 % vs 82 % pour le tabagisme, 61 % pour l'alcoolisme, 27 % pour les comportements sexuels à risque de VIH. La grande majorité des médecins interrogés considère pourtant qu'intervenir sur la violence domestique est un rôle essentiel ou presque essentiel du médecin.

Mais au-delà des violences conjugales, le même problème se pose probablement pour toutes les situations de maltraitements, telles qu'elles ont été définies dans la Conférence de consensus réalisée sur ce sujet en 2003, selon les critères de l'ANAES. Ainsi Senn [12] indique (p 428) que selon Read et Frazer (1998), seuls 32 % de patients sont interrogés sur la question de violences subies pourtant inscrites comme item de routine sur un questionnaire d'admission (comme cela est désormais le cas pour toutes les patientes accueillies dans les maternités en France).

Dès lors, différentes questions se posent :

1. Une meilleure formation clinique et médico-légale pourrait-elle améliorer le dépistage et la prise en charge des maltraitements ?
2. La connaissance du réseau d'accompagnement social et judiciaire favoriserait-il le dépistage et la prise en charge des maltraitements
3. Un psychiatre référent pourrait-il favoriser le dépistage des maltraitements ?

Pour répondre à ces questions, nous posons 4 hypothèses que nous évaluons et discutons.

HYPOTHESES

1. Première hypothèse : les formations concernant les maltraitances et la médecine légale aident les médecins à mieux les dépister
2. Deuxième hypothèse : un site Internet spécialisé, le réseau multidimensionnel d'aide aux victimes www.victimo.fr auquel ils peuvent se référer, participe à la formation.
3. Troisième hypothèse : une meilleure connaissance du secteur associatif d'aide aux victimes les aide à orienter correctement les victimes.
4. Quatrième hypothèse : un psychiatre référent se déplaçant chez les médecins demandeurs pour les conseiller et faire des évaluations cliniques dans leurs cabinets permet d'améliorer les compétences des médecins en matière de dépistage et de prise en charge des victimes de maltraitances.

Nous avons vérifié l'efficacité des hypothèses selon la méthodologie suivante.

METHODOLOGIE

Nous avons construit un questionnaire anonyme en 2 parties [Annexe 1] : la première partie, concernant les maltraitances, pose une série de questions concernant la perception subjective de l'impact d'une formation dispensée sur ce sujet : sur les connaissances acquises et les pratiques, sur l'utilisation du site Internet spécialisé qui a été présenté lors de la formation, sur la connaissance du réseau d'accompagnement social et judiciaire des victimes, sur la perception de la gravité et de la fréquence des diverses maltraitances, sur la difficulté à en parler avec les patients, sur la perception de la gravité et de la fréquence des différentes complications cliniques des maltraitances ; la deuxième partie est consacrée au sentiment d'insécurité des médecins face aux complications judiciaires et disciplinaires auxquelles ils s'exposent lorsqu'ils sont confrontés à la prise en charge d'une maltraitance.

Nous avons envoyé ce questionnaire en deux parties aux médecins du réseau ASDES 1 mois après la formation sur les maltraitances.

1. Ce questionnaire permet de vérifier la première hypothèse en analysant les réponses concernant les représentations subjectives qu'ont les médecins du réseau, après la formation sur la difficulté à aborder les maltraitances pendant la consultation, la gravité et la fréquence des diverses maltraitances et de leurs complications cliniques.
2. Ce questionnaire permet également de vérifier la deuxième hypothèse en appréciant les réponses concernant l'utilisation et l'intérêt que présente pour eux le site Internet spécialisé www.victimo.fr.
3. Pour vérifier la troisième hypothèse, nous avons étudié les réponses que les médecins ont donné aux questions concernant le réseau ; nous avons également organisé un groupe de parole informel avec les associations d'accompagnement social et judiciaire spécialisées du département et avec les associations relais du bassin du petit Nanterre.
4. Pour vérifier la quatrième hypothèse, nous avons réalisé des évaluations cliniques chez les médecins demandeurs au moyen d'un dossier médical standardisé, bâti selon les critères du

DSM IV¹ [Annexe 2] ; les états de stress post traumatiques (F43.1) ont été évalués avec l'échelle IES² ; les troubles dépressifs (F32) avec l'échelle de Beck³ au départ de l'étude, puis par l'échelle dite de Beck brève traduite par Pichot, de maniement plus facile : seuls ont été retenus les troubles atteignant des scores significatifs. Dans les autres cas, conseils téléphoniques ou patients ne s'étant pas présentés au rendez-vous, il n'a été tenu compte que du type de maltraitance motivant la demande. Nous avons pu comparer les représentations subjectives des médecins répondants, formés ou non, avec la réalité du terrain.

La population étudiée est constituée par les 2 populations de médecins libéraux du réseau ASDES : les 42 médecins du réseau nord constitué depuis 3 ans, et les 19 médecins du réseau sud des Hauts-de-Seine qui ont adhéré au réseau le 24 mars 2004, soit environ 3 mois après le début de l'étude, début janvier 2004.

Le bassin de population de Nanterre est située en zone urbaine (plus de 260000 habitants) et touche une population particulièrement précaire et donc vulnérable, sur le plan social et médical.

Le bassin d'Issy-les-Moulineaux est beaucoup plus favorisé sur le plan socio-économique.

Le point commun des médecins des 2 réseaux est d'être inscrits dans une démarche de Santé Publique, donc de dépistage et de repérage des facteurs de risque.

Les médecins du réseau étaient informés par courrier de notre travail ; leur participation à ce travail était facultative.

Les médecins du réseau nord ont bénéficié d'une formation en 2 temps, dispensée par le même formateur : une soirée « Accueil, orientation et soins des victimes d'agressions et d'accidents divers » sous forme d'un diaporama commenté d'une durée de 2 heures au cours du troisième trimestre 2003 ; une autre, réalisée dans les mêmes conditions techniques, consacrée aux maltraitances le 11 décembre 2003.

Les médecins libéraux du réseau sud ont été immédiatement informés que le réseau ASDES disposait d'un psychiatre référent, capable de répondre en urgence à leurs demandes concernant les maltraitances, la psychiatrie légale et la psychiatrie générale. Ils n'ont pas bénéficié des formations « maltraitances » ; en revanche, le 22 juin 2004, le psychiatre référent leur a dispensé une formation « Gestion du stress ».

¹ American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV). 1996 Masson, Paris

² Horowitz M., Wilner N.R., & Alvarez, W., Impact of Event Scale: A measure of subjective distress. 1979 Psychosomatic Medicine; 41: 208-18

³ Beck AT ; Steer R A. Beck Depression Inventory Manual. 1987 The psychological corporation Harcourt Brace Jovanovich, inc. San Antonio.

EXPOSE DES RESULTATS

TABLEAU n° 1

Le taux de retour du questionnaire est de 16/42.

Parmi les répondants : 14 ont participé à la formation « maltraitance ».

Répondants (42 questionnaires)	16/42*	38 %
Ont participé à la formation parmi les répondants	14/16	88%

*11 médecins d'exercice libéral et 5 d'exercice mixte

Question : Avez-vous assisté à la session de formation ASDES concernant les maltraitances ?

Parmi les 16 répondants, deux n'ont pas participé à la formation.

Question : Pensez-vous qu'il soit légitime que le réseau ASDES ait à envisager de telles situations ?

Un seul médecin répondant estime qu'il n'est pas légitime que le réseau ASDES s'occupe de maltraitances.

1. Réponses au questionnaire concernant la première hypothèse : analyse des réponses concernant l'impact subjectif de la formation, la difficulté à aborder les maltraitances pendant la consultation, la gravité, la fréquence des diverses maltraitances et de leurs complications cliniques et le sentiment d'insécurité face aux « signalements ».

A. Réponses au questionnaire concernant l'impact subjectif de la formation

Question : La formation a-t-elle d'ores et déjà modifié votre démarche diagnostique ?

Treize ont le sentiment que la formation a modifié leur démarche diagnostique et 9 disent avoir suspecté de nouveaux cas de maltraitance dans leur clientèle.

Question : Pensez vous que vos patients répondraient plus volontiers à vos questions liées aux maltraitances dans les domaines suivants :

Violences au travail	<input type="checkbox"/> 1 à 5.....	Ce questionnaire anonyme a pour but d'évaluer les modifications des représentations et de l'attitude des médecins après une formation concernant les maltraitances. Il suffit de cocher Oui <input type="checkbox"/> ou Non <input type="checkbox"/> et d'évaluer les items en les cotant de 0 à 5 selon l'importance ou la fréquence que vous leur attribuez.
Violences familiales	<input type="checkbox"/> 1 à 5.....	
Violences à l'école	<input type="checkbox"/> 1 à 5.....	
Violences institutionnelles	<input type="checkbox"/> 1 à 5.....	
Violences liées à l'exclusion	<input type="checkbox"/> 1 à 5.....	
Violences liées à l'émigration	<input type="checkbox"/> 1 à 5.....	
Autres		

Les maltraitances à l'école (niveau 5) et au travail (niveau 5) leur paraissent être celles qu'ils aborderaient le plus facilement avec leurs patients.

Les maltraitances liées à l'exclusion (niveau 4) et les maltraitances institutionnelles (niveau 4) leur paraissent facilement abordables

Les maltraitances familiales (niveau 3) figurent parmi les plus difficiles à aborder.

Question : Dans le cas où vous auriez répondu 4 ou 5 dans une des catégories ci-dessus énumérées, pensez-vous qu'ils pourraient s'exprimer par les troubles suivants :

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| Troubles dépressifs légers | <input type="checkbox"/> 1 à 5..... |
| Troubles dépressifs majeurs | <input type="checkbox"/> 1 à 5..... |
| Suicides | <input type="checkbox"/> 1 à 5..... |
| Troubles psychotraumatiques | <input type="checkbox"/> 1 à 5..... |
| Troubles psychosomatiques | <input type="checkbox"/> 1 à 5..... |
| Pathologies limites | <input type="checkbox"/> 1 à 5..... |
| Troubles addictifs | |
| alcoolisme | <input type="checkbox"/> 1 à 5..... |
| toxicomanie | <input type="checkbox"/> 1 à 5..... |
| alimentaires | <input type="checkbox"/> 1 à 5..... |
| Décompensations psychotiques | <input type="checkbox"/> 1 à 5..... |
| Conduites «antisociales » | <input type="checkbox"/> 1 à 5..... |
| Autres | |

Ce questionnaire anonyme a pour but d'évaluer les modifications des représentations et de l'attitude des médecins après une formation concernant les maltraitances.

Il suffit de cocher **Oui** ou **Non** et d'évaluer les items en les cotant de **0 à 5** selon l'importance ou la fréquence que vous leur attribuez.

Les répondants considèrent subjectivement que les troubles somatoformes (appelés psychosomatiques sur le questionnaire pour éviter toute confusion) sont les plus graves et les plus fréquentes complications des maltraitances.

Suivent les troubles addictifs et parmi ceux-ci l'alcoolisme et les troubles des conduites alimentaires, bien devant les toxicomanies qui n'apparaissent qu'en sixième position.

Les états dépressifs légers apparaissent en quatrième position, avant les états dépressifs majeurs qui apparaissent en cinquième position.

Les tentatives de suicide et les suicides leur paraissent peu fréquents. Les états de stress post traumatiques (appelés troubles psychotraumatiques sur le questionnaire pour éviter toute confusion) n'arrivent qu'en huitième position.

Les troubles anxieux comorbides ne sont cités qu'une fois à la rubrique « Autres ».

TABLEAU n° 2
Conséquences considérées comme les plus graves et les plus fréquentes des maltraitances (1 à 6)

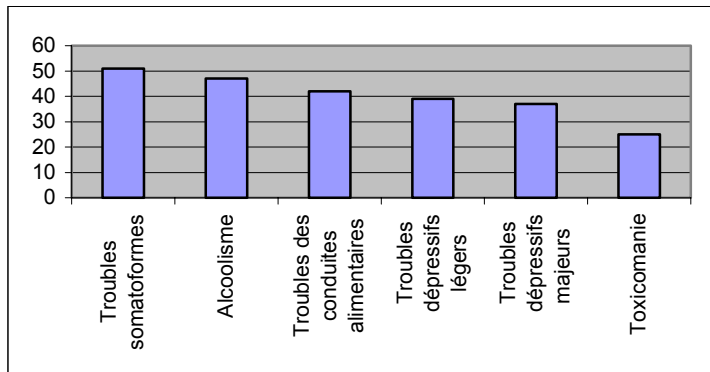
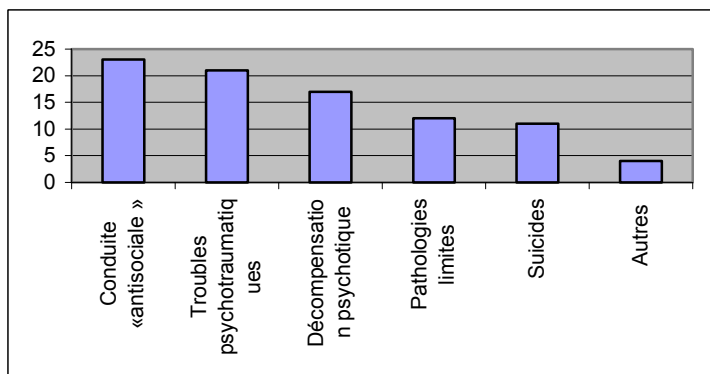


TABLEAU n° 3
Conséquences considérées comme les moins graves et les moins fréquentes des maltraitances (7 à 12)



B. Réponses au questionnaire concernant les difficultés du signalement

Question : Etes-vous préoccupé par la lourdeur – chronophage – des modifications législatives récentes (information, consentement, dossier médical) ?

Les médecins du réseau ASDES interrogés sur ce point, sont particulièrement inquiets par l'évolution récente des pratiques médicales : la moitié d'entre eux ont des niveaux d'inquiétude élevés (niveau 4 et 5).

TABLEAU n° 4
Inquiétude des médecins
concernant le manque de temps

Inquiétude de niveau 5	25 %
Inquiétude de niveau 4	25 %
Inquiétude de niveau 3	19 %
Inquiétude de niveau 2	12,5 %
Inquiétude de niveau 1	12,5 %
Absence d'inquiétude	6 %

Question : Dans ce cadre, comment évaluez-vous la dégradation des conditions socio-économiques de l'exercice de votre métier ?

Les médecins du réseau pensent que les conditions socio-économiques de l'exercice de leur métier vont se dégrader : niveau 3 pour la moitié d'entre eux.

TABLEAU n° 5
Inquiétude concernant l'évolution
socio-économiques de l'exercice médical

Inquiétude de niveau 5	5 %
Inquiétude de niveau 4	20 %
Inquiétude de niveau 3	50 %
Inquiétude de niveau 2	5 %
Inquiétude de niveau 1	5 %
N R	15 %

Question : En tant que médecin : êtes-vous inquiet de l'évolution des conditions d'exercice récentes de la pratique médicale ?

Les 16 médecins répondants du réseau nord disent ressentir une inquiétude au sujet de l'évolution récente des pratiques médicales (noté comme sentiment d'insécurité dans l'exercice de la médecine dans le questionnaire) **TABLEAUX n° 4 et n° 5.**

Question : Etes vous inquiet par les tentatives de judiciarisation des pratiques médicales ?

Ils manifestent une crainte vis-à-vis des différentes tentatives de judiciarisation des pratiques médicales.

Question : Craignez-vous être l'objet d'un procès en responsabilité médicale ?

Ils craignent d'être l'objet d'un procès en responsabilité médicale.

Question : Vous estimez-vous suffisamment soutenu par le Conseil de l'Ordre ?

Ils se sentent assez mal soutenus par les instances disciplinaires.

Question : Dans ce cadre, vous sentez-vous suffisamment informés sur le plan médico-légal ?

Ils s'estiment moyennement formés en médecine légale.

Question : Dans ce cadre, hésitez-vous à établir un certificat médical ?

Ils n'hésitent pas, pour la plupart, à rédiger un certificat médical ;

Question : Dans ce cadre, hésiteriez-vous à signaler un enfant maltraité ?

Ils n'hésitent pas à rédiger un signalement pour un enfant en danger.

TABLEAU n° 6

Fortes inquiétudes pouvant interférer avec la prise en charge des maltraitements (1 à 4)

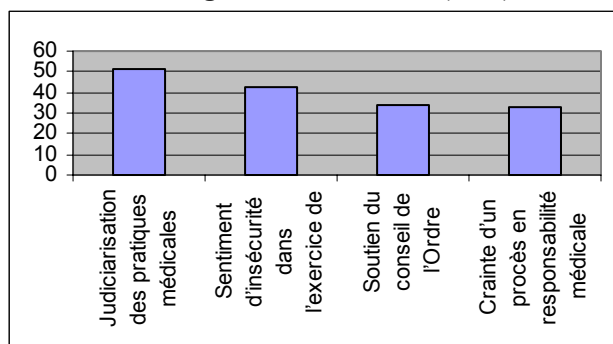
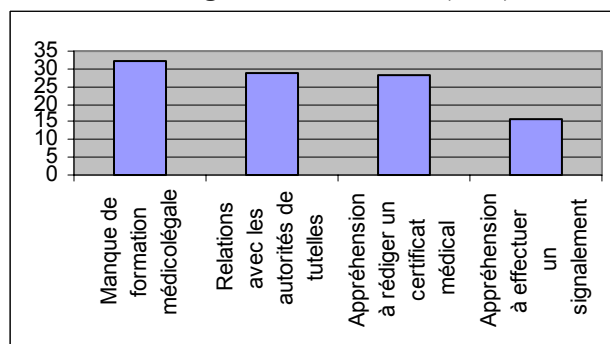


TABLEAU n° 7

Faibles inquiétudes pouvant interférer avec la prise en charge des maltraitements (5 à 8)



2. Réponses au questionnaire concernant la deuxième hypothèse : appréciation des réponses concernant l'utilisation et l'intérêt que présente pour eux le site Internet spécialisé www.victimo.fr

Question : Avez-vous surfé sur le Site Internet du réseau multidimensionnel d'aide aux victimes www.victimo.fr?

Cinq répondants ont surfé sur le site www.victimo.fr qui comporte un annuaire très complet des acteurs de l'accompagnement social et judiciaire et apporte toutes sortes de renseignements cliniques.

Question : Etes-vous intéressé par le réseau multidimensionnel d'aide aux victimes ?

Treize répondants se disent intéressés.

3. Résultats concernant la troisième hypothèse : réponses des médecins concernant le réseau et compte rendu du groupe de parole informel organisé avec les associations d'accompagnement social et judiciaire spécialisé du département et avec les associations relais du bassin du petit Nanterre :

A. Réponses au questionnaire :

Question : Disposez-vous des adresses des acteurs de prise en charge sociale dans votre carnet d'adresse ?

La moitié des répondants disposent des adresses permettant d'orienter les victimes de maltraitance rencontrant des problèmes sociaux.

Question : Disposez-vous des adresses des acteurs de prise en charge judiciaire dans votre carnet d'adresse ?

Vingt cinq % seulement disposent des adresses des acteurs de l'accompagnement judiciaire.

B. Résultats des groupes de parole informels avec les associations :

Deux réunions se sont déroulées, l'une le 6 avril 2004 avec les associations et les institutions spécialisées lors de la réunion de la Sous-commission départementale des violences faites aux femmes à la Préfecture du département : elles ont déploré le manque de lien avec les médecins.

Le 22 juillet 2004, les associations relais du bassin de Nanterre, non spécialisées dans les maltraitances, ont souhaité tisser des liens et travailler en réseau avec les médecins du réseau ASDES, notamment dans le cadre de la prise en charge des maltraitances : elles éprouvent des difficultés psychologiques à être confrontées aux maltraitances dont elles sont les témoins. Elles souhaitent l'organisation d'autres réunions pour intensifier les liens.

4. Résultats concernant la quatrième hypothèse : intérêt d'une formation par compagnonnage par l'analyse du résultat des évaluations cliniques réalisées chez les médecins comparées aux représentations subjectives des médecins après la formation

Quatorze médecins du réseau nord ont sollicité le psychiatre référent, dont certains à plusieurs reprises (2 à 3 fois), pour 22 patients au total, dont 15 actions pour des maltraitances et 7 actions pour des cas de psychiatrie générale et de psychiatrie légale qui ne faisaient pas partie de sa mission initiale, mais auxquels il a répondu ce d'autant qu'il pourrait s'agir de troubles psychotraumatiques comorbides.

Huit médecins du réseau sud ont sollicité le psychiatre référent, dont un médecin à deux reprises, pour 6 actions concernant des maltraitances et 7 actions de psychiatrie générale et de psychiatrie légale, mais sur une période de 4 mois, le réseau sud s'étant créé fin mars 2004.

Le psychiatre référent s'est donc déplacé 19 fois (dont un rendez-vous manqué) chez 14 médecins différents.

A. Bilan global des interventions du psychiatre référent :

Le psychiatre référent a été sollicité 36 fois (2 fois pour des conseils téléphoniques pendant ses vacances d'été) par 22 médecins du réseau, dont 10 de 2 à 4 fois, ce qui représente 36 % de la totalité des médecins du réseau ASDES nord et Sud.

La progression des appels est encourageante, avec une ascension brutale en avril.

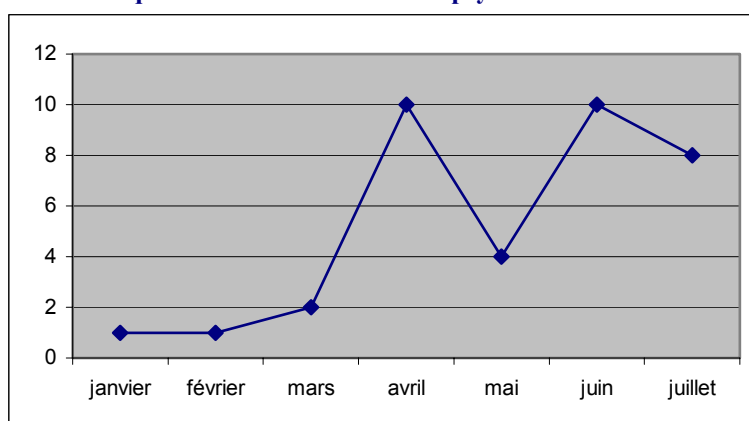
La baisse du mois de mai correspond aux nombreux « ponts » qui diminuent l'activité médicale, elle correspond aussi aux 2 premiers appels des médecins du réseau sud ; la baisse du mois de juillet correspond au départ en vacances du référent.

Rapidement, le psychiatre a été sollicité pour des actions de psychiatrie générale et de psychiatrie légale, débordant la mission initiale, probablement parce que les délais d'obtention d'un rendez-vous de psychiatrie deviennent très longs.

TABLEAU n° 8
Activité globale du psychiatre référent selon le médecin

	Nord	Sud	Totaux
Déplacements	8/42	6/19	14/61
Conseil téléphonique	6/42	2/19	8/61
Activité globale	14/42	8/19	22/61

TABLEAU n° 9
Fréquence des interventions du psychiatre référent



B. Bilan des interventions téléphoniques

Il s'agit d'appels qui n'ont pas motivé une évaluation clinique chez le médecin demandeur.

Tous les conseils téléphoniques ont été confirmés par une lettre et un courrier électronique.

Pour le réseau nord, le référent a été sollicité à 3 reprises pour des actions concernant des maltraitances et paradoxalement plus souvent pour des conseils de psychiatrie générale ou de psychiatrie légale.

Pour le réseau sud, il a notamment été sollicité pour 1 cas de maltraitance, 1 cas de psychiatrie légale et 1 cas de psychiatrie générale.

TABLEAU n° 10
Total des interventions téléphoniques

Conseils téléphoniques	Nord	Sud
Maltraitances		
Violences conjugales	1	1
Harcèlement au travail	1	
Violences scolaires	1	
Maltraitances sexuelles récentes		1
Autres		
Crise suicidaire	2	1
Conduite addictive	1	
Tr personnalité enfant	2	
Tr psychotique		1
Autres (jeu pathologique)	1	
TOTAL	9	4

C. Bilan des évaluations cliniques des cas de maltraitements effectués chez les médecins du réseau ASDES nord

Pour les 12 patients victimes de maltraitance qui ont pu être évalués chez le médecin demandeur, l'analyse, effectuée selon la typologie des demandes et selon le type de pathologie, porte sur 9 femmes et 3 hommes.

On dénombre :

4 cas de maltraitance infantile et 2 cas d'agressions sexuelles anciennes (le patient étant mineur au moment des faits) qui ont été pour la première fois dévoilés lors de la présente évaluation ; 4 cas de harcèlement psychologique au travail (dont 1 avec harcèlement sexuel) ; 3 cas de violences conjugales ; un cas d'agression sexuelle ancienne (la patiente étant majeure au moment des faits) ; un bilan de toxicomanie et d'alcoolisme s'inscrivant dans un contexte de maltraitance infantile passée jusqu'alors inaperçue aux yeux des professionnels de santé.

Sur le plan nosographique :

les troubles les plus fréquents ont été les états de stress post traumatiques (F43.1) et les troubles dépressifs (F32) majeurs: 50 % des cas chacun.

Les troubles de la personnalité de type limite (F 60.31) ou à type « d'états de stress post psychotraumatiques complexes » [11] [12], s'inscrivant

dans un passé de maltraitance infantile (incluant l'inceste), ont été retrouvés chez 5 patients.

Des troubles somatoformes comorbides (F45.0) ont été retrouvés chez 3 patients, contre 2 pour les troubles anxieux comorbides (un trouble panique (F41) dans les 2 cas).

Un trouble dépressif (F32) léger et un trouble dysthymique (F34.1) ont été retrouvés chez deux patients.

Sur le plan des soins et de l'orientation :

un antidépresseur (IRS) a été prescrit dans 8 cas.

Cinq patients ont été orientés vers une psychothérapie.

Huit patients ont été orientés vers différentes associations assurant un accompagnement social et judiciaire et 2 d'entre eux chez un avocat spécialisé dans le droit du travail.

TABLEAU n° 11
Réseau nord : typologie des maltraitements constatés

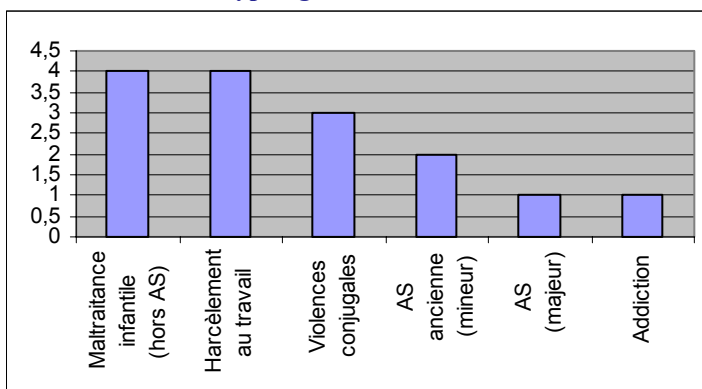


TABLEAU n° 12
Réseau nord : typologie des troubles constatés

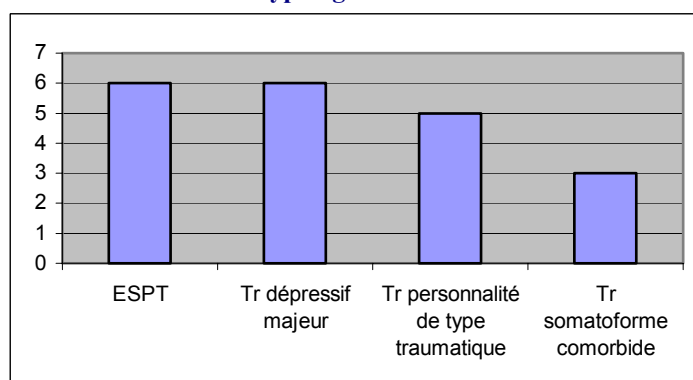
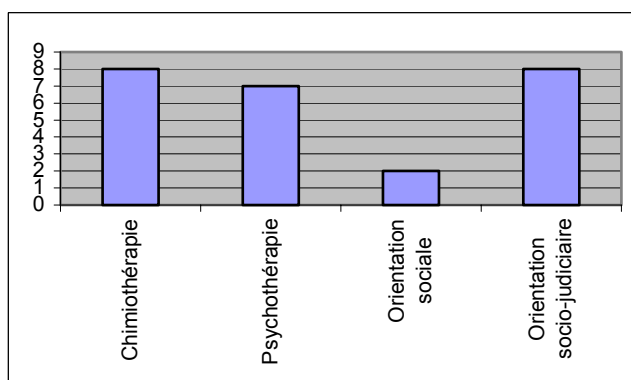


TABLEAU n° 13
Réseau nord : soins et orientation



D. Bilan clinique des actions « maltraitements » du réseau ASDES sud

Le psychiatre référent s'est déplacé à 7 reprises dans le sud du département, dont 2 fois chez le même médecin, pour :
 un cas de harcèlement au travail ; un cas de viols répétés par plusieurs adultes subis dans l'enfance dans un contexte de maltraitance infantile ; un cas de suspicion d'agression sexuelle chez un enfant ; un cas de violence conjugale ; trois fois pour des conseils médico-légaux (allégation d'agression sexuelle ; violence conjugale ; rapatriement après un deuil après le décès per-opératoire, en métropole, d'un enfant guadeloupéen présentant une malformation cardiaque complexe).

Sur le plan nosographique :

les troubles présentés étaient un état de stress post traumatique (F43.1), un trouble dépressif (F32) majeur, et un trouble somatoforme comorbide (F45.0).
 La patiente victime de viols répétés par plusieurs adultes subis dans l'enfance dans un contexte de maltraitance infantile présentait un trouble limite de sa personnalité (F60.31).

Sur le plan des soins et de l'orientation :

les deux patients examinés prenaient des antidépresseurs IRS et bénéficiaient d'une psychothérapie.
 Ces deux patients ont été orientés vers des associations spécialisées, dont une pratiquant des groupes de parole.
 Il a été conseillé à la mère de la femme victime de violences conjugales d'écrire une lettre signalant les faits au parquet.

TABLEAU n° 14
Réseau sud : typologie des maltraitements constatés

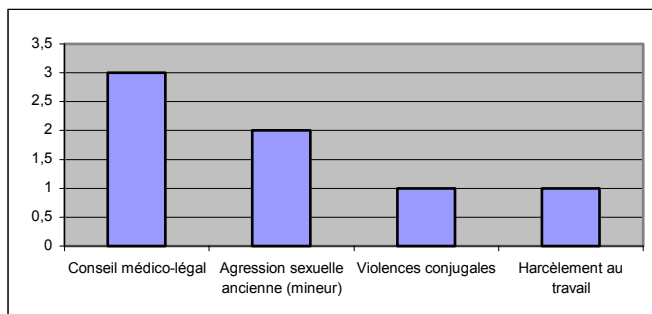


TABLEAU n° 15
Réseau sud : typologie des troubles constatés

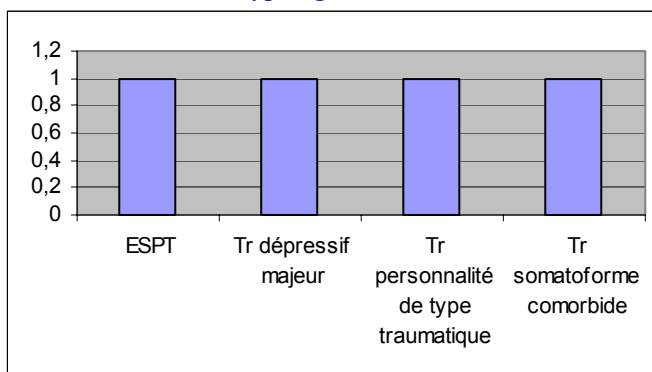
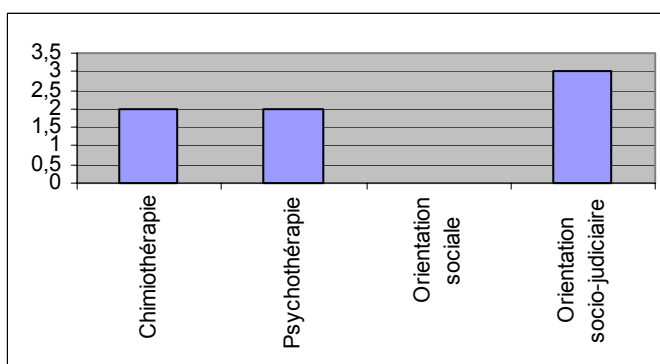


TABLEAU n° 16
Réseau sud : soins et orientation



DISCUSSION DES RESULTATS

L'échantillon a été défini par rapport aux médecins libéraux du réseau ASDES nord dont les 42 membres ont reçu le questionnaire ; le réseau ASDES sud, fort de 19 médecins, s'est constitué à partir du 24 mars 2004.

L'échantillon ne prétend pas être représentatif de l'ensemble des médecins ni même de l'ensemble du réseau ASDES. Il est caractérisé par une majorité d'hommes (6/42 pour le réseau nord) (3/19 pour le réseau sud), mais la taille de l'échantillon ne permet pas de faire des comparaisons de réponses selon le sexe.

Parmi les 16/42 médecins répondants du réseau nord, on ne compte qu'un seul médecin spécialiste psychiatre.

1 Discussion concernant la première hypothèse : impact subjectif de la formation, difficulté à aborder les maltraitances pendant la consultation, la gravité et la fréquence des diverses maltraitances, complications cliniques et difficultés du signalement.

A. Réponses au questionnaire concernant l'impact subjectif de la formation

Seize médecins ont répondu au questionnaire « maltraitance » et se disent quasiment tous motivés par le dépistage et la prise en charge des maltraitances.

Un seul a estimé qu'il était illégitime que le réseau ASDES envisage de telles situations : il n'a pas participé aux formations ASDES mais dit avoir participé à d'autres formations sur ce sujet, en revanche, il dit être intéressé par la possibilité de faire appel au psychiatre référent en cas de nécessité.

Treize répondants ont le sentiment que la formation a modifié leurs démarches diagnostiques.

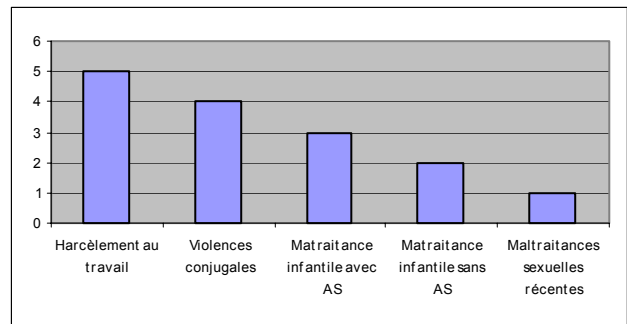
Neuf disent avoir suspecté des nouveaux cas de maltraitance.

Cependant, les représentations qu'ils ont des maltraitances [TABLEAU n° 2 et n° 3] reflètent les préjugés habituels des professionnels de santé et sont représentatives des pathologies dont ils s'occupent habituellement : les troubles somatoformes et l'alcoolisme leur semblent subjectivement les plus graves et les plus fréquentes des complications des diverses maltraitances. Les états dépressifs légers leur paraissent plus fréquents que les états dépressifs majeurs et les suicides rares, ce qui nous a conduit à dispenser 2 formations ; l'une sur la crise suicidaire, l'autre sur la prise en charge des états dépressifs. Les troubles anxieux comorbides largement étudiés ne sont cités que par le seul psychiatre répondant.

Cependant, les médecins du réseau nord ont sollicité le référent pour 15/22 cas de maltraitance, alors que les médecins du réseau sud qui n'ont pas bénéficié des deux formations maltraitance l'ont sollicité 6/22 fois dans le même cadre, ce qui indique que les formations ont sensibilisé ceux qui les ont reçues.

En revanche, les 19 évaluations cliniques effectuées dans les cabinets médicaux à la demande des médecins sont conformes aux données de la littérature scientifique : le harcèlement au travail représente 5/19 cas ; les maltraitances infantiles sans agressions sexuelles 2/19 cas, auxquelles se joignent 3/19 cas de maltraitance sexuelle sur mineur, représentent elles aussi 5/19 cas ; les violences conjugales représentent 4/22 cas ; une femme victime d'agression sexuelle représente 1/19 cas ; les autres déplacements ne concernent pas des maltraitances.

TABLEAU n° 17
Typologie générale des maltraitances constatées



Sur le plan nosographique :

les évaluations pratiquées sont elles aussi plus conformes aux données de la littérature scientifique.

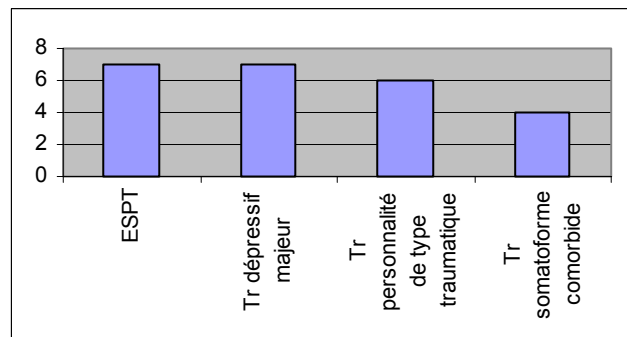
Les états de stress post traumatiques (F43.1) sont une des deux complications les plus fréquemment retrouvées 7/19 cas alors qu'ils n'apparaissent subjectivement qu'en huitième position des complications supposées.

Les troubles dépressifs (F32) majeurs 7/19 cas sont la deuxième des complications les plus fréquentes alors qu'ils apparaissent subjectivement en cinquième position, après les troubles dépressifs légers.

Les troubles de la personnalité (F60.31), qui ne sont cités par aucun répondant, représentent 6/19 cas.

Les troubles somatoformes (F45.0), cités comme étant subjectivement les plus graves et les plus fréquents, arrivent en quatrième position : 4/19 cas dans les évaluations cliniques.

TABLEAU n° 18
Typologie générale des troubles constatés



Des maltraitances infantiles ont été découvertes lors de certaines évaluations comme pouvant être la cause de certains cas de violences conjugales, de harcèlement au travail, et d'un cas d'addiction (toxicomanie ancienne, alcoolisme), selon le mécanisme classique de revictimation.

La règle, selon laquelle on ne recherche que ce que l'on connaît, est respectée : malgré la formation qui semblent cependant les avoir sensibilisés au problème, les répondants ont estimé à tort que les troubles somatiques sont les plus graves et les plus fréquentes complications des maltraitances.

Ce constat indique que les formations dispensées n'ont pas été suffisamment efficaces malgré la motivation affichée par 75 % des répondants qui souhaitent cependant participer à d'autres formations sur les maltraitances et les problèmes médico-légaux.

B. Réponses au questionnaire concernant les difficultés du signalement

Quinze des seize médecins répondants au questionnaire se sont dits motivés par le dépistage et la prise en charge des maltraitances. Un seul a estimé qu'il était illégitime que le réseau ASDES

envisage de telles situations : il n'a pas participé aux formations ASDES mais à d'autres formations sur ce sujet ; en revanche, il dit être intéressé par la possibilité de faire appel au psychiatre référent en cas de nécessité.

Les médecins répondants considèrent que la lourdeur – chronophage - des modifications législatives récentes, renforcée par la crainte d'une dégradation des conditions socio-économiques de l'exercice de la médecine, leur imposent des rythmes de travail incompatibles avec « une médecine lente » fondée sur la relation médecin / malade [TABLEAU n° 4 et 5].

Les médecins demandeurs se sont arrangés pour que les évaluations se fassent sur rendez-vous ; elles ont duré plus d'une heure chacune. Un médecin demandeur a attendu 45 minutes un patient qui a renoncé à se présenter au rendez-vous. Il est indéniable que ce type de consultation demande du temps et risque de perturber la consultation, comme l'ont fait remarqué la plupart des médecins concernés.

Bien qu'ils se disent mal formés sur le plan médico-légal, craindre la surjudiciarisation des conditions d'exercice de la médecine, être l'objet de procédure en responsabilité et être mal soutenu par les autorités de tutelles, les médecins du réseau disent ne pas hésiter à établir un certificat médical ou à faire un signalement d'enfant en danger aux autorités judiciaires ou administratives, alors que les professionnels de santé ne signalent que 2 % des enfants en danger, ce qui tend à démontrer que le problème se situe bien au niveau du dépistage.

2. Discussion concernant la deuxième hypothèse : utilisation et intérêt que du site Internet spécialisé www.victimo.fr

Le réseau multidimensionnel d'aide aux victimes et son site Internet contiennent un nombre considérable de données, un annuaire, la possibilité d'apporter des conseils en réponse aux questions qui pourraient se poser en matière de maltraitance ou de problèmes médico-légaux. Cependant, aucun médecin du réseau ASDES n'a utilisé cette dernière possibilité, préférant un contact téléphonique direct avec le référent psychiatre. Un effort de communication est nécessaire car l'utilisation d'Internet ne fait pas encore partie de la culture médicale.

3. Discussion concernant la troisième hypothèse : connaissance du réseau d'accompagnement social et socio-judiciaire

La connaissance du réseau d'accompagnement social et judiciaire est considérée comme un facteur favorisant le dépistage et la prise en charge des maltraitances [15].

La moitié des répondants disposent des adresses permettant d'orienter les victimes de maltraitance rencontrant des problèmes sociaux, mais cette démarche est facilitée par le réseau ASDES qui dispose d'une assistante sociale fréquemment sollicitée. En revanche, seuls 25 % des répondants ont à leur disposition les adresses des acteurs de l'accompagnement judiciaire. C'est précisément pourquoi les associations spécialisées dans l'accompagnement social et judiciaire

des victimes ont accepté de former un groupe de travail⁴ pour construire un outil d'orientation dans le réseau, qui est en cours d'élaboration dans le cadre d'un Programme Régional d'Action Prévention Santé (PRAPS). Cependant, il a fallu leur rappeler que les médecins du réseau ASDES se placent en amont des poursuites judiciaires, dans une démarche de prévention. Cet outil, d'ores et déjà en cours d'élaboration, sera distribué, après validation par les utilisateurs, à tous les médecins du réseau ASDES et aux associations relais.

4. Discussion concernant la quatrième hypothèse : efficacité de la formation par compagnonnage effectuée lors des évaluations de patients au cabinet du médecin demandeur

Dans le cadre de cette action, les médecins demandeurs ont appris à faire un examen psychologique complet avec un dossier médical standardisé disponible dans le réseau et téléchargeable sur le site www.victimo.fr. Ils ont appris à utiliser une échelle d'auto évaluation pour les états de stress post traumatiques et pour les états dépressifs. Ils ont souvent été surpris de constater que des appels motivés pour des conseils médico-légaux, des bilans d'addiction, des crises suicidaires, étaient consécutifs à des maltraitements récentes ou anciennes dont ils ne soupçonnaient pas l'existence, comme cela est décrit dans la littérature [15].

Ils ont également appris à raisonner en terme de prise en charge de réseaux, ce qui constitue encore un obstacle qui mettra du temps à s'améliorer malgré le document PRAPS qui est en cours d'élaboration et l'annuaire du site www.victimo.fr qu'ils utilisent peu.

La fréquence des demandes d'évaluation au cabinet du médecin a été constamment croissante [TABLEAU n° 9] compte tenu des baisses conjoncturelles dues aux vacances, ce qui laisse supposer que le bouche à oreille a bien fonctionné dans le réseau, mais aussi que le référent a réussi à se faire progressivement adopter, ce qui constitue un biais interpersonnel.

L'obstacle principal semble bien être le temps consacré à ces évaluations qui ont duré 1 environ heure avec chaque patient, mais qui ont pu se prolonger 1 à 2 heures de plus en raison de la curiosité du médecin qui réclamait des explications complémentaires, démontrant ainsi qu'il s'agit bien d'un transfert de savoir par la classique méthode du compagnonnage, laquelle est probablement la meilleure façon d'apprendre une pratique médicale, notamment dans la domaine des maltraitements. Mais il ne faudrait pas que le médecin se décharge systématiquement des patients maltraités, qu'il dépisterait de mieux en mieux, en les adressant à un psychiatre parce qu'il serait découragé par le temps que de telles évaluations nécessitent.

Un travail supplémentaire est d'ores et déjà prévu dans le cadre de l'évaluation du travail du référent dans le réseau ASDES : il s'agira d'envoyer et d'analyser les réponses au questionnaire déjà utilisé dans cette étude, pour évaluer si les représentations subjectives de la fréquence et de la gravité des différents types de maltraitements et des troubles qu'elles génèrent sont plus conformes aux données de la littérature, après une ou plusieurs séances de formation par compagnonnage. Cette étude permettra d'évaluer l'efficacité de la formation par transfert de savoir, quand il est déjà démontré, malgré la taille modeste de l'échantillon, que les formations « magistrales » sur les maltraitements ont une simple fonction de sensibilisation.

⁴ Mme Maurage (déléguée départementale aux droits des femmes), Mme G Knecht (AFED), M. Bonnac (ADAVIP 92), Mme Bavay (Centre Flora Tristan), Mme Deseez (DDASS), Dr Colombani (municipalité de Nanterre), Dr Dreyfus (ANAMEVA), Maître Duvernoy (bâtonnier) et le psychiatre référent du réseau ASDES.

5. Développements inattendus

Un médecin du réseau ADSES nord, qui a sollicité le référent à 4 reprises pour des cas particulièrement graves, se plaint de ressentir une lassitude et des ruminations anxieuses concernant ses patients maltraités, retentissant sur son équilibre personnel et sur celui de sa famille. Certaines médiatrices des associations relais du bassin de Nanterre présentent un syndrome d'épuisement (burn out) et réclament une aide des médecins du réseau ASDES. Une action de prévention est à l'étude.

Deux formations sur la crise suicidaire et sur la prise en charge des états dépressifs⁵ ont paru nécessaire pour améliorer la prise en charge des maltraitances, parce qu'ils sont des facteurs primaires de risque suicidaire⁶ ; les actes de maltraitance étant, quant à eux, des événements de vie considérés comme autant de facteurs secondaires de risque suicidaire de Grade A. Quatre médecins ont demandé conseil au psychiatre référent pour des suspicions de « crises suicidaires », dont deux appels téléphoniques, peu après la formation consacrée à ce sujet.

⁵ La formation « La crise suicidaire » leur sera dispensée par le psychiatre référent le 8 avril 2004 ; la formation « Conduite à tenir face à un trouble dépressif » par le Dr JEHEL le 8 juillet 2004.

⁶ Conférence de consensus « *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* », organisée par la Fédération Française de Psychiatrie avec l'aide méthodologique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et le soutien de la Direction Générale de la Santé les 19 et 20 octobre 2000 à Paris, *La Salpêtrière*.

CONCLUSION

L'évaluation de l'action « maltraitance » a permis de constater que les deux formations magistrales dispensées sur le sujet des maltraitances ont été peu efficaces : les médecins plaçant subjectivement les pathologies qu'ils connaissent le mieux - les troubles somatoformes et l'alcoolisme - en tête des complications supposées par eux comme étant les plus graves et les plus fréquentes, alors que les évaluations cliniques réalisées à leurs demandes dans leurs cabinets, sont conformes aux données scientifiques habituelles.

En revanche, la fréquence des demandes de formation par compagnonnage a constamment augmenté. Elles pourraient leur avoir enseigné, par transfert de compétences, à faire un examen psychologique complet et à utiliser des échelles d'auto évaluation. Ils ont souvent été surpris de constater que des appels motivés pour des conseils de psychiatrie générale ou de psychiatrie légale étaient en définitive consécutifs à des maltraitances récentes ou anciennes dont ils ne soupçonnaient pas l'existence. Ils ont également appris à raisonner en terme de prise en charge de réseaux. L'obstacle principal semble bien être le temps consacré à ces évaluations dans le contexte d'une consultation de médecin généraliste. Un travail supplémentaire permettra d'évaluer l'efficacité de la formation par compagnonnage.

Une volonté générale de travail en réseau, auquel participe le réseau www.victimo.fr, s'est manifestée de la part des médecins, des associations relais, et des associations spécialisées, mais l'évaluation a permis de constater que le travail en réseau ne fait pas encore partie de la culture médicale : il doit être encouragé pour le plus grand bénéfice des patients, mais aussi pour briser l'isolement et le désarroi des médecins face aux maltraitances.

Chemin faisant, les hypothèses de l'action « maltraitance », initialement construites sur des données s'appuyant sur des travaux scientifiques antérieurs, se sont adaptées aux réalités du terrain, mais ces difficultés ont puissamment stimulé l'imagination et les ressources adaptatives de tous les acteurs impliqués. C'est ainsi que rapidement l'action « maltraitance » du psychiatre référent s'est élargie pour devenir une action de psychiatrie générale et de psychiatrie légale, répondant à une demande pressante du terrain, créant une pratique nouvelle qui ressemble, mais dans un tout autre contexte, à la classique « psychiatrie de liaison ». Il a également fallu compléter les formations magistrales initiales par deux formations concernant « La crise suicidaire » et « Les états dépressifs ». Les médiatrices des associations relais du bassin de Nanterre et le médecin le plus actif du réseau ASDES confrontés à des cas de maltraitance qu'il ne dépistait pas auparavant, présentent des syndromes d'épuisement professionnel dont la prise en charge va encore initier une nouvelle pratique innovante du réseau, qui n'avait pas été envisagée dans les hypothèses de l'étude.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Johnson J, Cohen P, Brown J, Smailes E, Bernstein D. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. 1999 Arch Gen Psychiatry ; 56 : 600-06
2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of leading causes of death in adults : the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. 1998 Am J Prevent Med : 245-58
3. Moutel G, C. Hervé C. Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : Les enjeux de la prise en charge globale des patients. Analyse de l'expérience pilote d'un département de consultations hospitalières couplées à un réseau ville hôpital. 2001 Press Méd ; 30(15) : 740-44
4. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. 1999 Jul J Clin Psychiatry; 60(7): 427-35
5. François I. Evaluation des pratiques en matière de repérage et de prise charge des femmes subissant des violences conjugales. DEA Ethique Médicale et Biologique, 2001
6. Rapport au ministre délégué à la Santé réalisé par un groupe d'experts, sous la présidence du professeur Roger Henrion. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. 2001 La documentation Française, Paris : 81 p
7. Fogarty CT, Burge S, McCord EC. Communicating with patients about intimate partner violence. : screening and interviewing approaches. 2002 Fam Med ; 34 (5) : 369-75
8. American Medical Association. Diagnostic and Treatment Guideline on Domestic Violence. 1992 AMA : 21 p ([en ligne])
9. Young M, Read L, Barker-Collo S, Harrison R, Evaluating and Overcoming Barriers to Talking Abuses Histories. Prof. Psychol. Res. Pract 2001 ; 32 (4) : 407-14
10. Rodriguez MA, Bauer HM, E, Grumbach K. Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse : Practicises and Attitudes of Primary Care Praticiens. 1999 J. Am Med Assoc ; 285 (5) : 468-74
11. Gerbert B, Gansky SA, Tang JW, Phee SJ, Carlton R, Hertzog K, Danley D, Casper N. Domestic Violence Compared to Others Health Risks. A Survey of Physicians Beliefs and Behaviour. 2002 Am. J Prev Med ; 23 : 82-90
12. Senn M. Sur quels signes reconnaître une maltraitance sexuelle récente ou ancienne. Dans Horassius N. et Mazet P. (sous la dir.) Conséquences des maltraitements sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir. 2004 John Libbey Eurotext, Paris : 427-53
13. Herman J. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. 1992 Journal of Traumatic Stress ; 5 : 377-91
14. Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S & Resick P. Development and validation for the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress. 1997 Journal of Traumatic Stress ; 10 : 3-16
15. Lopez G, Portelli S et Clément S. Les droits des victimes : victimologie et psychotraumatologie. 2003, Dalloz : 392 p

ANNEXES 1 : QUESTIONNAIRE

Première partie

<p>Ce questionnaire anonyme a pour but d'évaluer les modifications des représentations et de l'attitude des médecins après une formation concernant les maltraitements.</p> <p>Il suffit de cocher Oui <input type="checkbox"/> ou Non <input type="checkbox"/> et d'évaluer les items en les cotant de 0 à 5 selon l'importance ou la fréquence que vous leur attribuez.</p> <p>Je vous remercie de bien vouloir lui consacrer quelques minutes de votre temps.</p>	<p>Mode d'exercice :</p> <p>libéral <input type="checkbox"/></p> <p>privé <input type="checkbox"/></p> <p>Ageans</p> <p>Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p> <p>Généraliste <input type="checkbox"/></p> <p>Spécialité</p>
<p>Avez-vous assisté à la session de formation ASDES concernant les maltraitements ?</p> <p style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>A d'autres formations ?</p> <p style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Vous sentez-vous davantage concerné par les problèmes soulevés par les maltraitements ?</p> <p>comme praticien oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>comme citoyen oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>La formation a-t-elle d'ores et déjà modifié votre démarche diagnostique ?</p> <p style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous suspecté des cas de maltraitements depuis la formation ?</p> <p style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous surfé sur le Site Internet du réseau multidimensionnel d'aide aux victimes www.victimofr.fr?</p> <p style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Etes-vous intéressé par le réseau multidimensionnel d'aide aux victimes ?</p> <p style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Souhaitez-vous que nous vous construisions ensemble un petit guide pour faciliter l'utilisation du Site :</p> <p style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Disposez-vous des adresses des acteurs de prise en charge sociale dans votre carnet d'adresse ?</p> <p style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Disposez-vous des adresses des acteurs de prise en charge judiciaire dans votre carnet d'adresse ?</p> <p style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Pensez-vous que vous ayez un intérêt à me solliciter en tant que le référent maltraitements du réseau ASDES?</p> <p style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>Seriez vous intéressé à participer à des formations médicales continues « validantes » sur le sujet des maltraitements et des problèmes médico-légaux</p> <p style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Pensez vous que vos patients répondraient plus volontiers à vos questions liées aux maltraitements dans les domaines suivants :</p> <p>Violences au travail <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Violences familiales <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Violences à l'école <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Violences institutionnelles <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Violences liées à l'exclusion <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Violences liées à l'émigration <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Autres</p> <p>Dans le cas où vous auriez répondu 4 ou 5 dans une des catégories ci-dessus énumérées, pensez-vous qu'ils pourraient s'exprimer par les troubles suivants :</p> <p>Troubles dépressifs légers <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Troubles dépressifs majeurs <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Suicides <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Troubles psychotraumatiques <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Troubles psychosomatiques <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Pathologies limites <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Troubles addictifs</p> <p>alcoolisme <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>toxicomanie <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>alimentaires <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Décomp. psychotiques <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Conduites «antisociales» <input type="checkbox"/> 1 à 5.....</p> <p>Autres</p> <p>Pensez-vous qu'il soit légitime que le réseau ASRES ait à envisager de telles situations ?</p> <p style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>

Deuxième partie

<p>En tant que citoyen : pensez-vous que le sentiment d'insécurité augmente dans la société ? coter de 0 à 5.....</p> <p>Selon vous, cela est-il justifié ? coter de 0 à 5.....</p> <p>Selon vous, cela est-il dû :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aux violences urbaines ? coter de 0 à 5..... - aux incivilités ? coter de 0 à 5..... - à la situation économique ? coter de 0 à 5..... - à la situation écologique ? coter de 0 à 5..... - à un changement des mentalités ? coter de 0 à 5..... 	<p>Etes-vous préoccupé par la lourdeur –chronophage - des modifications législatives récentes (information, consentement, dossier médical) ? coter de 0 à 5.....</p> <p>Etes vous inquiet par les tentatives de judiciarisation des pratiques médicales ? coter de 0 à 5.....</p> <p>Dans ce cadre, vous sentez-vous suffisamment informés sur le plan médico-légal ? coter de 0 à 5.....</p> <p>Trouvez-vous que vos patients sont de plus en plus exigeants ? coter de 0 à 5.....</p> <p>Craignez-vous être l'objet d'un procès en responsabilité médicale ? coter de 0 à 5.....</p>
<p>En tant que médecin : êtes-vous inquiet de l'évolution des conditions d'exercice récentes de la pratique médicale : coter de 0 à 5.....</p> <p>Dans ce cadre, comment évaluez-vous la dégradation des conditions socio-économiques de l'exercice de votre métier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - comme généraliste : coter de 0 à 5..... - comme spécialiste : coter de 0 à 5..... 	<p>Dans ce cadre, hésitez-vous à établir un certificat médical ? coter de 0 à 5.....</p> <p>Dans ce cadre, hésiteriez-vous à signaler un enfant maltraité? coter de 0 à 5.....</p> <p>Vous estimez-vous suffisamment soutenu par le Conseil de l'Ordre ? coter de 0 à 5.....</p>
<p>Dans ce cadre, comment évaluez-vous les perspectives d'évolution de votre retraite ? coter de 0 à 5.....</p> <p>Dans ce cadre, comment évaluez-vous votre relation avec les autorités de tutelle ? coter de 0 à 5.....</p>	<p>Connaissez vous des confrères qui ont connu des démêlés procéduraux dans l'exercice de leur métier ?</p> <p>par des patients : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>par la sécurité sociale: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>par les instances disciplinaires: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>par la justice civile : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>par la justice pénale: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>
<p>Dans ce cadre, les mesures prochaines sur l'Assurance maladie répond-elle à vos préoccupations ? coter de 0 à 5.....</p> <p>Pensez-vous que les malades ont de nouvelles exigences à votre égard ? coter de 0 à 5.....</p> <p>Lesquelles :</p>	<p>L'avez-vous été personnellement ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Vous sentez-vous physiquement menacé dans l'exercice de votre métier ? coter de 0 à 5.....</p> <p>Déconseilleriez-vous d'entreprendre des études médicales ? coter de 0 à 5.....</p> <p>Y compris à vos enfants ? coter de 0 à 5.....</p>

ANNEXE 2 : DOSSIER MEDICAL STANDARD

Trauma unique

- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| Date de survenue | <input type="checkbox"/> Coups et blessures | <input type="checkbox"/> Agression sexuelle adulte |
| Lieu de survenue..... | <input type="checkbox"/> Infraction sans violence | <input type="checkbox"/> Agres. sexuelle mineur brève |
| Délai faits / consultation..... | <input type="checkbox"/> Accident individuel | <input type="checkbox"/> Braquage |
| | <input type="checkbox"/> Accident collectif | <input type="checkbox"/> Prise d'otage |
| | <input type="checkbox"/> Victime indirecte | <input type="checkbox"/> Acte de terrorisme |

Traumas répétés

- | | | |
|---------------------------------|--|--|
| Date de survenue | <input type="checkbox"/> Maltraitance | <input type="checkbox"/> Harcèlement sexuel |
| Lieu de survenue..... | <input type="checkbox"/> Agression sexuelle mineur | <input type="checkbox"/> Prise d'otage prolongée |
| Délai faits / consultation..... | <input type="checkbox"/> Violences conjugales | <input type="checkbox"/> Violence d'Etat |
| | <input type="checkbox"/> Harcèlement au travail | <input type="checkbox"/> Victime indirecte |

Blessures

Lesquelles ?

.....	Durée ITT :	<input type="text"/>
.....		
.....		

Accident de travail

Arrêt de travail durée.....

Démarches médicales :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> UMJ | <input type="checkbox"/> Consultation hospitalière | <input type="checkbox"/> Consultation psychologue |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="checkbox"/> Consultation en ville | <input type="checkbox"/> Consultation psychiatre |

Démarches sociales :

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale | <input type="checkbox"/> Inspection du travail | <input type="checkbox"/> Témoignages |
| <input type="checkbox"/> Médecine du travail | <input type="checkbox"/> Association | <input type="checkbox"/> Prud'hommes |
| <input type="checkbox"/> CHS ou CHSCT | <input type="checkbox"/> Syndicat | |

Démarches judiciaires

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Refus de porter plainte | <input type="checkbox"/> Procédure pénale | <input type="checkbox"/> Procédure d'indemnisation |
| <input type="checkbox"/> Plainte | <input type="checkbox"/> Aide juridictionnelle | <input type="checkbox"/> Expertise amiable |
| <input type="checkbox"/> Signalement (enfant en danger) | <input type="checkbox"/> Accompagnement judiciaire | <input type="checkbox"/> Expertise judiciaire |
| <input type="checkbox"/> Classement sans suite | <input type="checkbox"/> Assurance de protection jurid | <input type="checkbox"/> Médecin de recours (LHT) |
| <input type="checkbox"/> Avocat | <input type="checkbox"/> COTOREP. | <input type="checkbox"/> Commission surendettement |

BIOGRAPHIE

Famille / fratrie/ enfance

Scolarité :

Service militaire :

Vie affective et sexuelle :

Cursus professionnel :

Antécédents judiciaires :

ETAT ANTERIEUR

Médical

Chirurgical

Traumatique

Addictif exotoxique



Etat antérieur psychiatrique (DSM IV)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfance et adolescence | <input type="checkbox"/> T anxieux | <input type="checkbox"/> T conduites alimentaires |
| <input type="checkbox"/> T cognitif | <input type="checkbox"/> T somatoforme | <input type="checkbox"/> T du sommeil |
| <input type="checkbox"/> T liés à une substance | <input type="checkbox"/> T factice | <input type="checkbox"/> T des impulsions |
| <input type="checkbox"/> T psychotique | <input type="checkbox"/> T dissociatif | <input type="checkbox"/> T de la personnalité |
| <input type="checkbox"/> T de l'humeur | <input type="checkbox"/> T « sexuel » | <input type="checkbox"/> Autre |

Cote : F

.....

Etat antérieur consécutif à des événements traumatiques

EVALUATION

	Initiale	1 mois	3 mois
Score IES			
Score Beck			

DIAGNOSTIC

- | | | | |
|---|--|---------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> ASD | <input type="checkbox"/> avec dissociation périT | Score DPQ 10 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> ESPT | <input type="checkbox"/> Intrusions dominantes
<input type="checkbox"/> Evitements dominants
<input type="checkbox"/> Activation neurovégétative dominante | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble dissociatif (hors ASD ou ESPT) | | Score DES | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Etat dépressif | | | |
| <input type="checkbox"/> Troubles somatoformes | | | |
| <input type="checkbox"/> Troubles anxieux comorbides | | | |
| <input type="checkbox"/> Etat limite | | | |

THERAPIE

Chimiothérapie

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseur tricyclique | <input type="checkbox"/> BDZ | <input type="checkbox"/> Antipsychotique |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseur IRS | <input type="checkbox"/> Hypnotique | <input type="checkbox"/> Autre |

Psychothérapie

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> TCC | <input type="checkbox"/> Autre thérapie brève | <input type="checkbox"/> Thérapie familiale |
| <input type="checkbox"/> Psychothérapie dynamique | <input type="checkbox"/> Hypnose | <input type="checkbox"/> Groupe de parole |

ASSOCIATION REFERENTE

- Avant la première consultation
 Après la première consultation

Nom :

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	1
INTRODUCTION.....	2
HYPOTHESES.....	4
METHODOLOGIE.....	4
EXPOSE DES RESULTATS.....	6
1. Réponses au questionnaire concernant la première hypothèse : analyse des réponses concernant l'impact subjectif de la formation, la difficulté à aborder les maltraitements pendant la consultation, la gravité et la fréquence des diverses maltraitements, leurs complications cliniques, leurs difficultés face aux « signalements »	6
- A Réponses au questionnaire concernant l'impact subjectif de la formation.....	6
- B Réponses au questionnaire concernant les difficultés du signalement.....	8
2. Réponses au questionnaire concernant la deuxième hypothèse : appréciation des réponses concernant l'utilisation et l'intérêt que présente pour eux le site Internet spécialisé www.victimo.fr	9
3. Résultats concernant la troisième hypothèse : réponses des médecins concernant le réseau et compte rendu du groupe de parole informel organisé avec les associations d'accompagnement social et judiciaire spécialisé du département et avec les associations relais du bassin du petit Nanterre.....	9
- A. Réponses au questionnaire.....	9
- B. Résultat des groupes de parole informel avec les associations.....	10
4. Résultats concernant la quatrième hypothèse : intérêt d'une formation par compagnonnage par l'analyse du résultat des évaluations cliniques réalisées chez les médecins comparées aux représentations subjectives des médecins après la formation.....	10
- A. Bilan des interventions du psychiatre référent.....	11
- B. Bilan des interventions téléphoniques.....	11
- C. Bilan de l'évaluation clinique pour des cas de maltraitements effectués chez les médecins du réseau ASDES nord.....	12
- D. Bilan clinique des actions « maltraitements » du réseau ASDES sud.....	13
DISCUSSION DES RESULTATS.....	14
1 Discussion concernant la première hypothèse : impact subjectif de la formation, difficulté à aborder les maltraitements pendant la consultation, gravité et fréquence des diverses maltraitements et de leurs complications cliniques.....	14
- A Discussion concernant l'impact subjectif de la formation.....	14
- B Discussion concernant les difficultés du signalement.....	15
2. Discussion concernant la deuxième hypothèse : utilisation et intérêt du site Internet spécialisé www.victimo.fr	16
3. Discussion concernant la troisième hypothèse : connaissance du réseau d'accompagnement social et socio-judiciaire.....	16
4. Discussion concernant quatrième hypothèse : efficacité de la formation par compagnonnage effectuée lors des évaluations de patients au cabinet du médecin demandeur.....	17
5. Développements inattendus.....	18
CONCLUSION.....	19
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	20
ANNEXES 1 : QUESTIONNAIRE	21
ANNEXE 2 : DOSSIER MEDICAL STANDARD.....	23
ANNEXES 3. REPONSES AU QUESTIONNAIRE.....	26
TABLE DES MATIERES.....	58

RESUME

Le dépistage des situations de maltraitances est malaisé et n'est pas en rapport avec sa gravité tant sur le plan de la santé mentale que sur la comorbidité générale. Nos 4 hypothèses consistent à supposer : 1) que les formations concernant les maltraitances et la médecine légale aident les médecins à mieux les dépister ; 2) qu'un site Internet spécialisé participe à cette formation ; 3) qu'une meilleure connaissance du secteur associatif d'aide aux victimes les aident à orienter correctement les victimes : 4) qu'un psychiatre référent améliore les compétences des médecins en matière de dépistage et de prise en charge des victimes de maltraitances par un transfert direct de savoir dit « par compagnonnage ». L'évaluation des hypothèses a été réalisée : par un questionnaire anonyme permettant d'analyser les représentations subjectives, des 22 médecins répondants, concernant les maltraitances et les troubles qu'elles génèrent ; par les conseils téléphoniques donnés par le référent ; par des évaluations cliniques objectives réalisées dans le cabinet de 14 médecins.