

Violences conjugales : une prévalence non négligeable

Évaluation de la prise en charge des femmes victimes d'abus et de violence conjugale

Womens' evaluation of abuse and violence care in general practice (WEAVE): trial protocol and baseline results

O'Doherty LJ, Hegarty K, Gunn J et al. (Australie)

exercer 2010;90(suppl1):32S-35.

l.doherty@unimelb.edu.au

Mots-clés

Violence conjugale

Contexte

Selon l'OMS¹, la violence conjugale concernerait 15 à 30 % des femmes dans les pays développés. Elle a des répercussions graves sur le bien-être psychique et physique des femmes et des enfants². Le rôle du médecin généraliste (MG) est mal défini et il n'existe pas de recommandations de prise en charge en soins primaires. Néanmoins, l'effet d'une intervention précoce ou préventive des MG sur les femmes victimes de violence conjugale doit être évalué.

Objectif

Évaluer l'effet d'une double intervention de formation pour les médecins généralistes et de conseil aux femmes se déclarant victimes de violences conjugales, sur la qualité de vie, le bien-être mental et leur comportement assurant leur sécurité.

Population étudiée

14 031 femmes suivies par 40 MG de la région de Victoria en Australie.

Méthode

Essai contrôlé pragmatique randomisé en grappes. L'unité de randomisation était le MG, et l'unité d'analyse la patiente. 40 médecins généralistes exerçant en milieux urbain, semi-rural et rural ont été inclus. Les investigateurs ont considéré que chaque MG suivait 400 femmes de 16 à 50 ans ayant consulté dans l'année précédente. Ils pouvaient donc théoriquement inclure 16 000 femmes.

Celles-ci ont rempli un questionnaire basé sur le *general practice assessment questionnaire*. Une réponse positive aux questions : « Avez-vous peur

ou eu peur de votre (ex)partenaire dans les 12 derniers mois, dans les 6 derniers mois, actuellement ? » permettait de les inclure dans l'étude. La randomisation portait ensuite sur les MG suivant les femmes menacées. L'objectif était d'inclure 90 femmes dans chacun des 2 groupes intervention et témoin.

L'intervention a eu lieu en deux phases parallèles. Pour les MG elle comprenait une téléconférence, un audit clinique, une e-formation théorique de 8 heures, la remise de recommandations par consensus d'experts en format papier, 2 visites sur le terrain par des formateurs, un support d'aide téléphonique et par courriel. Les femmes se sentant menacées étaient invitées par courrier à trois entretiens spécifiques de 30 minutes avec leur MG nouvellement formé à l'écoute et la prévention.

Les critères de jugement principaux étaient la qualité de vie mesurée dans ses quatre dimensions (physique, psychique, environnementale, sociale) par l'échelle validée WHOQoL-bref, le bien-être mental mesuré par une partie de l'échelle SF-12 et par la *hospital anxiety and depression scale*, et le comportement assurant la sécurité était évalué par une liste proposée par les auteurs, remplie à domicile par la patiente, et contenant un item sur les actions concrètes entreprises (police, main courante, plainte, etc.). Ces trois paramètres étaient mesurés à 0, 6 et 12 mois.

Résultats

L'étude a commencé en mai 2009. Sur 14 031 femmes éligibles, 4 523 (32 %) ont répondu au premier questionnaire et 552 (12,2 %) ont répondu positivement à la question : « Avez-vous peur ou eu



peur de votre (ex)partenaire dans les 12 derniers mois ? » 351 (64 %) ont souhaité être contactées, et 205 (58,4 %) ont été incluses (49 non éligibles, 33 abandons, 18 non joignables, 46 sans retour des questionnaires).

Après randomisation, le groupe témoin était composé de 20 MG ayant inclus 101 patientes et le groupe intervention de 18 MG ayant inclus 104 patientes. Ces chiffres correspondent à ceux prévus pour assurer la puissance de l'étude.

Les caractéristiques des femmes incluses étaient une moyenne d'âge de 39 ± 8 ans. 83 % étaient nées en Australie, 96 % étaient anglophones, 70 % vivaient en couple, 63 % avec leurs enfants, 57 % avaient un niveau d'éducation équivalent au BEPC, 35 % équivalent au baccalauréat et 65 % avaient un emploi fixe. Il n'y avait pas de différence entre les 205 femmes incluses et les 347 ne participant pas à l'étude.

À l'inclusion, 32 % des femmes incluses ont déclaré être intensément abusées verbalement et physiquement, 26,4 % uniquement de façon verbale. Toutes les dimensions de leur qualité de vie étaient altérées par rapport à la population générale féminine australienne, avec un score SF-12 de $36,3 \pm 12$ versus $48,46 \pm 11$ ($p < 0,05$).

44 % d'entre elles souffraient d'un état de stress post-traumatique, 51 % d'anxiété chronique sévère, et 21 % de dépression sévère. 50 % d'entre elles n'avaient jamais eu de comportement visant à assurer leur sécurité (communication, mains courantes, plainte, etc.).

Résultat principal

La prévalence de la violence conjugale est de 12,2 %, la grande majorité de ces femmes en souffrent, et la moitié n'a jamais pris de mesures de sécurité.

Commentaires

Le protocole WEAVE comporte des biais de sélection et de recrutement signalés par les auteurs. Les femmes non australiennes non anglophones mais résidant sur le territoire australien n'ont pas été incluses, faute de pouvoir remplir le questionnaire en anglais. Or cette population immigrée, socialement défavorisée, vivant dans des pays industrialisés est particulièrement à risque de violence conjugale³. Par ailleurs, les 205 femmes incluses à leur initiative sur les 552 ayant répondu positivement à la question de dépistage sont probablement celles souffrant le plus de violence conjugale ou celles les plus enclines à se plaindre.

Un essai contrôlé randomisé récent de grande ampleur⁴ a montré qu'un simple dépistage systématique des violences conjugales dans une population de soins primaires n'avait pas d'effet, à terme, sur la qualité de vie et la sécurité des victimes.

De ce fait, l'étude est intéressante par sa méthode. L'objectif des investigateurs est d'aller au-delà des études descriptives habituelles pour proposer une intervention et mesurer son effet par un essai pragmatique. Malgré un taux de participation moyen (32 %), le nombre de femmes incluses est impressionnant en ambulatoire. La marge est confortable pour les investigateurs et les non-participantes sont connues et caractérisées.

La prévalence de violences conjugales est en accord avec celle observée dans d'autres études australiennes⁵.

La difficulté principale de l'étude est la lourdeur de l'intervention, l'énergie déployée pour « éduquer » les médecins : 8 heures de formation, téléconférences, visites de pairs, etc. Si l'essai randomisé montre une différence statistiquement significative en faveur du bras intervention, les médecins généralistes accepteront-ils une formation de cette envergure ? Une étude de faisabilité en médecine générale devra être réalisée.

Jean-Sébastien Cadwallader – UFR Lille
Jean-Pierre Lebeau – UFR Tours

Références

1. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006;368:1260-9.
2. Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association of depression and partner abuse in women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ* 2004; 328:621-4.
3. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002;360:1083-8.
4. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA* 2009;302:493-501.
5. Hegarty KL, Bush R. Prevalence and associations of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional survey. *Aust N Z J Public Health* 2002;26:437-42.