



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2022

N°006

**Attentes des femmes victimes de violences conjugales
envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG en
Drôme-Ardèche.**

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 18 Janvier 2022

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

VIGNÉ Pierre-Alexandre

Né le 26 Octobre 1989 à Béziers (34)

Sous la direction du Dr Humbert de Fréminville,

Médecin Généraliste – Expert en Médecine générale et légale auprès de la
Cour d'Appel de Lyon

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président

Pr Frédéric FLEURY

Présidente du Comité de Coordination des Etudes Médicales

Pr Carole BURILLON

Directeur Général des services

M. Pierre ROLLAND

Secteur Santé

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Pr Gilles RODE

Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux

Pr Carole BURILLON

Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)

Pr Christine VINCIGUERRA

Doyenne de l'UFR d'Odontologie

Pr Dominique SEUX

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)

Dr Xavier PERROT

Directrice du département de Biologie Humaine

Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences

Pr Kathrin GIESELER

Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences ANDRIOLETTI Et Technologies

Pr Bruno

Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)

M. Yannick VANPOULLE

Directeur de Polytech

Pr Emmanuel PERRIN

Directeur de l'IUT

Pr Christophe VITON

Directeur de l'Institut des Sciences Financières LEBOISNE Et Assurances (ISFA)

M. Nicolas

Directrice de l'Observatoire de Lyon

Pr Isabelle DANIEL

Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)

M. Pierre CHAREYRON

Directrice du Département Composante Génie Electrique et Procédés (GEP)

Pr Rosaria FERRIGNO

Directeur du Département Composante Informatique

Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN

Directeur du Département Composante Mécanique

Pr Marc BUFFAT

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2020/2021

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COCHAT	Pierre	Pédiatrie (<i>en retraite à compter du 01/03/2021</i>)
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FINET	Gérard	Cardiologie
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MIOSSEC	Pierre	Rhumatologie
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
MOULIN	Philippe	Endocrinologie
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (<i>à la retraite au 01/04/2021</i>)
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Cardiologie (<i>en disponibilité jusqu'au 31.08.21</i>)
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Charles-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FROMENT (TILIKETE)	Caroline	Neurologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERTENS	Patrick	Neurochirurgie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD		
DUBOURG	Laurence	Physiologie
	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

FANTON	Laurent	Médecine légale
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
HOT	Arnaud	Médecine interne
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PERETTI	Noël	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROMAN	Sabine	Gastroentérologie
ROSSETTI	Yves	Médecine Physique de la Réadaptation
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
FRACHON	Cyrille	Rhumatologie
CONFAVREUX	Martin	Médecine intensive de réanimation

CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUCRAY	François	Neurologie
EKER	Omer	Radiologie ; imagerie médicale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA	Gaëtan	Génétique
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MOKHAM	Kayvan	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PIOCHE	Mathieu	Gastroentérologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie

Professeur des Universités

Classe exceptionnelle

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

Professeur des Universités - Médecine Générale

Première classe

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent

Professeur des Universités - Médecine Générale

Deuxième classe

ZERBIB	Yves
--------	------

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
CHVETZOFF	Gisèle	Médecine palliative
LAMBLIN	Géry	Gynécologie ; obstétrique

Professeurs émérites

BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SCHEIBER	Christian	Biophysique ; Médecine Nucléaire
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARRIERE	Sybil	Endocrinologie
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BOUTY	Aurore	Chirurgie infantile
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Neurochirurgie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACOIN REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Néphrologie
LILLOT	Marc	Anesthésiologie, Réanimation, Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire
VILLANI	Axel	Dermatologie, vénéréologie

Maître de Conférences Classe normale

DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
GOFFETTE	Jérôme	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LASSERRE	Evelyne	Ethnologie préhistoire anthropologie
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALON	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de Conférence de Médecine Générale

CHANELIERE Marc

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE Humbert
PERROTIN Sofia
PIGACHE Christophe
ZORZI Frédéric

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

Remerciements

Au jury,

Monsieur le Professeur Laurent Fanton, président du jury

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci de m'avoir fait découvrir en DFGSM3 la spécialité de médecine légale et de m'avoir sensibilisé au début de mon parcours sur l'importance du sujet des violences intrafamiliales. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Thierry Farge, membre du jury

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury et de l'intérêt porté à ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Claude Dussart, membre du jury

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury et de l'intérêt porté à ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Humbert de Fréminville, directeur de thèse

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci pour vos conseils éclairés et d'avoir su m'inspirer lors de moments difficiles. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Merci au Dr Mathilde Vicard-Olagne du DMG de Clermont-Ferrand de m'avoir proposé ce travail de thèse ainsi qu'au **Dr Cindy Bougeard-Crouzet** qui m'a permis de faire cette rencontre. Merci à toutes les deux, je ne me voyais pas faire un travail de thèse sur un sujet différent.

Merci à Marine Arrès du CIDFF07, Sophie Boutin de l'AMAV 07, Cécile Fulchiron du CIDFF 26, Isabelle Desforges de REMAID ainsi qu'à l'ensemble des personnels de ces associations qui ont accepté de m'apporter un soutien logistique remarquable malgré un contexte difficile qui ont permis la réalisation de cette étude.

Surtout, un grand merci à toutes les personnes ayant accepté de répondre à l'étude.

Merci aux équipes avec qui j'ai eu un grand plaisir d'apprendre et de travailler, les infirmiers, aide-soignants, maïeuticiens, brancardiers, ambulanciers de l'hôpital d'Aubenas mais surtout ceux du premier, troisième étage et des urgences. Vous êtes géniaux. Je vais adorer continuer à travailler avec vous !

Merci également aux médecins de l'hôpital d'Aubenas, Maxime, Sleh, Sarah, Maher, Nikolaï, Franck, Mohammed, Rayan, Muhammad, Khaoula, Mickaël, Ali, Suzanne, etc... (Vous êtes nombreux quand même). Je vais adorer continuer à travailler avec vous et ceux qui sont partis me manque déjà.

Merci à mes supers MSU de médecine générale Cindy, Natacha, Virginie, Tifaine qui m'ont accueilli dans leur cabinet et qui m'ont fait adorer la médecine générale rurale.

Un remerciement tout particulier à Benoit et Georges, merci d'avoir été présents tout au long de mon parcours jusqu'à mon installation prochaine au sein de la MSP de Joyeuse.

Merci à tous les co-internes, Marie, Gabriel, La souffe de Givors, FX, Sandra, Evange, Morgane, Guillaume, Claire, Irène, Faustine, Thomas, Margaux, Matthieu, Giovanni, Cécilia, Axelle, Agathe, Charlotte <3 (à peu près, vous êtes nombreux aussi wesh) qui m'ont supporté pendant ces 3 ans. Je le dis pas souvent parce que je suis sauvage mais je vous aime fort bande de gens (mais sans déconner, posez vos jours, vous me rendez fou).

Merci à la famille, les frangins, la sœur, les cousines et le cousin, on s'est un peu moins vu depuis que je suis allé sur Lyon parce que vous êtes loin et que les études de médecine sont

un chouilla chronophage mais j'espère bien qu'aller en Ardèche permettra de rattraper le temps.

Merci aux Nains et aux autres copains de l'UM2 mais surtout à Gulli, Kevin et puis Murphy (on n'oublie pas le chien), c't'une bien belle rencontre et une belle amitié qui j'espère durera bien longtemps.

Merci à Hideo Kojima, parce que pourquoi pas (et puis zut, Metal Gear quoi...)

Merci à la bande de la Voie Do, on s'est quand même bien marré. Le Jdr du dimanche soir était bien fun ! Mais je veux avoir une pensée particulière pour Mike et pour Kylian avec qui ce serait bien qu'on s'appelle plus et qu'on se voit sur un malentendu. Je vous aime fort les copains.

Merci au Bacon, parce que c'est vachement bon.

Merci à la Team DR/AR des internets : Nérachou (presque) toujours présent quand il faut, quel bonheur que tu te sois enfin rapproché de Lyon... au moment où j'en suis parti ; **Atis** ce frère de la côte poli et courtois, c'était vraiment trop chouette cette coloc et ces parties de DÉRANK, vivement la suite ! **Agué**, cher baron, il va vraiment falloir que je te fasse goûter les meilleures frêtes belges du monde qui sont en Ardèche ; **Kras**, tu peux considérer la dette de la table remboursée. MERCI pour les stats OMG (et j'ai pas oublié que je te dois un Kebab) ; **Kiel**, sois déjà heureux d'être cité ici, manant ! Et puis les autres parce que je ne vais pas en faire un roman non plus, Touffu, MYRAAAAAA, Malol, Poivre, Silver, Claudia, étou...

Merci aux autres copains lyonnais, Damien, Adrien, Emily (oui, tu rentres dans aucune catégorie alors je t'ai mise là mais je t'aime tu sais)

Merci à Osirois Music pour son remix de 2 heures du thème Scarlet Forest qui a littéralement tourné en boucle pendant la rédaction de ce manuscrit (Et du coup merci à Toby Fox pour Undertale).

Lisa, merci d'avoir été là et de l'être encore même si on s'est un peu perdu de vue. Je pense fort à toi vile manante.

Nikko, Charlotte (La meuf qui squatte deux lignes), je vous aime d'amour grand comme ça :

Lucie, merci d'être présente même à distance. Merci pour ta douceur, merci de me comprendre même si tu restes une foutue bourrique. Je t'aime fort fort bokou. Je ne sais ce que nous réserve la suite mais j'espère que tu seras présente... Oui, même avec ton foutu chat.

Hélène, Hardy Chérie merci pour tout. Merci d'être là, merci d'être géniale, merci de me comprendre et de me supporter, merci pour cette complicité et ces 11 ans d'amour tout doux. Netem bokou.

Dr Fuentes, merci d'avoir mis des étoiles dans les yeux d'un petit garçon par votre contact et votre chaleur et de m'avoir ouvert les portes d'un métier qui me passionne et qui va me permettre d'accomplir, je l'espère, tellement de bien.

Surtout, merci aux patientes et aux patients qui ont été mes premiers professeurs et auprès de qui j'ai tant appris. Vous me permettez de m'améliorer chaque jour et d'en apprendre toujours plus. J'espère honorer la confiance que vous placez en moi à chaque instant.

À ma mère.

T'aurais crevé de fierté si t'étais pas morte avant.

Merci d'avoir fait tant avec si peu. Merci de m'avoir protégé du mieux que tu as pu. Merci de m'avoir transmis ces valeurs. Merci de m'avoir transmis ta colère.

Je te dédie cette thèse.

Ton absence ne me pèse pas au quotidien mais l'idée que tu ne puisses jamais voir l'homme et le médecin que je suis devenu me laisse un sentiment d'amertume lancinant, une cicatrice qui démange et parfois est terriblement douloureuse.

J'espère faire honneur à ta mémoire et ton éducation.

« Chez les peuples vraiment libres, les femmes sont libres et adorées. »

Louis-Antoine de St-Just (1767-1794)

Table des matières

Introduction	17
Etats des connaissances	19
1. Les violences conjugales	19
1.1 Les types de violences.....	19
1.2 Le cycle de la violence.....	20
1.3 La roue du pouvoir	21
2. Aspect légal des violences conjugales.....	22
2.1 Contexte historique – XIXe & XXe siècle	22
2.2 Les actions des pouvoirs publics depuis le début du XXIe siècle	22
2.3 Le cadre législatif depuis le XXIe siècle	24
3. Le cadre associatif.....	25
3.1 Solidarités Femmes	25
3.2 Fédération Nationale des Centre d’Information sur les Droits des Femmes et des Familles (FN CIDFF)	25
3.3 France-Victimes.....	26
4. Aspect médical et prise en charge	26
4.1 Facteur précipitants de la violence	26
4.2 Conséquences chez la victime	27
4.3 Prise en charge des personnes victimes aujourd’hui.....	27
4.4 Difficultés lors des prises en charge par le médecin généraliste.....	27
Matériels et méthodes	28
1. Matériels	28
1.1 Population étudiée.....	28
1.2 Recueil des données.....	28
1.3 Associations participantes	28
2. Méthodes.....	28
2.1 Type d’étude	28
2.2 Avis éthiques.....	29
2.3 Etudes de faisabilité préalable	29
2.4 Déroulement de l’étude.....	29
2.5 Analyses statistiques	30
Résultats	31
1. Population étudiée.....	31

1.1	Âge et nombre d'enfants	31
1.2	Types de violences subies	31
1.3	Orientation vers les associations d'aide aux victimes	32
	32
2.	Dépistage des violences conjugales.....	32
2.1	Facteurs influençant le point de vue des femmes victimes de violences conjugales sur le dépistage quant aux dites violences par le médecin généraliste	33
2.2	Expression libre des femmes concernant leurs attentes envers le médecin généraliste.....	36
3.	Caractéristiques des consultations de médecine générale des personnes victimes de violences conjugales	37
	Discussion	39
1.	Forces et limites de l'étude.....	39
1.1	Forces	39
1.2	Limites	39
1.3	Difficultés supplémentaires liées à la crise sanitaire	40
2.	Population étudiée.....	40
3.	Argument en faveur du dépistage systématique.....	41
3.1	Les femmes victimes interrogées aimeraient être interrogées sur la question des violences conjugales	41
3.2	Quels sont les facteurs influençant la révélation des violences conjugales ?	42
4.	Arguments en faveur d'un dépistage orienté	43
4.1	Les femmes victimes de violences conjugales consultent les médecins généralistes.....	43
4.2	Le dépistage orienté est-il plus pertinent que le dépistage systématique ?	44
5.	Quelles attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste ?.....	45
6.	Perspectives	47
	Conclusion	49
	Annexes	50
	Références	64

Introduction

L'OMS décrit la violence exercée par un partenaire intime comme étant l'une des formes les plus courantes de violences à l'égard des femmes. En effet, dans l'immense majorité des cas, les auteurs de violences à l'égard des femmes sont des partenaires intimes masculins ou des ex-partenaires [1].

Elle précise par ailleurs que « la violence d'un partenaire intime, est entendu tout comportement qui dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique » via des actes d'agression physique, la violence sexuelle, la violence émotionnelle (psychologique) et les comportements tyranniques et dominateurs [1].

Une étude multi pays de l'OMS de 2005 sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes a mis en évidence que les violences conjugales sont largement répandues dans les 10 pays étudiés [2]. On retrouve dans ce rapport une prévalence des violences physiques et sexuelles allant de 13% au Japon à 71% en Ethiopie. Pour les violences psychologiques, on note une prévalence allant de 20% aux îles Samoa à 75% en Ethiopie. Des chiffres similaires avaient par ailleurs été retrouvés dans d'autres études multi pays [3,4,5].

Ainsi, sur le plan mondial on retrouve que près d'un tiers des femmes (30%) avaient subis des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un conjoint, cette prévalence montant même à 38% dans certaines régions du monde [6].

À noter que dans le monde, 38% des féminicides sont commis par le partenaire intime [6].

En France, il y a en moyenne 213 000 femmes âgées de 18 à 75 ans qui sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur ancien ou actuel partenaire intime, au cours d'une année. Seulement 18% de ces victimes déclarent avoir déposé une plainte auprès de l'autorité à la suite de ces violences [7,8]. 88% des victimes de violences commises par le partenaire enregistrées par les services de police et de gendarmerie sont des femmes [8].

Sur l'année 2018, on recense par ailleurs 121 femmes tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, soit 81% des morts au sein d'un couple. Par ailleurs, parmi les 31 femmes auteures d'homicide, 15 d'entre elles avaient déjà été victime de violences par leur partenaire [7].

Ces chiffres, fournis par la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains), sont une estimation à minima car ne sont pas comptabilisées dans les enquêtes de victimation annuelle les violences subies par les personnes en collectivité ou sans domicile fixe. Par ailleurs, ce chiffre ne couvre pas le cadre des violences verbales, psychologiques ou économiques [7].

Ainsi les violences conjugales sont un sujet de société, médiatisées notamment en France ces dernières années. Dans la prévention et la lutte contre ces violences, plusieurs revues soulignent la nécessité d'une approche multisectorielle [9,10,11] voire systémique [10,12] avec des réformes institutionnelles globales.

Parmi tous les leviers d'actions possibles, les professionnels de santé ont ainsi un rôle primordial dans l'accueil et l'accompagnement des victimes [13,14].

Aussi il apparait que dans des objectifs de santé publique et de soins individuels, le médecin généraliste doit avoir un rôle primordial dans cette prise en charge, ces derniers intervenant en premier recours [15].

Par ailleurs si des études qualitatives ont suggéré que le médecin généraliste occupe une place centrale dans la prise en charge des victimes de violences conjugales [16], il apparait également qu'il persiste une réticence du médecin généraliste à pratiquer un dépistage systématique [17].

Aussi, la question de recherche pour ce travail de thèse est de savoir quelles sont les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste au niveau des départements de la Drôme et de l'Ardèche.

L'hypothèse de travail est que les femmes victimes de violences conjugales consultent les médecins généralistes. Elles aimeraient que les médecins généralistes leur demandent si elles sont victimes de violences conjugales.

L'objectif principal de l'étude est de déterminer si les femmes victimes de violences conjugales qui consultent les structures spécialisées dans l'accueil des victimes de violences conjugales aimeraient être questionnées à propos des violences par leur médecin généraliste.

L'objectif secondaire est de décrire la population des femmes victimes de violences conjugales consultant dans les structures spécialisées dans l'accueil de ces victimes et les caractéristiques de leur(s) consultation(s) de médecine générale au cours des 12 derniers mois.

Etats des connaissances

1. Les violences conjugales

Tout d'abord les violences conjugales sont à différencier du conflit conjugal car l'existence d'un désaccord entre deux conjoints n'est pas anormale. En effet, dans le cadre du conflit conjugal chaque membre du couple va défendre son point de vue de manière égalitaire dans ce qui reste un échange, même dans le cadre d'une dispute.

Les violences conjugales sont avant tout définies par l'aspect rigoureusement asymétrique de la relation avec la violence utilisée comme moyen pour dominer le partenaire avec un phénomène d'emprise du partenaire violent sur sa victime. Également, les faits de violences sont récurrents, cycliques avec une difficulté pour la victime de s'extirper de cette situation, y compris quand cette dernière est aidée. Enfin, les faits de violences s'aggravent au fur et à mesure du temps et s'accroissent [18].

1.1 Les types de violences

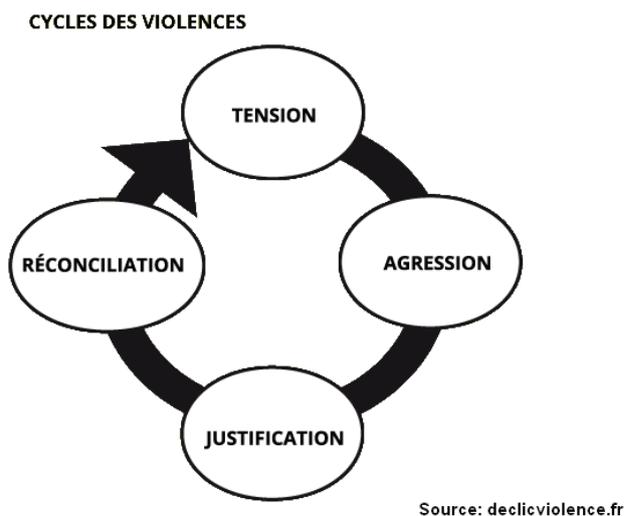
Il convient tout d'abord de décrire quels sont les types de violences que peuvent subir les personnes victimes de violences conjugales. En effet, nous ne parlons plus de « femmes battues » car la violence physique n'est pas la seule manière dont la violence peut être utilisée par le partenaire. On peut décrire plusieurs types de violences [19] :

- Les violences physiques comme les coups de poing, les gifles, des bousculades, des strangulations, brûlures... En bref, tout ce qui atteint l'intégrité du corps sans forcément qu'il y ait de marques repérables à l'examen clinique.
- Les violences verbales où on retrouve principalement les insultes, les menaces, l'intimidation... Ce type de violence peut souvent être bien toléré par la victime puisque cela peut passer pour un « langage vulgaire ».
- Les violences psychologiques qui regroupe l'humiliation, la dévalorisation, les chantages affectifs, l'interdiction de fréquenter les proches... Ces types de violences sont souvent les premières à se mettre en place avec un partenaire particulièrement « jaloux ». Parfois, cela peut même être présenté comme une « preuve d'amour » [20].
- Les violences matérielles comme le fait de briser des objets ou de les jeter.
- Les violences économiques avec le contrôle des dépenses, la suppression des moyens de paiements, l'interdiction de travailler ou à l'inverse l'obligation de subvenir aux besoins du foyer.
- Les violences administratives principalement avec la confiscation de documents telle la carte d'identité ou bien plus problématique, de la carte de séjour ou du passeport chez les personnes immigrées
- Les violences sexuelles comme l'agression sexuelle, le viol. L'agression sexuelle est par ailleurs décrite dans le code pénal comme « Toute atteinte sexuelle commise avec violence,

contrainte, menace ou surprise » [21]. L'article encadre tout acte sexuel non-désiré comme la prostitution.

- Les cyber-violences regroupant peu ou prou les types de violences précédant avec les nouveaux outils numériques (ordinateur, smartphones, applications, réseaux sociaux) permettant au conjoint violent de surveiller sa victime à son insu, de la harceler, le phénomène de « revenge porn » (utilisation ou diffusion d'image intime sur internet) ou encore le contrôle économique ou administratif via les portails en ligne des banques ou des institutions [22].

1.2 Le cycle de la violence



Décrit par L.Walker en 1979, le cycle des violences rythme le quotidien des personnes victimes de violences conjugales [23,24]. Ce dernier se décompose en 4 phases :

La première est la phase de tension où le partenaire violent exerce une pression sur sa victime avec des reproches, des sautes d'humeur, etc... Le tout la plaçant dans une situation de crainte d'explosion de la violence ; ainsi elle adapte son comportement pour répondre aux attentes du partenaire violent.

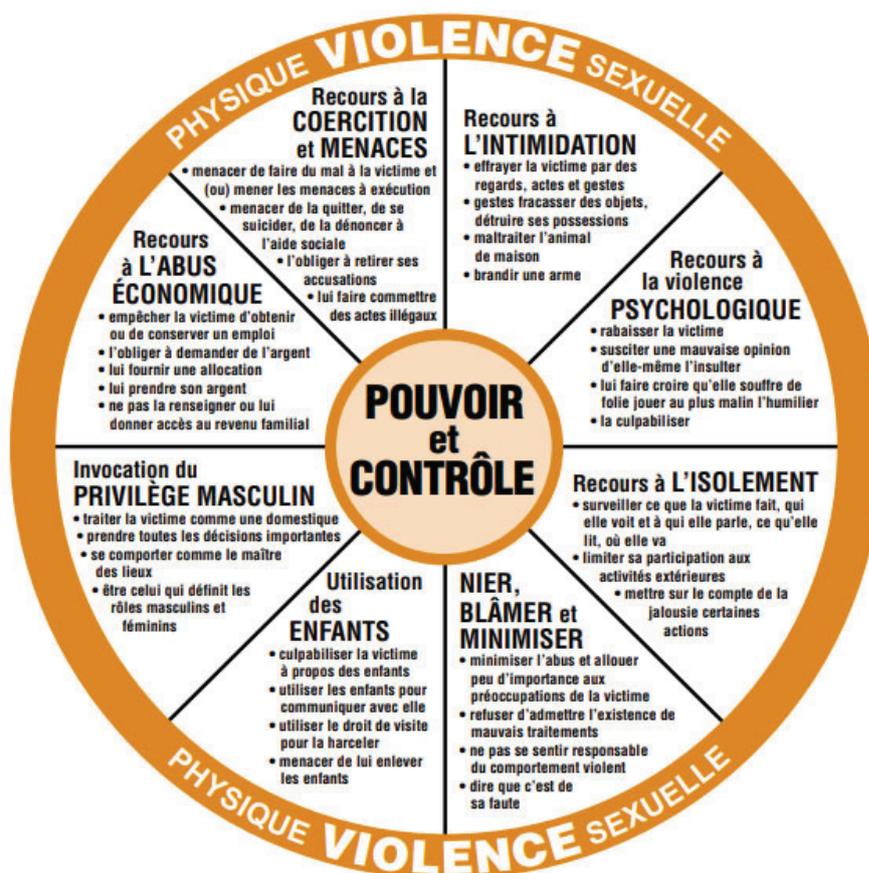
La seconde phase est celle de l'agression où le partenaire violent va exploser et laisser libre court à sa violence sous toutes ses formes et dans toute sa brutalité. La personne victime de violences est impuissante et tente de se protéger comme elle peut.

La troisième phase, celle de la justification où le partenaire violent va minimiser et justifier la phase précédente transférant ainsi la charge de la culpabilité sur sa victime, légitimant ainsi ses actes de violences. La victime est en accord avec ce discours et va accepter la responsabilité des accès de violences du partenaire en remettant en question son propre comportement.

Enfin la dernière phase, celle de la réconciliation ou « lune de miel » où le partenaire violent se montre au contraire particulièrement prévenant avec sa victime en lui promettant par ailleurs une amélioration de la situation et la fin des violences. La victime croit son agresseur, lui pardonne et espère une normalisation de la relation.

Ainsi la personne victime de violences conjugales, intégrant le discours de son agresseur, légitimant ses actions et acceptant la responsabilité de la violence de son partenaire, va s'enfoncer dans le cycle de violence qui va recommencer et se répéter de plus en plus vite. Au fur et à mesure des cycles, les deux dernières phases du cycle seront de plus en plus courtes pouvant même parfois ne pas exister, à l'inverse les explosions de violences gagneront en intensité.

1.3 La roue du pouvoir



Élaborée par le Domestic Abuse Intervention Project, 202 East Superior St., Duluth MN 55802
(Pour voir la « roue de l'égalité », allez au site www.duluth-model.org et cliquez sur "wheel gallery")

Le modèle de la roue du pouvoir et du contrôle décrit en 1993 par E.Pence et M.Paymar permet de rendre compte des mécanismes de domination utilisés par le partenaire violent pour garder sa victime sous son contrôle [20,23,24]. Ce schéma met en évidence la violence non pas comme une répétition d'événement isolé mais comme un moyen, un outil dont la finalité est de garder la victime sous contrôle.

Ainsi va se construire une relation asymétrique où le partenaire violent possède une ascendance sur sa victime, jusqu'à la neutralisation du désir d'autrui et l'abolition de l'altérité. On parle alors d'emprise [25,26].

Tous ces mécanismes enferment donc la personne victime de violences dans un système dont il est très difficile de s'extirper ; non sans risque puisque la majorité des homicides conjugaux violent ont lieu pendant ou après la séparation. [27,28]

2. Aspect légal des violences conjugales

2.1 Contexte historique – XIXe & XXe siècle

L'asymétrie dans les rapports conjugaux en France est actée juridiquement en 1804 dans le code civil notamment avec l'article 213 du code civil « Le mari doit protection à sa femme et la femme doit obéissance à son mari ». L'article 225 permet par ailleurs d'invoquer la nullité de tous les actes juridiques conclus sans le mari [29]. Egalement, l'article 324 du code pénal de 1810 excuse le meurtre du mari sur son épouse s'il la surprend en flagrant délit d'adultère dans la maison conjugale [30]. L'excuse, dans le droit pénal de l'époque permettant une significative réduction de peine [31].

C'est dans les années 1940 que la mobilisation des féministes de la « première vague » vont permettre de combattre la question de la domination masculine, notamment dans le couple avec la fin de l'incapacité civile des femmes en 1938, le droit d'avoir son propre compte en banque en 1943 sans nécessiter l'autorisation du mari ou encore le droit de vote en 1944 [32]. Des avancées à nuancer, car la révision de l'article 213 du code civil maintient le statut de « chef de famille » pour le conjoint.

Dans les années 1970, la question des violences à l'égard des femmes émerge dans le débat public avec les mobilisations féministes dite de la « seconde vague ». Celles-ci aboutiront notamment dans les années 1980 avec le droit à l'avortement, la criminalisation du viol et l'abrogation des mesures du code pénal concernant l'adultère. Cependant, il reste difficile d'aborder le sujet des violences conjugales dans le domaine public, ces questions restant de l'ordre du « privé » [32].

Il faudra en effet attendre 1990 pour reconnaître le viol entre époux par la cour de cassation : « Le consentement au mariage peut faire présumer [...] leur consentement aux relations sexuelles, il n'en demeure pas moins que cette présomption n'a rien d'irréfragable » [33]. Également, c'est la loi du 22 juillet 1992 qui reconnaît la circonstance aggravante de la qualité de conjoint ou concubin dans les « atteintes volontaires à l'intégrité de la personne » [34].

2.2 Les actions des pouvoirs publics depuis le début du XXIe siècle

En 2001 paraît l'enquête ENVEFF, première véritable enquête nationale relative aux violences envers les femmes [35]. Cette enquête fait suite aux recommandations faites lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Pékin en 1995 [36]. Cette première enquête nationale permet une première prise de conscience sur la réalité des violences à l'égard des femmes, notamment conjugales et permet aux pouvoirs publics de se saisir de la question. Jusqu'à aujourd'hui, 5 plans interministériels se sont succédés afin d'apporter des réponses à cette problématique :

- Le premier plan (2005-2007) pose ainsi les premières pierres de la lutte contre les violences conjugales grâce à dix mesures qui permettent l'amélioration de l'accompagnement des femmes victimes sur le plan social et financier, une meilleure protection via un

renforcement de l'appareil législatif et une meilleure prévention contre les violences via des campagnes de sensibilisation pour le grand public et dans les milieux scolaires. Egalement, ce premier plan a permis un renforcement des associations spécialisées ainsi que l'écriture de recommandations pour les professionnels (santé, social, judiciaire) pour aider au repérage et à la prise en charge des victimes [37,38].

- Le second plan (2008-2010), composé de douze mesures permettant de renforcer les mesures déjà en place lors du premier plan mais aussi de les approfondir notamment en travaillant sur le respect de l'image de la femme dans les médias (principalement les publicités), d'intervenir dans les milieux scolaires pour y recenser les actes de sexisme, de mettre en place une intervention auprès des conjoints violents pour prévenir la récurrence, d'introduire la problématique des violences conjugales dans les programmes de formation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux. C'est également avec ce plan que l'impact des violences conjugales sur les enfants est reconnu ainsi que la notion de violence psychologique [37,39].

- Le troisième plan (2011-2013) met l'accent sur les violences sexistes et sexuelles dans le milieu professionnel. Il traite également des questions de polygamie, proxénétisme et prostitution. Il généralise également les « référents violences » sur tout le territoire [37, 40]. C'est également à cette période qu'est créée la MIPROF, une mission interministérielle qui a 3 fonctions : La définition d'un plan national de formation des professionnels, un rôle d'observatoire des nationales des violences faites aux femmes ainsi que la coordination nationale de la lutte contre la traite des êtres humains [37, 41]. C'est par ailleurs la MIPROF qui est à l'origine de la lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes [7,8].

- La mesure principale du quatrième plan (2014-2016) réside dans la généralisation du TGD (Téléphone Grave Danger) mais il permettait également un meilleur accompagnement des femmes étrangères victimes de violences conjugales. Il prévoyait également un fonctionnement 24h/24 et 7J/7 de la plateforme téléphonique 3919. Au niveau médical, le plan prévoyait de saisir la Haute Autorité de Santé pour que soit élaboré un protocole national de prise en charge pour les victimes de violences sexuelles [42].

- Le cinquième plan (2017-2019) renforce les mesures déjà mises en place avec par exemple un annuaire national des structures accompagnant les femmes victimes de violence mais aussi avec des spécificités quant aux victimes de violences conjugales des milieux ruraux et ultra-marins comme l'expérimentation de la prise en charge des frais de transports des victimes. Le cinquième plan aborde aussi le sujet des comportements de harcèlements sexuels dans l'espace public et les transports et l'apparition de la lutte contre les comportements sexistes en ligne [43].

Entre septembre et novembre 2019 s'est déroulé le premier grenelle des violences conjugales duquel en est ressorti 30 mesures parmi lesquelles on peut noter : l'inscription de la notion d'emprise dans le code pénal et le code civil, la possibilité pour les professionnels de santé de lever le secret médical en cas de danger immédiat pour la victime (mesure récemment passée au parlement), la possibilité de suspendre l'autorité parentale des pères violents sous certaines conditions ainsi que la généralisation des conventions entre hôpitaux et forces de l'ordre permettant un dépôt de plaintes dans les hôpitaux [44].

Depuis maintenant une vingtaine d'années, nous observons une volonté des pouvoirs publics d'améliorer et étoffer la prise en charge à la fois des victimes et des auteurs de violences conjugales mais également du phénomène des violences conjugales de manière globale en jouant sur la prévention et l'éducation, notamment sur le sexisme systémique de la société.

2.3 Le cadre législatif depuis le XXI^e siècle

Comme décrit plus haut, il y eut une modification du cadre législatif en lien avec les différentes actions gouvernementales pour mieux protéger les personnes victimes de violences conjugales.

Tout d'abord, la loi du 26 mai 2004 permet une éviction du conjoint violent du domicile sur décision du juge aux affaires familiales. [45]

La loi du 04 Avril 2006 aggrave les peines encourues pour un crime ou un délit quand l'auteur est le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS ou ancien conjoint etc... [46]. Les peines peuvent aller de 3 à 5 ans de prison et de 45 000 à 75 000 euros d'amende selon la gravité des violences. En cas de violences fréquentes, les peines sont majorées de 5 à 10 ans de prison et 75 000 à 150 000 euros d'amende.

La loi du 09 Juillet 2010 vise à faciliter le dépôt de plainte des victimes. Cette loi permet également l'instauration du délit de violences psychologiques (puni par 3 ans de prison et 45 000 euros d'amende) ainsi que la possibilité d'agir sur les modalités de l'autorité parentale dans le contexte de violences conjugales avec par exemple la possibilité de retirer l'autorité en cas de crime dans le couple [47].

La loi du 28 Décembre 2019 fixe à 6 jours maximum le délai de délivrance d'une ordonnance de protection par le juge aux affaires familiales. Il peut par ailleurs mettre en place les mesures d'urgence sans attendre que la victime ne porte plainte. La loi prévoit également un soutien financier aux victimes décidant de changer de logement. Elle élargit également les conditions d'attribution du TGD (Téléphone Grave Danger) [48].

Enfin la loi du 30 Juillet 2020 renforce les dispositions prises 10 ans auparavant en suspendant le droit de visite et d'hébergement de l'enfant mineur au parent violent. Elle permet également la levée du secret médical lorsque les violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat même contre l'accord de la victime. Par ailleurs, le harcèlement moral au sein du couple qui a conduit au suicide ou à la tentative de suicide est puni d'une peine de 10 ans de prison et 150 000 euros d'amende [49].

À ce jour, on rappelle par ailleurs que les violences ayant donné la mort sans l'intention de la donner sont punies de 20 ans de prison, pouvant aller jusqu'à 30 si il y avait des violences répétées. Le meurtre ou la tentative de meurtre est punie par une peine de prison à perpétuité [50].

Sur le domaine des violences sexuelles, la peine maximale pour le viol est de 20 ans de prison contre 7 ans et 150 000 euros d'amende sur les autres agressions sexuelles. Le « revenge porn » décrit plus haut est puni par 2 ans d'emprisonnement et 60 000 euros d'amende [50].

3. Le cadre associatif

Les associations de luttes contre les violences conjugales ont toujours été les acteurs de premier plan dans l'accompagnement et le soutien des personnes victimes conjugales. Même aujourd'hui, la majorité des actions gouvernementales s'appuie sur ces réseaux [37,38,39,40,42,43,51].

Ces associations tiennent leur origine dans le mouvement féministe dît « de la deuxième vague » dans les années 70 avec l'émergence de la question des violences conjugales en marge des revendications pour plus d'égalité entre les femmes et les hommes [34].

3.1 Solidarités Femmes

C'est en 1975 que naîtra la première association directement concernées par « les femmes battues », Le centre Flora Tristan. Cette organisation dirigée par Simone de Beauvoir mettra en place une ligne téléphonique pour les femmes victimes. De cette écoute naîtra en 1976 l'association SOS Femmes Alternatives qui aura pour principal objectif de trouver des solutions d'hébergements pour les femmes victimes de violences conjugales. Un premier centre ouvrira en 1978 [52].

En province, on observera un phénomène similaire avec la même année en Alsace, la création de l'association SOS Femmes Alternative Alsace qui partage les mêmes objectifs [55]. Ainsi, grâce à de multiples structures sur le territoire, le répertoire d'action féministe de luttes contre les violences conjugales s'organise donc en trois dimensions : Dénoncer ; Conscientiser ; Héberger [34].

Ces associations principalement d'organisation militantes vont peu à peu s'institutionnaliser dans les années 1980, permettant une professionnalisation du personnel aidant et également des revenus subventionnels pérennes. La grande partie des associations luttant contre les violences conjugales se réunissent alors dans la coordination nationale « Solidarité Femmes » qui deviendra la Fédération Nationale Solidarité Femme en 1987 [34,54].

A ce jour, le FNSF regroupe plus d'une soixantaine d'associations réparties sur le territoire français, elle s'occupe entre autres de l'accompagnement des personnes victimes de violences conjugales ainsi que de la formation des professionnels. Elle gère depuis sa création en 1992, le 3919, la plate-forme d'appel pour les femmes victimes de violences de toute sorte [51,55].

3.2 Fédération Nationale des Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (FN CIDFF)

En parallèle, il sera créé en 1982 le Centre National d'Information sur les droits des Femmes (CNIDF) directement sous la tutelle de la ministre du droit de la femme Yvette Roudy qui permettra à plusieurs associations de prendre le nom de CIDF (Centre d' Information sur les Droits des Femmes). Ce centre national prend ses sources dans le CIF (Centre d'Information Féminin) créé lui en 1972 et directement placé sous l'autorité du premier ministre, assurant des services d'informations juridiques, professionnelle ou sur la vie quotidienne [56].

Le CNIDF gardera ces prérogatives en s'intéressant à la question de l'insertion professionnelle mais également deviendra l'éditeur de guide pratique et accompagnera les

campagnes d'information du ministère du droit des femmes. Les différentes associations CIDF s'organiseront en fédération départementale pour avoir plus de poids [56].

Aujourd'hui les CIDF, devenus depuis 2007 les CIDFF, continuent d'œuvrer à l'autonomie des femmes et des familles via l'information concernant le droit des femmes, la lutte contre les violences conjugales. Elles gèrent également la formation des professionnels au contact des personnes victimes de violences conjugales [51,57].

3.3 France-Victimes

Enfin, c'est en 1986 qu'est créé l'INAVEM, un regroupement d'associations d'aides aux victimes qui ont émergées dès la fin des années 1970 en raison d'un défaut de prise en charge des victimes de la part de l'administration judiciaire. Cette question de la prise en charge sera tout d'abord abordée avec notamment la loi du 03 Janvier 1977 garantissant l'indemnisation de certaines victimes de dommages corporels y compris quand la victime ne peut pas être indemnisée par l'auteur de l'acte [58].

Puis à partir de 1982, Le Garde des Sceaux de l'époque travaillera à une meilleure prise en charge des victimes d'infraction pénale notamment via la mise en place d'un réseau associatif d'aide aux victimes qui débouchera sur la création de l'INAVEM [59].

Devenue France-Victimes en 2017, la fédération regroupe plus de 130 associations d'aide aux victimes partout en France et permet un accompagnement à toute personne victime dans le cadre de la procédure pénale. La fédération permet également la formation des différents professionnels de toute organisation ou service en relation avec des victimes afin d'améliorer leur prise en charge. La fédération gère par ailleurs le 116006, numéro d'aide aux victimes anciennement « 08Victimes » depuis 2018 ; ce numéro d'urgences permettant une meilleure écoute et orientation des personnes [60].

4. Aspect médical et prise en charge

4.1 Facteur précipitants de la violence

Nous en avons parlé plus tôt mais les violences conjugales touchent tout le monde. Tous les pays sont touchés, toutes les catégories socio-professionnelles sont touchées, les couples hétéros et homosexuels sont touchés [2,3,4,15]. Il existe cependant quelques facteurs précipitants qui ont été identifiés pour qu'une personne ne soit victime ou ne commette des violences comme par exemple le jeune âge, les conduites addictives ou un antécédent de violence dans l'enfance ou de témoins des violences conjugales chez les parents [1,15].

Il est à noter que la grossesse et la période post-natale sont les périodes les plus à risques où l'on retrouve une prévalence qui va de 4 à 12% de violences physiques chez les femmes enceintes dans le monde. Cette période semble propice à l'aggravation des violences ou l'inauguration de celles-ci, la grossesse en elle-même pouvant être conséquence de violence (viol ou limitation d'accès à la contraception ou à l'IVG) [1,61].

D'autres facteurs conjoncturels ou relationnels ont également été mis en évidence, que ce soit par exemple l'insatisfaction dans le couple, l'écart d'instruction ou une grande différence d'âge dans le couple ou encore un stress économique [1,15].

4.2 Conséquences chez la victime

Quelle que soit leur forme, la chronicité des violences a de multiples conséquences sur la santé des personnes victimes. Sur le plan physique, outre les lésions directement induites par la violence physique du partenaire, on peut également retrouver des symptômes fonctionnels inexpliqués comme des douleurs, des palpitations ou des paresthésies. Au niveau sexuel, on peut retrouver des infections urinaires et sexuelles à répétition ou des douleurs pelviennes.

Sur le plan psychologique, on retrouve des troubles de l'humeur, des addictions, des troubles anxieux ou des troubles du sommeil par exemple [62,63].

Nous ne parlerons pas ici des conséquences chez les enfants chez qui l'exposition aux violences conjugales des parents a de nombreuses conséquences néfastes sur leur développement [64].

4.3 Prise en charge des personnes victimes aujourd'hui

En médecine générale, 3 à 4 patientes sur 10 dans les salles d'attente peuvent être victime de violences conjugales [65]. La place du médecin généraliste apparaît centrale dans la prise en charge de cette problématique [13,14,16,17]. C'est en ce sens que la Haute Autorité de Santé a publié le 19 octobre 2019 des recommandations de bonne pratique sur la question de la violence conjugale en médecine de premiers recours [15].

Les recommandations mettent d'abord l'accent sur l'importance du dépistage en médecine générale car bien souvent le médecin ignore les faits de violences, or le dépistage est nécessaire pour l'évaluation de la situation et il serait attendue par les patientes [16]. Par la suite, les recommandations insistent sur l'importance de l'information à donner à la patiente, souvent isolée et mal informée, sur ses droits, les contacts qu'elle peut mobiliser en cas de problème. Le certificat médical initial est un outil important à la portée du médecin généraliste qui pourra permettre à la victime de faire valoir ses droits en cas de saisie judiciaire.

Enfin si la situation apparaît grave au praticien, ce dernier dispose de différents outils pour protéger la personne victime et les éventuels enfants impliqués. Ces moyens passent par l'hospitalisation, l'information préoccupante auprès de la CRIP pour les enfants ou même le signalement directement auprès du procureur de la république [49].

4.4 Difficultés lors des prises en charge par le médecin généraliste

Malgré une identification précoce du rôle du médecin dans le dépistage des violences conjugales [37,63,66], il persiste encore des difficultés à la réalisation de ce dépistage [67]. Outre les blocages décrits plus haut liés à la victime (peur, honte, déni, méconnaissance du rôle du médecin, peur pour les enfants), il existe aussi des freins liés au praticien.

Ces difficultés peuvent aller d'une gêne avec le sujet que ce soit par manque de formation théorique ou par malaise vis-à-vis de la question (caractère tabou du sujet, peur d'être intrusif, connaissance du conjoint) à une méconnaissance du réseau voire un sentiment d'impuissance ou de découragement face à certaines situations. Le repérage des victimes est également rendu difficile par l'aspécificité des symptômes posant la question du dépistage systématique contre un dépistage orienté parfois difficile à évaluer pour le praticien.

Matériels et méthodes

1. Matériels

1.1 Population étudiée

Les femmes majeures victimes de violences conjugales, consultant dans des structures d'aides aux victimes, écrivant et lisant le français pouvaient être incluses.

Les femmes nécessitant une prise en charge urgente ou ne pouvant remplir le questionnaire seule (lit ou parle mal le français) ont été exclues de l'étude.

1.2 Recueil des données

Le recueil des informations a été réalisé par un auto-questionnaire (Annexe 1) conçu, sur la base des données de la littérature, par un comité scientifique (un chercheur par centre et deux experts nationaux : Gilles Lazimi et Humbert de Fréminville). Ce questionnaire été pensé pour être bref, pouvant être réalisé en quelques minutes.

Ce questionnaire pouvait être déposé au sein de structures spécialisées dans l'accueil des victimes de violences conjugales répertoriées. Le questionnaire pouvait être proposé à la fin des entretiens par le professionnel de la structure aux personnes victimes de violences conjugales éligibles.

Le professionnel devait par ailleurs proposer de revoir les femmes participantes à l'issue si elles le souhaitaient ou en ressentaient le besoin. Les noms et coordonnées d'un référent par structure étaient notés à la fin du questionnaire.

1.3 Associations participantes

Quatre associations ont participé à l'étude, deux faisaient partie du réseau national Frances-Victimes (AMAV 07 et REMAID) et les deux autres de la Fédération Nationale des Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF 07 et CIDFF 26) ; respectivement une par département.

Ces associations ont pu être contactées grâce à l'aide des délégués départementaux aux droits des femmes et à l'égalité des départements de l'Ardèche et de la Drôme ainsi que grâce à l'aide du Dr MORVANT, organisant des formations à destination des professionnels de santé ardéchois conjointement avec le CIDFF 07.

2. Méthodes

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive conduite entre septembre 2020 et mars 2021 dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme. Ce travail s'articule autour d'une étude nationale multicentrique AVIC-MG coordonné par le Dr Mathilde VICARD-OLAGNE

du DMG de Clermont-Ferrand avec différents internes recrutés pour mener des études locales. Certains de ces travaux de thèse sont d'ores et déjà publiés [68,69].

2.2 Avis éthiques

L'étude nationale AVIC-MG a reçu un avis favorable du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) le 17 Avril 2019 (Annexe 2). Au niveau local, chaque investigateur devait proposer une demande auprès de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL) selon le formulaire MR-004. Cette demande a été déposée auprès de Mr Eric Hibst, délégué à la protection des données de l'Université Claude-Bernard Lyon 1(UCBL).

Il est par ailleurs à noter que l'étude ne s'adressant pas à des victimes considérées comme « patientes », il a été précisé auprès des structures que le questionnaire ne pouvait être proposé par un personnel soignant (psychologue entre autres).

2.3 Etudes de faisabilité préalable

Une étude de faisabilité préalable a été réalisée par le Dr Vincent Pessiot, dans le cadre de son travail de thèse, de décembre 2018 à février 2019, dans le centre d'accueil des victimes AVEC63 à Clermont Ferrand [70].

Cette étude permet d'améliorer le questionnaire et d'estimer le nombre de questionnaires remplis selon la fréquentation de la structure.

2.4 Déroulement de l'étude

Les associations furent contactées initialement par mail pendant le courant du mois de Février 2020 et des rendez-vous téléphoniques furent organisés pendant les mois de Mars et Avril 2020 pour exposer le projet de recherche mais sans pouvoir réellement mettre l'étude en place en raison de la situation sanitaire ; les associations ne recevant plus de public.

L'étude put finalement débuter en Septembre 2020 avec des questionnaires en format numérique directement hébergé sur la plateforme d'apprentissage en ligne Claroline de l'UCBL, permettant un accès direct via adresse internet ou QR code au questionnaire en ligne. Le remplissage du questionnaire est anonyme et les résultats conservés sur les serveurs protégés de l'université. Ainsi il fut proposé aux associations une plaquette (Annexe 3) qui pouvait être distribuée aux femmes à l'issue des entretiens. Le questionnaire débute par un message à destination des femmes leur rappelant leurs droits (Annexe 4). Ainsi ce questionnaire pouvait être rédigé par les personnes sur leur téléphone.

L'étude initialement pensée pour durer 4 mois fut prolongée devant un trop petit nombre de réponses à la fin du mois de Décembre 2020 (seulement 2 réponses). Aussi, il fut organisé en Janvier 2021 des rendez-vous en présentiels avec les associations afin d'adapter le protocole de l'étude en fonction de leur organisation habituelle et des obligations sanitaires.

Un premier rendez-vous fut organisé le 05 Janvier à Valence avec madame Isabelle Desforges de l'association REMAID. Un second rendez-vous fut organisé à Valence également le 14 Janvier avec madame Cécile Fulchiron pour l'association CIDFF 26. Un dernier rendez-vous fut organisé à Privas le 19 Janvier avec madame Sophie Boutin pour l'AMAV 07. Ayant déjà rencontré madame Céline Arrès du CIDFF 07 en amont du travail de thèse, j'ai pu participer à une réunion de l'équipe de juristes du CIDFF 07 le 11 Janvier. Ainsi il fut décidé à

l'issue de ces réunions, qu'il serait proposé en plus du questionnaire en ligne, des questionnaires en format papier, des affiches ont pu également être installées dans les salles d'attentes où il était possible d'en déposer (Annexe 5). Ne pouvant déposer de boîtes pour le recueil, les questionnaires papiers seraient directement récupérés par les professionnels de l'association et scannés avant d'être envoyés sur mon adresse email institutionnel (pierre-alexandre.vigne@etu-univ.lyon1.fr). De la même manière, les associations ne disposant pas de suffisamment de salles permettant de remplir le questionnaire à l'écart, les femmes répondantes disposaient d'un temps en fin d'entretien dans le bureau du professionnel pour rédiger le questionnaire.

Concernant le questionnaire en ligne, le QR code initial n'étant plus disponible, ce dernier fut actualisé. La question de l'accessibilité du questionnaire en ligne via l'adresse internet fut également questionnée, l'adresse n'étant pas facilement reproductible sur un clavier d'ordinateur ou de téléphone. Aussi, j'ai pu me procurer un nom de domaine simplifié (avic-mg.net) via OVH. Cette nouvelle adresse permettant une redirection directe vers le questionnaire initiale toujours hébergé sur la plateforme Claroline.net (toujours sécurisée). Une nouvelle plaquette fut donc émise (Annexe 6).

Des rendez-vous en visioconférence avec les équipes des différentes structures sont organisés de manière récurrente pour suivre au mieux les difficultés levées par les équipes dans le recueil des questionnaires.

2.5 Analyses statistiques

Les questionnaires remplis en ligne furent directement stockés dans la base de données Claroline de l'Université Claude-Bernard Lyon 1. Les questionnaires remplis sur papier furent retranscrit directement via le questionnaire en ligne pour être stockés de la même manière.

Parallèlement, les questionnaires furent également recueillis sur le logiciel statistique en ligne REDCAP pour l'étude nationale. Ces résultats ont été premièrement analysés par Mme Céline Lambert, statisticienne de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du CHU de Clermont-Ferrand avec le logiciel Stata.

Des tests statistiques spécifiques aux résultats de cette étude locale ont été réalisés par Mr Roman Bresson, doctorant en intelligence artificielle à l'Université Paris-Saclay. Avec des tests exacts de Fisher, Chi², régression logistique....

Résultats

Sur la période du 1er Septembre 2020 au 31 Mars 2021, 45 questionnaires ont été recueillis. 28 questionnaires ont été directement rentrés sur internet, 17 l'ont été via les questionnaires papiers distribués aux 4 associations participantes. Aucun questionnaire n'a été exclu.

Les questionnaires étant accessibles en ligne depuis une même adresse, il n'a pas été possible de discriminer les résultats entre la Drôme et l'Ardèche.

1. Population étudiée

1.1 Âge et nombre d'enfants

Parmi les personnes répondantes, on retrouve une distribution relativement équivalente entre les 3 tranches de 26-35 ans, 36-45 ans et 46-55 ans. Sur la question des enfants, la majorité des femmes répondantes avaient entre 1 et 2 enfants (Tableau 1). Une seule femme répondante n'a pas précisé le nombre d'enfant. Il est également à noter que parmi les femmes n'ayant pas d'enfant, l'une des répondantes a précisé qu'elle était enceinte de son premier enfant.

Âge (années)	Nombres (%)	Nombre d'enfants	Nombre (%)
18-25	2 (4,5)	0	6 (13,5)
26-35	11 (24,5)	1	14 (31)
36-45	15 (33,5)	2	13 (29)
46-55	14 (31)	3	9 (20)
56-65	2 (4,5)	4	2 (4,5)
>65	1 (2)	Non-spécifié	1 (2)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population (âge et nombre d'enfants par femme)

1.2 Types de violences subies

Concernant la question des violences subies, 34 femmes sur les 45 interrogées ont été victime de violences physique (75.5%), 43 femmes (95,5%) ont subis des violences psychologiques, 26 femmes (57.5%) ont subis des violences sexuelles et 16 (35.5 %) ont subis des violences économiques (Tableau 2A).

Chez 87% des personnes interrogées, il y avait plus d'un type de violence dont elles étaient victimes (Tableau 2B). Chez ces personnes, la violence psychologique était systématiquement impliquée en association majoritaire avec de la violence physique (Tableau 2C).

Egalement chez les 7 personnes qui ont déclarées n'avoir été victime que d'un seul type de violence, la violence psychologique était concernée chez 5 personnes. Les deux dernières ont déclarées des violences physiques seules pour une et des violences économiques pour la dernière.

A.	Nombre	%	B.	Nombre	%
Physique	34	75,5	1 type	7	16
Psychologique	43	95,5	2 types	15	33
Sexuelle	26	57,5	3 types	17	38
Economique	16	37,5	4 types	6	13

C.		
Psychique & Physique	10	
Psychique & Economique	3	
Psychique & Sexuelle	2	
Psychique, physique et sexuelle	10	
Psychique, physique et économique	7	

Tableau 2 : Types de violences subies. **2A** : Répartition des différents types de violences parmi les femmes répondantes. **2B** : Nombre de types de violences subies par femme. **2C** : Détail des associations des types de violences subies par femmes.

1.3 Orientation vers les associations d'aide aux victimes

Les femmes ont été principalement adressées vers les associations d'aide aux victimes par des travailleurs sociaux, l'entourage ou d'autres associations (Tableau 3). Les femmes sont également adressées vers ces associations dans le cadre juridique puisqu'en plus des 4 personnes ayant été adressées par la police, 4 autres répondantes l'ont été soit par un avocat (2 répondantes), à la consultation juridique (1 personne) ou par une intervenante sociale au commissariat (1 répondante). Parmi les autres réponses, on pourra noter le 3919, le CCAS, les affiches de l'association et une conseillère conjugale de l'hôpital.

Médecin généraliste	1	Autre association	9
Médecin gynécologue	0	Internet	2
Autre médecin	1	Police	4
Maïeuticien	0	Entourage	11
Autre paramédical	4	Urgences	3
Travailleur social	16	Autres	11

Tableau 3 : Orientation des femmes répondantes vers les associations d'aide aux victimes

2. Dépistage des violences conjugales

91,11% des femmes interrogées auraient aimées que la question des violences conjugales soit abordée par le médecin généraliste. Ce même pourcentage de femmes estime qu'il s'agit du rôle du médecin traitant que celui de traiter des violences conjugales (Tableau 4).

Il est à noter que deux personnes ayant répondu plutôt non à la première question ont néanmoins répondu oui à la seconde et vice-versa.

A.	Nombre	%
Oui	29	64
Plutôt oui	12	27
Plutôt non	3	7
Non	1	2

B.	Nombre	%
Oui	42	91
Non	4	9

Tableau 4 : Réponse à l'objectif principal. **4A :** Réponse à la question : « Est-ce que vous auriez (avez) aimé que la question des violences conjugales soit abordée par le médecin généraliste ? » **4B :** Réponse à la question : « Pensez-vous que cela fait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder la question des violences conjugales ? »

Par ailleurs, 27 des femmes répondantes ont parlé des violences conjugales dont elles étaient victimes au médecin généraliste. Parmi ces 27 personnes, 22 en ont parlé elles-mêmes tandis que dans les 5 autres situations, le sujet était abordé par le médecin généraliste (Tableau 5).

	Nombre	%
Oui, abordée par la patiente	22	49
Oui, abordées par le médecin	5	11
Non	17	38
Ne se rappelle pas	1	2

Tableau 5 : Le sujet des violences conjugales a-t-il été abordé en consultation de médecine générale ?

2.1 Facteurs influençant le point de vue des femmes victimes de violences conjugales sur le dépistage quant aux dites violences par le médecin généraliste

Chez 24 des femmes interrogées, le médecin généraliste était le même que celui du conjoint ou ex-conjoint violent. L'analyse en sous-groupe sur l'influence du suivi concomitant du médecin généraliste avec la victime de violences conjugales et son (ex-)conjoint n'est pas significative tant sur la tendance à aborder le sujet des violences conjugales que sur la volonté des victimes que le sujet des violences conjugales soient abordées par le médecin traitant (Tableau 6).

	Même MG que le ex-conjoint (n=24)	MG différent que le conjoint (n=20)	Ne sait pas (n=1)	p-value
Violences abordées par la victime (n=22)	10	12	0	0,488
Violences abordées par le MG (n=5)	4	1	0	
Violences non-abordées (n=17)	9	7	1	
Ne se rappelle pas (n=1)	1	0	0	
Les victimes auraient aimé que le MG aborde le sujet des VC (n=29)	15	14	0	0,507
Les victimes auraient plutôt aimé que le MG aborde le sujet des VC (n=12)	7	4	1	
Les victimes n'auraient plutôt pas aimé que le MG aborde le sujet des VC(n=3)	2	1	0	
Les victimes n'auraient pas aimé que le MG aborde le sujet des VC(n=1)	0	1	0	
Rôle du MG quant aux VC (n=41)	22	18	1	0,999
Ce n'est pas le rôle du MG (n=4)	2	2	0	

Tableau 6 : Analyse en sous-groupe de l'influence du suivi du (ex-)conjoint par le MG sur l'abord du sujet des VC par les victimes ou leur volonté que le sujet soit abordé par le MG

Parmi les 24 femmes dont le médecin généraliste assure également le suivi du conjoint ou ex-conjoint violent, 14 sont reçues exclusivement seules en consultation, 4 le sont avec le conjoint tandis que 6 sont reçues tantôt seules, tantôt avec le conjoint. L'analyse en sous-groupe ne permet pas ici non plus de conclure sur les questions abordées (Tableau 7).

	La patiente est reçue seule (14)	La patiente n'est pas reçue seule (4)	Ça dépend (6)	p-value
Violences abordées par la victime (n=22)	7	0	3	0,14
Violences abordées par le MG (n=5)	3	0	1	
Violences non-abordées (n=17)	3	3	2	
Ne se rappelle pas (n=1)	0	1	0	
Les victimes auraient aimé que le MG aborde le sujet des VC (n=29)	9	1	5	0,531
Les victimes auraient plutôt aimé que le MG aborde le sujet des VC (n=12)	4	1	1	
Les victimes n'auraient plutôt pas aimé que le MG aborde le sujet des VC(n=3)	1	1	0	
Les victimes n'auraient pas aimé que le MG aborde le sujet des VC(n=1)	0	0	0	
Rôle du MG quant aux VC (n=41)	12	4	6	1
Ce n'est pas le rôle du MG (n=4)	2	0	0	

Tableau 7 : Analyse en sous-groupe de l'influence de la présence du conjoint en consultation de MG sur l'abord du sujet des VC par les victimes ou leur volonté que le sujet soit abordé par le MG

La question du genre du médecin généraliste a également été abordée. 23 femmes estiment que le genre de leur médecin généraliste influence la facilité avec laquelle elles peuvent aborder le sujet des violences conjugales dont elles ont été victimes tandis que 22 femmes pensent que le genre n'a pas d'influence sur cette question. Parmi les commentaires

associées la question du genre du médecin généraliste, 7 femmes ont précisé être plus à l'aise avec un médecin de genre féminin contre 1 femme qui précise être plus à l'aise avec un médecin de genre masculin. L'analyse en sous-groupe ne permet pas d'établir de lien statistique significatif sur cette question (Tableau 8).

	Influence du genre du MG sur la facilité d'aborder les VC (n=23)	Pas d'influence du genre du genre du MG sur la facilité d'aborder les VC (n=22)	p-value
Violences abordées par la victime (n=22)	12	10	0,875
Violences abordées par le MG (n=5)	2	3	
Violences non-abordées (n=17)	9	8	
Ne se rappelle pas (n=1)	0	1	
Les victimes auraient aimé que le MG aborde le sujet des VC (n=29)	14	15	0,797
Les victimes auraient plutôt aimé que le MG aborde le sujet des VC (n=12)	7	5	
Les victimes n'auraient plutôt pas aimé que le MG aborde le sujet des VC(n=3)	2	1	
Les victimes n'auraient pas aimé que le MG aborde le sujet des VC(n=1)	0	1	
Rôle du MG quant aux VC (n=41)	20	1	0,607
Ce n'est pas le rôle du MG (n=4)	3	1	

Tableau 8 : Analyse en sous-groupe de l'influence du genre du médecin généraliste sur les révélations de violences conjugales

L'âge des personnes répondantes fut également analysé en fonction des critères précédant afin de déterminer si l'âge des personnes victimes de violences conjugales pouvait avoir une influence sur la révélation des violences conjugales (Tableau 9). Les données représentées ci-contre montre une corrélation entre l'âge des victimes et la révélation des violences avec un test de Fisher retrouvant une p-value à 0.0019.

	18-25 ans (n=2)	26-35 ans (n=11)	36-45 ans (n=15)	46-55 ans (n=14)	56-65 ans (n=2)	plus de 65 ans (n=1)	p-value
Violences abordées par la victime (n=22)	0	3	10	8	0	0	0,0019
Violences abordées par le MG (n=5)	0	0	1	2	2	0	
Violences non-abordées (n=17)	2	8	4	4	0	0	
Ne se rappelle pas (n=1)	0	0	0	0	0	1	
Les victimes auraient aimé que le MG aborde le sujet des VC (n=29)	1	7	10	9	2	0	0,86
Les victimes auraient plutôt aimé que le MG aborde le sujet des VC (n=12)	1	2	4	4	0	1	
Les victimes n'auraient plutôt pas aimé que le MG aborde le sujet des VC (n=3)	0	1	1	1	0	0	
Les victimes n'auraient pas aimé que le MG aborde le sujet des VC (n=1)	0	1	0	0	0	0	
Rôle du MG quant aux VC (n=41)	2	8	14	14	2	1	0,29
Ce n'est pas le rôle du MG (n=4)	0	3	1	0	0	0	

Tableau 9 : Analyse en sous-groupe de l'influence de l'âge des femmes répondantes quant aux révélations des violences conjugales

D'autres tests statistiques furent utilisés pour l'analyse des données dont des analyses par régression logistique que l'on peut retrouver en annexe. Ces tests ne permettent pas d'établir un modèle logistique (Annexe 7).

2.2 Expression libre des femmes concernant leurs attentes envers le médecin généraliste

27 femmes ont répondu à la dernière question libre pour parler de leurs attentes envers le médecin généraliste. Ces réponses peuvent être regroupées en plusieurs thèmes :

Le thème revenant le plus est celui de l'orientation des victimes (12) dès la connaissance des violences conjugales par le médecin vers les structures d'aides aux victimes ou des psychologues.

Ensuite vient un thème regroupant une demande de « bienveillance » de la part du médecin (7), avec des demandes de la part des femmes que leur parole ne soit pas ignorée, minimisée ; que le médecin ne juge pas leurs patientes et prennent garde à différents préjugés. Que le médecin soit à l'écoute et réactif sur la question des violences conjugales.

Viennent ensuite les thèmes liés directement au dépistage (5), avec une insistance sur le fait que le médecin aborde de lui-même le sujet dans le cadre d'un dépistage généralisé de la patientèle ou face à des signes d'alerte, ainsi que le thème d'une demande de davantage d'implication du médecin (5) en terme de soutien des patientes pendant leurs démarches, d'aide à la protection ou de ne pas se limiter à une prise en charge de prescription de psychotrope.

Enfin, sont abordés des thèmes de demande de suivi (2), notamment psychologique, une demande de vigilance sur la problématique des violences psychologiques (2), et donc de ne pas se limiter au dépistage des violences physiques par l'examen clinique, une demande de meilleure formation des médecins aux violences conjugales (2) pour une meilleure prise en charge, une demande de disponibilité du médecin (2) tant en terme de durée de consultation, parfois trop courte pour la personne répondante, ou en terme de disponibilité de rendez-vous. Enfin, une personne demande que le médecin n'hésite pas à faire appel au signalement au procureur en cas de violences conjugales.

Le détail des expressions libres est disponible en Annexe (Annexe 8).

3. Caractéristiques des consultations de médecine générale des personnes victimes de violences conjugales

Près de 85% des femmes répondantes ont déclarées avoir consultées leur médecin généraliste au cours des 12 derniers mois ; 74% des femmes ont consulté leur médecin généraliste pour leurs enfants (Tableau 10). 33.5 % des femmes ont consulté le médecin généraliste au moins 6 fois dans l'année. Parmi les motifs de consultation les plus répandus, on retrouve des consultations pour des troubles du sommeil (62%), de la fatigue (58%), de l'angoisse (51%) et des douleurs en majorité (49%) (Tableau 11).

	Nombre de consultation pour vous-même pendant 12 mois (%)	Consultation pour enfants (%)
Aucun	7 (15,5)	10 (26)
1 à 2 fois	18 (40)	11 (28)
3 à 5 fois	5 (11)	11 (28)
6 fois ou plus	15 (33,5)	7 (18)

Tableau 10 : Nombre de consultations sur 12 mois pour les personnes répondantes.

A noter que parmi les « autres » motifs de consultations, on retrouve des motifs liés au travail (2), des consultations liés au COVID (2), une consultation liée à une spondylarthrite ankylosante (1), des céphalées (1), des douleurs au niveau des membres inférieurs (1), une consultation pour une chute (1), et une consultation en rapport avec du harcèlement (1). Enfin une personne signifie qu'il s'agissait d'une demande de suivi psychologique et la dernière précise qu'il s'agissait d'une demande d'attestation avant dépôt de plainte.

Violences conjugales	9	Douleur	22
Traumatisme physique	12	Fatigue	26
Tristesse	15	Prescription de psychotrope	15
Angoisse	23	Renouvellement d'ordonnance	10
Troubles du sommeil	28	Certificat liés aux violences	11
Motifs gynécologique	10	Motif liés aux enfants	16
Contraception	7	Autres	11

Tableau 11 : Motifs de consultation des personnes répondante sur 12 mois.

Discussion

1. Forces et limites de l'étude

1.1 Forces

Les attentes des femmes victimes de violences conjugales ont été interrogées par plusieurs études qualitatives sur le sujet. Cette étude est la première étude quantitative sur le sujet et permet donc d'avoir une meilleure puissance statistique. Par ailleurs, l'étude est multicentrique et permet donc, à l'échelle nationale, d'obtenir un nombre de réponses bien supérieur à ce qu'il est possible d'obtenir à l'échelle locale.

L'étude AVIC-MG se positionne également du point de vue des victimes de violences conjugales et permet donc aux médecins de connaître les attentes de leurs patientes, dont 4 femmes sur 10 en sont victimes[65]. Cela permet d'améliorer le dépistage tout en respectant l'avis des patientes dans un objectif de prise en charge centrée sur les patients.

La réponse par auto-questionnaire a permis de limiter le biais de désirabilité sociale.

La forme originale du questionnaire (accessible par QR code et adresse internet) a permis de simplifier la communication du questionnaire par les professionnels et a permis de limiter certains biais méthodologiques (possibilité de limiter le nombre de réponses dans les questions).

1.2 Limites

Dans les besoins d'une réponse par auto-questionnaire et afin de limiter le biais de désirabilité sociale, les femmes ne parlant ni ne lisant le français n'ont pas été incluses dans l'étude. Selon les retours par les professionnels des associations, une grande partie des femmes dont ils se sont occupés le temps de l'étude était d'origine étrangère et ne pouvait donc participer à l'étude limitant le nombre de réponse à l'échelle locale.

Il y a également un biais de sélection, les femmes répondantes étaient actuellement en cours de prise en charge pour sortir du cercle de violence ou étaient déjà sorties de ce cadre depuis plusieurs mois. Un biais du survivant où ces femmes étant sorties du cercle des violences ont une vision différente de la globalité des personnes victimes de violences conjugales. À moindre mesure, plusieurs professionnels ont rapporté que la volonté des femmes de répondre au questionnaire dépendait de leur « relation » avec leur médecin généraliste : celle qui avait été déçue de leur prise en charge semblait plus intéressée par le questionnaire que les autres.

C'est en raison du cadre légal de l'étude que cette population a été ciblée par l'étude AVIC-MG. En effet, le cadre légal ne correspondant pas à ceux imposés par la loi [71], il n'a pas été possible de solliciter l'avis d'un comité de protection des personnes, avis nécessaire pour traiter les données issues des personnes considérées comme patiente.

Les violences conjugales pouvant être à distance du moment où les femmes répondaient au questionnaire, il peut exister un biais de mémorisation.

Le questionnaire pouvant être rempli en ligne, et malgré les indications données par les professionnels proposant le questionnaire, il est impossible de connaître les conditions exactes de remplissage du questionnaire par les personnes répondantes. Également, il est possible qu'une femme intéressée par le questionnaire ait pu tout simplement oublier de le faire ultérieurement ou ne pas trouver le temps. Le nombre de refus n'a pas été relevé par les professionnels

Par ailleurs, le biais méthodologique n'a pu être totalement évité notamment en rapport avec la question 5 sur les motifs de consultation de médecine générale : une personne a répondu avoir emmené ses enfants à son médecin généraliste à la question 4 sans avoir précisé avoir consulté pour ses enfants à la question 5. De la même manière, une personne a déclaré ne pas aller voir son médecin pour de l'angoisse à la question 5 en précisant dans les raisons « autres » y être allée pour de l'angoisse.

1.3 Difficultés supplémentaires liées à la crise sanitaire

La crise sanitaire due à la pandémie COVID-19 a considérablement rendu le recueil des données plus difficile pour les associations :

Dans un premier temps, la réorganisation du travail avec davantage de télétravail, moins de présence pendant les permanences avec une nette diminution des capacités d'accueil du public. La majorité des entretiens étaient réalisés par téléphone et rendait plus difficile la transmission du questionnaire. Cette réorganisation permanente des conditions de travail a induit une plus grande charge mentale avec une nécessité d'adaptation de leur pratique pour les professionnels des associations pour qui l'étude n'était pas prioritaire et pouvait donc être oublié lors des entretiens.

La nature même des prises en charge a été modifiée durant cette période. Avec les différents confinements, il y a eu une « explosion » du phénomène des violences conjugales avec une hausse de la demande envers les associations. Les prises en charge « urgentes » ont donc évolué proportionnellement. Beaucoup de situations n'étaient pas compatibles avec la proposition du questionnaire. Il y avait également beaucoup de premières rencontres qui n'étaient pas forcément compatibles selon l'avis des professionnels avec la proposition du questionnaire devant la densité de cet entretien.

Enfin, plusieurs structures ont eu plusieurs remaniements du personnel durant la période Janvier-Mars 2021 compliquant davantage le travail des équipes sur le terrain et reléguant de fait le questionnaire à une position plus anecdotique. Malgré ces difficultés, les associations se sont néanmoins montrées très impliquées dans la diffusion des questionnaires lors des différentes réunions organisées et sont enthousiastes à plus de collaborations avec les médecins.

2. Population étudiée

Parmi les personnes répondantes aux questionnaires proposés par les associations dans les départements de la Drôme et celui de l'Ardèche, nous ne retrouvons pas de tranche d'âge franchement majoritaire mais nous notons une franche sous-représentation des âges « extrêmes », seulement une seule répondante avait moins de 25 ans et une seule répondante avait plus de 65 ans. Cela peut souligner un défaut de prise en charge parmi ces tranches de la population, par manque d'information ou par trop grande acceptabilité des violences. On note

que les chiffres avancés par la MIPROF se basent sur des études où l'âge des femmes va de 69 à 75 ans [7].

Sur les chiffres de la violence, on retrouve des chiffres cohérents avec les données de la littérature. Les femmes sont majoritairement victimes de violences psychologiques, bien loin du stéréotype désuet de « la femme battue ». Par ailleurs, 62% des femmes ont été victimes de plusieurs types de violences avec une surreprésentation de l'association des violences psychologiques et physiques, un signe pouvant représenter l'accélération du cycle de la violence avec l'aggravation des violences subies à mesure que l'emprise du conjoint violent s'affermi sur la victime avec d'abord des violences psychologiques.

On note également que 57.5% des femmes déclarent avoir subi des violences sexuelles. Un chiffre nettement supérieur aux principales enquêtes menées ces dernières années sur la question [18]. L'enquête VIRAGE notamment avance le chiffre de 0.55% de femmes qui ont déclarées avoir été victimes de violences sexuelles en une année dans le cadre de leur vie conjugale. L'enquête CVS rapporte le chiffre de 30%. Si l'on ne peut exclure le faible échantillon, on peut remarquer que ces chiffres sont cohérents avec les deux autres études locales en rapport avec l'étude AVIC-MG qui avancent également des chiffres nettement supérieurs avec des échantillons plus conséquents que l'étude en Drôme-Ardèche [68,69]. Outre l'effet loupe due à la faiblesse de l'échantillon, on ne peut exclure la possibilité d'effet positif quant à la médiatisation de certaines « affaires sexuelles » permettant de « libérer la parole » sur la question des violences sexistes et sexuelles dans le couple, il peut également y avoir un effet dû au caractère anonyme du questionnaire mais également du travail des associations auprès des femmes répondantes.

3. Argument en faveur du dépistage systématique

3.1 Les femmes victimes interrogées aimeraient être interrogées sur la question des violences conjugales

Cette étude montre que 91% des personnes répondantes ont aimé ou auraient aimé être interrogées sur la question des violences conjugales par leur médecin généraliste. Ce même pourcentage estime qu'il s'agit du rôle du médecin généraliste de se saisir de cette question pendant les consultations. Ce résultat est en accord avec les études qualitatives réalisées en amont de cette étude [16,66] mais également avec la plupart des résultats locaux de l'étude AVIC-MG réalisés jusqu'à présent [63,68,69] [72-77].

L'étude AVIC-MG sur le plan nationale permettra de confirmer ces résultats avec un échantillon plus conséquent.

Cette information confirme une attente réelle de dépistage de la part des victimes quant à leur médecin généraliste.

Il se pose alors la question du dépistage. On peut remarquer dans notre étude que dans les situations où les violences avaient été abordées en consultation, cela a été fait à l'initiative de la patiente dans 22 situations contre seulement 5 où c'est le médecin.

Plusieurs études montrent un effet positif du dépistage systématique sur le repérage des femmes victimes de violences conjugales [72,74,76,78,79]; l'effet positif reste cependant

modéré et à nuancer par son absence d'effet positif supplémentaire sur la prise en charge de ces femmes victimes [80].

Néanmoins, le dépistage systématique semble globalement ne pas affecter négativement les patientes interrogées, qu'elles soient victimes ou non et a l'avantage de montrer aux patientes que le praticien de santé est à l'aise avec le sujet et apte à l'écoute [78,81]. Certaines études pointent néanmoins que certaines femmes victimes de violences conjugales peuvent moins accepter un dépistage systématique par le médecin généraliste [74].

Devant des effets positifs, même relatifs, et une absence d'effets adverses notables, les dernières recommandations de la HAS concernant les violences conjugales encouragent le dépistage systématique de la part des praticiens de santé [15].

Un dépistage systématique de la part des médecins généralistes de la question des violences ou plus spécifiquement des violences conjugales peut alors tout à fait s'envisager comme on recueille les différents antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux des patients. Si cela ne permet pas nécessairement une amélioration de la situation pour la femme interrogée, le repérage des femmes victimes de violences conjugales comme une première étape préalable.

3.2 Quels sont les facteurs influençant la révélation des violences conjugales ?

Notre étude ne permet pas clairement d'identifier des facteurs influençant dans un sens comme dans l'autre la libération de la parole. Les réponses obtenues sont bien trop homogènes avec très peu de réponses négatives ne permettant pas d'identifier des critères particuliers par les tests statistiques (test exact de Fisher, régression logistique, covariance, clustering). Cela ne permet pas de dire qu'il n'existe pas de facteurs pouvant influencer la révélation des violences conjugales mais que l'échantillon n'est pas assez représentatif dans le cadre de cette étude locale.

L'étude locale AVIC-MG réalisée en Drôme et en Ardèche montrerait néanmoins une possible corrélation entre l'âge des femmes victimes et la révélation des violences conjugales dans le cadre de la consultation en médecine générale. Ces données sont plutôt cohérentes avec le défaut de prise en charge chez les femmes jeunes (moins de 25 ans) et moins jeunes (plus de 65 ans).

Quelques éléments dans les réponses ouvertes semblent néanmoins montrer que certaines femmes sont sensibles au genre de leur médecin mais sans que cela soit clairement significatif. De la même manière, nous n'avons pas pu identifier de critères en fonction de si le médecin suivait le couple ou seulement la femme victime ou encore si le conjoint violent était systématiquement accompagnateur pendant les consultations.

Les études qualitatives réalisées jusqu'alors permettent néanmoins de rendre compte d'une limitation à la révélation des violences conjugales évidentes quand la femme victime n'était pas reçue seule par le médecin [73-75]. Même quand le conjoint n'est pas systématiquement présent lors des consultations, le simple suivi des deux membres du couple par le médecin traitant peut être un frein aux révélations des violences conjugales [72,75]. Plusieurs travaux pointent par ailleurs la méconnaissance des femmes victimes sur le secret médical qui est opposable au conjoint [67,75]. L'étude locale AVIC-MG en Aquitaine semble également pointer dans cette direction [68].

La question du suivi de la femme victime et du conjoint peut également être source de blocage chez le praticien. Il existe une difficulté majorée pour le médecin d'aborder le sujet des violences quand il a une bonne relation avec le conjoint violent [82]. Certains médecins n'hésiteraient pas à parler de peur de représailles de la part du conjoint violent.

Il y a également d'autres facteurs pouvant limiter la révélation des violences par les victimes non abordées au cours de l'étude comme la qualité de la relation avec le médecin généraliste ainsi que la vision qu'ont les femmes de leur médecin [73-75].

Aucune étude n'a pu mettre en lien le genre du médecin en rapport avec la révélation des violences conjugales [83]. Une méta-analyse de 2009 pointerait cependant le fait que les révélations d'ordres psycho-sociales seraient plus aisées avec des médecins femmes [84]. La HAS précise toutefois que le genre du médecin importe peu sur les révélations de violences conjugales si les conditions de l'entretien sont bienveillantes [18].

Les autres freins purement intrinsèques aux personnes victimes comme les sentiments de dévalorisation, de honte, de déni qui sont en lien avec la relation d'emprise sont également des freins à la révélation par les femmes victimes de violences conjugales mais n'ont pas été explorés pendant cette étude [75,85].

Cela pose la question même du suivi des membres d'un même couple ou d'une même famille par le médecin. Il peut être fréquent dans une consultation de médecine de recevoir les deux membres d'un même couple car il s'agit d'un droit du patient que celui d'être accompagné pendant une consultation et la présence d'un tiers est même parfois recommandé dans certaines situations. La présence du tiers, et principalement celui du conjoint violent, peut néanmoins limiter la parole de la victime, surtout si cette présence est répétée, systématique.

Rappeler au patient, quel qu'il soit, que le secret médical est opposable à tous paraît être une solution intéressante mais ne peut entièrement régler le problème lié à la qualité de la relation du médecin traitant qui suit une même famille pendant plusieurs années. On peut comprendre la crainte du manque d'objectivité de la part des femmes victimes envers leur médecin et on doit réfléchir à la réponse que l'on peut apporter à ces craintes légitimes.

4. Arguments en faveur d'un dépistage orienté

4.1 Les femmes victimes de violences conjugales consultent les médecins généralistes

Au cours de notre étude, 84.5% des femmes ont déclaré avoir consulté leur médecin dans l'année et la moitié de ces femmes l'ont consulté plus de 2 fois dans l'année. On relève également que 74% des femmes interrogées consultent également pour leurs enfants. C'est une donnée qui est encore une fois cohérente avec les autres études locales AVIC-MG mais qui devront être confirmées par l'étude nationale [68,69].

Ces chiffres sont à relativiser de par la population spécifique ayant répondu à l'étude. Ces personnes sont déjà incluses dans une démarche auprès des associations et sont davantage sensibilisées aux problématiques liées aux violences conjugales. La plupart des personnes interrogées ont également pu se séparer du conjoint violent et donc se libérer de

son emprise. Le conjoint violent peut en effet être un frein à ce que les femmes victimes consultent.

Néanmoins, la littérature pointe un lien entre violences conjugales et consommation de soins [18,72,75]. L'enquête ENVEFF avance que les femmes victimes de violences conjugales consulteraient jusqu'à 5 fois plus que la population générale [36]. Ce chiffre peut s'expliquer par les conséquences nombreuses sur la santé des violences conjugales, les femmes victimes sont en moins bonne santé que la population générale et nécessitent davantage de soins [2,6].

Les femmes consultent également beaucoup pour leurs enfants. S'il reste beaucoup de travail à faire sur cette problématique, les effets néfastes des violences conjugales sur les enfants, premiers témoins, n'est pas à décrire [64]. La HAS considère par ailleurs dans ses recommandations de 2017, les violences conjugales comme une situation à risque de maltraitance pouvant justifier une prise en charge particulière de l'enfant [86].

Ces éléments tendent à montrer que les femmes victimes de violences conjugales et leurs enfants ne sont pas hors de portée des médecins généralistes et que la répétition de leurs consultations peut donner un environnement propice à la révélation des violences conjugales et à la prise en charge de la patiente et de ses enfants par le médecin comme indiqué plus haut.

4.2 Le dépistage orienté est-il plus pertinent que le dépistage systématique ?

Nous en avons parlé plus tôt, l'organisation d'un dépistage systématique, bien qu'encouragé par la HAS peut mettre en difficulté le médecin généraliste notamment via des contraintes principalement organisationnelles. Il se pose alors la question d'un dépistage plutôt orienté par la consultation et la clinique, un dépistage qui se veut plus spécifique.

Spontanément, pour repérer les violences, le médecin s'orientera vers des signes de violences physiques et/ou sexuelles, telle des plaies, des hématomes ou des échymoses [87]. Il est vrai que c'est souvent à l'occasion d'un épisode de violences où la personne reçoit des coups qu'elle peut se diriger vers un médecin à la demande d'un certificat. Néanmoins dans ce cadre de consultations, les femmes victimes peuvent se tourner plus facilement vers un service d'urgences ou une UMJ et se dirigent finalement assez peu vers le médecin généraliste [8].

Ce constat semble cohérent avec le travail réalisé où les motifs de consultations liées aux violences physiques et à la rédaction de certificat ne sont pas majoritaires. Si les chiffres ne sont pas pour autant négligeables (26% et 35%) y compris pour la population interrogée et leur sensibilisation à leur situation et aux démarches engagées, on reste dans une proportion moindre face aux 3 principaux motifs de consultations identifiées qui sont les troubles du sommeil, l'angoisse, la fatigue et les douleurs (sans précision).

Les motifs de consultations les plus signalées par les femmes interrogées se retrouvent également dans les autres études AVIC-MG [68,69].

On retrouve également plusieurs occurrences dans la littérature de ces difficultés sur le plan psychologique, souvent au premier plan, qui poussent les femmes victimes de violences conjugales à consulter le médecin généraliste [62,66]. Ainsi contrairement à une idée reçue, les femmes ne se dirigent pas chez leur médecin traitant en raison de conséquence de violences physiques mais bien d'un retentissement psychologique liée aux violences chroniques dont elles sont victimes. Les femmes victimes elles-mêmes ne semblent pas identifier le lien entre

les troubles d'ordre psychologique dont elles souffrent et les violences dont elles sont victimes [88].

Ainsi si l'idée d'un dépistage ciblé en fonction des motifs de consultations et de la clinique peut être intéressante, elle nécessite une vigilance particulière de la part du médecin généraliste. Celui-ci peut faire face à des motifs de consultation n'ayant pas de rapport de prime abord avec la problématique des violences conjugales. En effet, les motifs identifiés par la littérature peuvent être en rapport avec les violences conjugales mais n'en sont pas néanmoins spécifiques. Ces motifs peuvent trahir d'autres types de difficultés, liée au travail, au contexte de vie, de la dépression...

Il y a également une difficulté venant de la patiente qui n'est pas forcément dans cette disposition : elle ne vient pas voir le médecin en raison de difficultés liées aux violences dont elle est victime, elle vient voir son médecin en raison de difficultés qu'elle ne met pas forcément en lien avec les violences dont elle est victime.

On soulignera enfin une curiosité dans notre questionnaire où les motifs liés à des problématiques gynécologiques ou même la contraception sont assez peu représentées ; une proportion que l'on retrouve par ailleurs dans les autres études locales AVIC-MG [68,69] ainsi que dans d'autres articles de la littérature [89,90]. Ce faible recours au médecin généraliste est d'autant plus étonnant que l'on sait que les violences conjugales augmentent significativement les problèmes d'ordre gynécologique avec une hausse des IST, des grossesses parfois non-désirées etc... [2,6,89,90]. 85.7% des patientes présentant un cancer du col ont subi des violences conjugales dans leur vie [90].

On peut toutefois expliquer cette « anomalie » par le fait que le suivi gynécologique des femmes n'est pas seulement assuré par le médecin traitant mais également par les médecins gynécologues ainsi que les sage-femmes. Si l'augmentation de l'incidence des troubles gynécologiques doit interpeller le médecin généraliste, il convient de sensibiliser également les confrères gynécologues et les sage-femmes sur la problématique des violences. Notons que dans notre étude, aucune sage-femme ni aucun gynécologue ne semble avoir pris part à la prise en charge des femmes interrogées, un chiffre que l'on retrouve malheureusement dans les autres études locales AVIC-MG disponibles jusqu'alors [68,69].

5. Quelles attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste ?

Les réponses aux questions ouvertes dans le questionnaire proposées aux femmes victimes de violences conjugales consultant dans les structures d'aides aux victimes permettent de mettre en évidence certaines attentes de cette population envers leur médecin généraliste. La première demande formulée par les patientes est celle d'être adressée rapidement et correctement par le médecin vers ces mêmes structures d'aides aux victimes.

Il peut s'agir d'un biais de sélection puisque ces femmes sont justement en cours de prise en charge par ces mêmes structures. On ne peut toutefois exclure leur place centrale et pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes victimes de violences conjugales [51,55,56,60]. Cela marque leur expérience dans le suivi des victimes sous emprise nécessitant souvent un travail sur le temps long.

Outre l'importance assignée aux associations, il y a également des attentes plus spécifiques envers le médecin en termes d'écoute avec une demande de davantage d'implication, d'une écoute bienveillante et d'un dépistage mené par le médecin lui-même. De manière plus marginale, la question de la formation du médecin à la prise en charge des victimes est également attendue ainsi qu'un questionnement quant à l'organisation même de la consultation médicale en médecine générale, ne permettant aux personnes victimes de n'aborder que difficilement le sujet des violences conjugales.

Ces résultats, à ne pas sur-interpréter au vu du faible nombre de réponse, sont néanmoins conformes avec ce qui est retrouvé dans les autres études locales AVIC-MG [68,69]. Les études antérieures confirment également cette tendance avec une attente des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste d'écoute bienveillante et empathique, qu'il puisse prendre le temps et surtout, il est attendu du médecin qu'il doit croire ce qui lui est rapporté et ne pas culpabiliser les victimes [66][74-76]. Il y a un réel besoin exprimé d'une relation de confiance avec le médecin généraliste [74-76].

En effet, comme indiqué plus haut, les femmes victimes de violences conjugales sont dans un état psychique précaire, un mauvais accueil de cette parole peut-être destructeur pour la patiente. Une meilleure approche du médecin généraliste ne peut que lever les verrous qui empêchent les victimes de pouvoir s'ouvrir.

La HAS propose par ailleurs que des affiches ou plaquettes concernant le sujet des violences conjugales soient installées en salle d'attente pour signifier aux personnes en salle d'attente que la consultation peut-être l'occasion pour elle d'aborder le sujet en sécurité [15].

Il se pose néanmoins la question de la formation des médecins généralistes. Ces derniers ne sont pas assez formés sur les questions des violences intrafamiliales, y-compris conjugales, au cours de leur cursus universitaire [91]. Le défaut de formation est l'une des raisons pointées par les médecins expliquant leur difficulté au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales [91,92].

Les médecins expriment en effet un sentiment d'impuissance face aux victimes de violences conjugales, lié principalement au fait qu'ils ne connaissent pas le réseau mis en place et qu'ils estiment ne pas avoir les compétences pour accompagner les femmes victimes [67,82,93,94,95]. Sur la question du dépistage, ces derniers pointent principalement le manque de temps et l'impression d'être intrusif dans un domaine qui relèverait du privé [67,82,95].

Cette demande de meilleure formation est également une demande des patientes que l'on retrouve dans la littérature [74,76]. Plusieurs travaux montrent que les médecins généralistes, sans la formation adéquate, ont tendance à « sur-médicaliser » les victimes de violences conjugales par la prescription de psychotrope ou en adressant les personnes victimes vers les psychologues ou les gendarmeries/commissariat [63,74,76].

Sous l'impulsion des différents plans gouvernementaux et grâce aux travaux des associations, plusieurs formations liées à la prise en charge des victimes de violences conjugales voient cependant le jour [37,40,42,43,44,51]. Plusieurs formations/ateliers liés aux violences conjugales sont par ailleurs mise en place par les collèges de médecine générale dans le cadre du DES de médecine générale [96].

Sur la question du réseau, les internes mobilisés dans le cadre de l'association AVIC-MG ont travaillé également à la mise en place d'un réseau à destination des professionnels via le site declicviolences.fr [65]. Celui-ci permettra d'adresser plus facilement les patientes vers les structures adaptées, en plus de fournir aux professionnels de santé des conseils quant à la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales. Enfin, rappelons encore les nouvelles recommandations de 2019 de la HAS qui fournissent de nombreux conseils et indications pour les professionnels [15].

6. Perspectives

L'étude AVIC-MG menée en Drôme-Ardèche est l'une des premières études quantitatives sur les attentes des femmes victimes de violences conjugales. Cette étude locale s'insère dans une étude nationale multi-centrique à paraître bientôt, le recueil des données locales ayant été terminées et toutes les données envoyées. Cette étude quantitative à l'échelle nationale permettra d'appuyer les éléments de la littérature parus jusqu'alors, renforçant davantage les connaissances disponibles à ce sujet.

Néanmoins, afin de passer outre les différents biais de sélection imposés par les normes légales et éthiques, une étude du même acabit s'adressant aux femmes consultant en médecine générale paraît être un moyen d'étendre l'échantillon de population étudié pour affiner davantage nos connaissances sur les attentes des femmes consultant en médecine générale en terme de dépistage de violences conjugales et de dépistage. Cela nous permettrait également de mieux identifier les freins à un éventuel dépistage de la part du médecin généraliste.

Si l'étude AVIC-MG ne s'est pas intéressé au point de vue médical, il n'est néanmoins pas à négliger. Il persiste des difficultés de la part des médecins généralistes quant au dépistage et à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales qui ont été évoqués plus haut. L'un des meilleurs moyens de lutter contre les freins issus des professionnels reste d'avancer dans la recherche afin de démontrer les effets positifs du dépistage et de la prise en charge sur la santé des femmes, les violences conjugales restant un enjeu de sécurité publique à l'échelle internationale.

Un autre moyen d'améliorer la prise en charge médicale est de bien évidemment d'améliorer la formation sur un sujet touchant entre 3 à 4 femmes dans les salles d'attente de médecine générale. Cette formation peut s'articuler autour d'ateliers dans le cadre des formations universitaires dans le cadre du DES de médecine générale (et d'autres spécialités comme le DES de gynécologie, de médecine d'urgence etc...) mais elle peut également s'articuler dans le cadre de la formation médicale continue autour des associations présentes sur le terrain et déjà très impliquées.

Outre la question de la formation, il convient également de lutter contre le sentiment d'isolement des professionnels de santé. Le premier élément de réponse se trouve dans l'autre démarche du collège de médecine générale de Clermont-Ferrand via le site declicviolence.fr qui propose des outils et des conseils dans le cadre du dépistage et de la prise en charge des violences conjugales mais qui propose surtout une liste de contacts par département à destination du médecin afin de pouvoir adresser rapidement les personnes victimes qui se présentent au cabinet de médecine générale. Le conseil de l'ordre des médecins pourrait parfaitement participer à la diffusion de ces informations auprès des différents médecins

installés. Nous rappelons par ailleurs une nouvelle fois les dernières recommandations de la HAS qui proposent également différentes aides au dépistage et à la prise en charge des personnes victimes.

Il pourrait également être également intéressant de construire un réseau de professionnels de santé sensibilisé et formé à la prise en charge des violences conjugales. Les associations sur le terrain disposent bien souvent de « carnet d'adresses » de personnels formés afin de créer un réseau. L'idée étant d'articuler ce réseau autour de la femme victime pour améliorer la prise en charge et rompre l'isolement de celle-ci induit par son agresseur. Ces carnets d'adresses informels pourraient être un outil supplémentaire pour le médecin ainsi que pour les associations. Sur l'échelle des deux départements liés à l'étude, en 2020, un seul médecin généraliste apparaît sur l'annuaire de l'Ardèche et un médecin légiste apparaît sur celui de la Drôme, aucun autre professionnel médical ou para-médical n'est présent.

Il y a enfin tout un travail de prévention à opérer notamment dans le cercle familial même avec la question des enfants dont on commence à saisir les effets néfastes des violences conjugales dont ils sont témoins sur leur développement. On sait par exemple que les enfants témoins/victimes des violences conjugales ont plus de chance à devenir eux-mêmes une victime ou un auteur de violences à l'âge adulte. Si les auteurs de violences conjugales ont été finalement peu abordés dans ce travail de thèse, il y a également un véritable travail de prise en charge auprès de cette population qui fut souvent elle-même victime dans le passé.

Par ailleurs, il convient également de questionner de manière plus générale les inégalités profondes et systémiques entre les femmes et les hommes dans la société. Sans préjuger de l'implication ou des actions entreprises par les pouvoirs publics depuis une vingtaine d'années sur cette question, les récurrentes « affaires » ou « révélations » survenues ces dernières années nous montrent l'étendue du chemin qu'il nous reste à parcourir pour lutter contre les préjugés sexistes et inégalitaires qui favorisent la survenue de violences sexistes et sexuelles dont font partie les violences conjugales.

Conclusion

Les violences conjugales sont un enjeu de santé publique qui est international et endémique, n'épargnant aucune classe sociale et touchant principalement la population féminine.

L'étude AVIC-MG réalisée dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche indique que 91% des femmes consultant dans les associations de prise en charge des victimes de violences conjugales aimeraient ou ont aimé que leur médecin généraliste s'empare du sujet des violences conjugales au cours de leur suivi. Il y a une véritable attente de la part de ces femmes en faveur du dépistage des violences par le médecin généraliste. Il y a également une attente exprimée en termes d'écoute, d'empathie et de prise en charge envers le médecin généraliste.

Les femmes ont une vraie demande en ce qui concerne surtout l'orientation vers les structures spécialisées dans la prise en charge des victimes de violences conjugales.

L'étude a permis également d'identifier les principaux motifs de consultations des femmes victimes de violences conjugales. Celles-ci consultent d'ailleurs leur médecin généraliste davantage que la population générale.

Cette information peut permettre aux médecins généralistes d'évoquer plus spécifiquement la question des violences en cas de consultation pour des motifs fonctionnels aspécifiques tel la fatigue, les angoisses, les douleurs ou encore les troubles du sommeil.

Les violences conjugales n'appartiennent guère à la sphère familiale et privée, c'est un fait social et une question de santé publique qui doit être saisie par le médecin généraliste et qui reste dans son champ de compétence à savoir, le dépistage, l'accompagnement et l'orientation. Il est ainsi nécessaire de développer davantage de passerelles et d'échanger davantage avec les associations d'aide aux victimes déjà en place pour améliorer le repérage et la bonne prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire AVIC-MG

1. Quel est votre âge :
18-25 ans 26-35 ans 36-45 ans 46-55 ans 56-65 ans Plus de 65 ans
2. Avez-vous des enfants ? oui non Si oui, combien ? ...
3. De quel(s) type(s) de violence avez-vous été victime de la part de votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) :
 - PHYSIQUES (recevoir des coups, des claques, ... être poussé, ...) oui non
 - PSYCHIQUES (insultes, menaces, intimidations, interdictions, imposition d'une croyance/idéologie,....) oui non
 - SEXUELLES (rapports ou pratiques sexuels sans que vous soyez d'accord) oui non
 - ECONOMIQUES (ne pas avoir accès au x moyens de paiement) oui non
4. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ?
 - pour vous-même :
aucune 1 à 2 fois 3 à 5 fois 6 fois ou plus
 - pour vos enfants :
aucune 1 à 2 fois 3 à 5 fois 6 fois ou plus
5. Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous allée le voir, au cours des 12 derniers mois ?
 - pour évoquer directement les violences subies oui non
 - pour un traumatisme/ Blessure physique oui non
 - pour de la tristesse oui non
 - pour de l'anxiété oui non
 - pour des difficultés à dormir oui non
 - pour un problème gynécologique oui non
 - pour une prescription de contraception (pilule, implant, ...) oui non
 - pour des douleurs oui non
 - pour de la fatigue oui non
 - pour une demande de prescription de médicaments psychotropes (somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs par exemple) oui non
 - pour un suivi et/ou le renouvellement d'un traitement que vous prenez habituellement
oui non
 - pour un certificat ou attestation de suivi pour violences oui non
 - pour vos enfants oui non
 - autre : lequel ?
6. Avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous êtes victimes avec un médecin généraliste ?
Avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous êtes victimes avec un médecin généraliste ?
 - oui, un médecin généraliste m'a déjà demandé si j'étais victime de violences conjugales
 - oui, c'est moi-même qui ai abordé la question
 - un médecin m'a déjà posé la question mais je n'ai pas répondu
 - non
 - je ne me rappelle pasCommentaires éventuels :
7. Est-ce que vous saluez (avez) aimé que la question des violences conjugales soit abordée par le médecin généraliste ?
 - Oui
 - plutôt oui
 - plutôt non
 - Non
8. Pensez-vous que cela fait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder la question des violences conjugales ?
 - Oui
 - Non
9. Qu'est-ce qui vous a mené jusqu'à cette association ? (Plusieurs choix possibles)
 - Médecin généraliste
 - Gynécologue
 - Autres médecins (urgentiste, psychiatre...)
 - Sage-femme
 - Autres soignants (infirmier, psychologue...)
 - Travailleur social
 - Une autre association
 - Site internet/numéro d'appel gratuit
 - Police/gendarmerie
 - Entourage (amis, famille)
 - Urgences hospitalières
 - Autre(s) :
10. Le(s) médecin(s) généraliste(s) que vous consultez est(sont)-il(s) le(s) même(s) que celui de votre (ex-)conjoint(e) violent(e) ?
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

Annexe 2 – Avis du Comité Ethique du CNGE



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cnge.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 17 Avril 2019,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " Etude AVIC-MG - Attentes des femmes Victimes de violences conjugales envers leur MG "

Avis n° 14031977

Les auteurs ont pris en compte ou répondu aux remarques initialement formulées par le comité d'éthique. Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de ce travail.

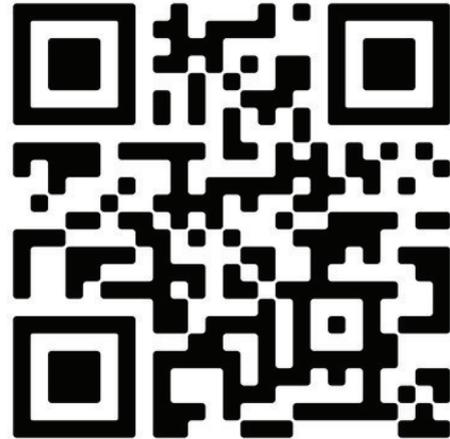
Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Annexe 3 – Plaquette pour accès du questionnaire en ligne (1ère Version)



Etude **AVIC-MG**

Attentes des femmes
Victimes de violences
Conjugales envers leur
Médecin **G**énéraliste



Questionnaire disponible via:
- Lien ci-dessous
ou
- QR code ci-contre

https://clarolineconnect.univ-lyon1.fr/resource/open/ujm_exercise/4286054#/

Annexe 4 – Notes d'informations à destination des femmes répondantes



Etude **AVIC-MG**

Attentes des femmes **Victimes de violences **C**onjugales envers leur **M**édecin **G**énéraliste**

Madame,

Nous vous invitons à participer à une étude sur les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste. Cette étude vise à mieux cerner vos attentes envers les médecins généralistes, dans le but d'améliorer nos pratiques.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel. Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libres de refuser d'y participer ainsi que de mettre terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Conformément au RGPD et à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à mathilde.vicard-olagne@uca.fr.

Investigateurs Drôme-Ardèche:

Pierre-Alexandre Vigné, médecin généraliste en thèse de médecine générale sur l'étude AVIC-MG

Dr Humbert de Fréminville, médecin généraliste, maître de conférences

Etude AVIC-MG



Nous cherchons à savoir quelles sont les attentes des femmes victimes de violences conjugales vis-à-vis des médecins généralistes, afin d'améliorer nos pratiques.

Pouvez-vous nous donner votre avis dans le questionnaire qui vous sera proposé en fin d'entretien ?

Merci d'avance de votre précieuse participation,



Pierre-Alexandre Vigné, médecin généraliste, en thèse de médecine générale sur l'étude AVIC-MG

Dr Humbert de Frémerville, médecin généraliste



Annexe 5 – Affiche salles d'attente

Annexe 6 - Plaquette pour accès du questionnaire en ligne (2nde Version)



Etude **AVIC-MG**

Attentes des femmes
Victimes de violences
Conjugales envers leur
Médecin **G**énéraliste



Questionnaire disponible via:

- Lien ci-dessous
- ou
- QR code ci-contre



www.avic-mg.net

Annexe 7 – Tests statistiques par régression logistique

Call:

```
glm(formula = mg_aimeparle ~ nbmg_perso + mg_meme + mg_sexe +  
    age + mg_dejaparle + enfant_nb, family = "binomial", data = drome)
```

Deviance Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-2.5626	0.1596	0.3238	0.4509	0.8501

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept)	1.3071	1.5164	0.862	0.389
nbmg_perso	0.5612	0.6684	0.840	0.401
mg_meme	-0.2381	1.1523	-0.207	0.836
mg_sexe	0.2357	1.1090	0.213	0.832
age	0.3059	0.6927	0.442	0.659
mg_dejaparle	1.3036	1.1713	1.113	0.266
enfant_nb	-0.5486	0.6854	-0.800	0.423

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

Null deviance: 26.996 on 44 degrees of freedom
Residual deviance: 23.004 on 38 degrees of freedom
AIC: 37.004

Number of Fisher Scoring iterations: 6

```
Call:
glm(formula = mg_role ~ nbmg_perso + mg_meme + mg_sexe + age +
     mg_dejaparle + enfant_nb + nbmg_enfant, family = "binomial",
     data = drome)
```

Deviance Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-2.15343	0.05835	0.16338	0.34839	1.26749

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept)	1.1082	1.8213	0.608	0.5429
nbmg_perso	-1.0193	0.8800	-1.158	0.2467
mg_meme	-0.2639	1.3490	-0.196	0.8449
mg_sexe	-0.4535	1.4147	-0.321	0.7485
age	2.9466	1.5575	1.892	0.0585 .
mg_dejaparle	0.4006	1.3877	0.289	0.7728
enfant_nb	-1.7603	1.1245	-1.565	0.1175
nbmg_enfant	1.0898	0.9179	1.187	0.2351

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

Null deviance: 26.996 on 44 degrees of freedom

Residual deviance: 18.090 on 37 degrees of freedom

AIC: 34.09

Number of Fisher Scoring iterations: 7

Call:
glm(formula = mg_aimeparle ~ nbmg_perso + mg_meme + mg_sexe +
age + mg_dejaparle + enfant_nb, family = "binomial", data = drome)

Deviance Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-2.5626	0.1596	0.3238	0.4509	0.8501

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept)	1.3071	1.5164	0.862	0.389
nbmg_perso	0.5612	0.6684	0.840	0.401
mg_meme	-0.2381	1.1523	-0.207	0.836
mg_sexe	0.2357	1.1090	0.213	0.832
age	0.3059	0.6927	0.442	0.659
mg_dejaparle	1.3036	1.1713	1.113	0.266
enfant_nb	-0.5486	0.6854	-0.800	0.423

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

Null deviance: 26.996 on 44 degrees of freedom
Residual deviance: 23.004 on 38 degrees of freedom
AIC: 37.004

Number of Fisher Scoring iterations: 6

```
Call:
glm(formula = mg_aimeparle ~ nbmg_perso + mg_meme + mg_sexe +
     age + mg_dejaparle + enfant_nb + nbmg_enfant, family = "binomial",
     data = drome)
```

Deviance Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-2.5682	0.0922	0.1934	0.4921	0.9956

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept)	0.1123	1.6490	0.068	0.946
nbmg_perso	0.2388	0.7205	0.331	0.740
mg_meme	0.0111	1.2543	0.009	0.993
mg_sexe	0.3554	1.1604	0.306	0.759
age	1.0175	0.9684	1.051	0.293
mg_dejaparle	1.5487	1.3277	1.166	0.243
enfant_nb	-1.2975	0.9246	-1.403	0.161
nbmg_enfant	1.3151	1.0183	1.291	0.197

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

Null deviance: 26.996 on 44 degrees of freedom
Residual deviance: 20.639 on 37 degrees of freedom
AIC: 36.639

Number of Fisher Scoring iterations: 7

Annexe 8 – Réponse à l'expression libre concernant les attentes envers le médecin généraliste

« Quand on a besoin d'aide et que le besoin ne répond pas à nos attentes, on ne peut pas avoir d'autres médecins car ils ne peuvent plus prendre d'autres patients. »

« Je pense que le médecin peut suivre et aider le patient avec l'intermédiaire d'un psychologue et un lieu où la victime soit bien entendue, et bien suivie pour qu'elle reprenne confiance en elle pour surmonter sa violence. Surtout avoir un environnement plus agréable... »

« Le déni est partout, les violences psychologiques (perversion, emprise et violence verbale) détruisent aussi et conduisent au suicide, pas toujours de cocard elles peuvent être à l'intérieur. Merci au CIDFF, heureusement que vous êtes là. »

« Dernièrement, Pour ma part j'ai été déshabillé pour que le médecin vérifie les bleus et coup ! Il n'a rien vu et a donc minimisé le certificat alors qu'il n'a pas vérifié psychologiquement aucun test ! J'avais un post traumatisme depuis 3 ans ! Il aurait dû essayer de comprendre pourquoi j'étais toujours malade, à chaque fois il minimise mes états et me disait que je n'avais rien, je sentais très bien que j'avais quelque chose ! Il a fallu que ce soit une personne d'une association qui n'était pas médecin qui m'a orienté vers un psychiatre pour la méthode Brunet. Si les médecins ne sont pas spécialistes en neurologie il faudrait qu'ils orientent leurs patients. Comprendre pourquoi le patient est dans cet état. Je pense qu'il faudrait qu'ils osent poser des questions, avoir une grille pour déterminer si la patiente souffre de violences conjugales. qu'ils orientent vers toute possibilité de suivis thérapeutiques. Et surtout qu'ils ne jugent pas, qu'ils mettent la patiente en confiance pour qu'elle puisse parler. En lui donnant du courage et lui dire qu'il y a une solution ! Lui montrer qu'on est attentif à son problème. Qu'on est là pour la sortir de cette situation. Ne surtout pas laisser penser que la cliente est en dépression et la mettre de côté ! Moi j'avais une attitude d'effondrement, endormissement, angoisse, fatigue chroniques, malaises, vertiges, des bouffées de chaleur, mauvaise circulation de sang, infections urinaires à répétition, mal au bas ventre, gonflement du ventre, foie, gonflement de tout le corps, boulimie, problème de digestion, tout mon organisme était dérégulé... je suis disponible pour toutes autres questions. »

« qu'il soit plus réactif face à ce que j'ai pu lui dire et subir ! car il est au courant depuis des années de la situation ! »

« Qu'il soit formé et qu'il soit en lien avec les associations qui s'occupent des femmes victimes de violences. Pour que quand une femme arrive à en parler ils puissent la mettre en sécurité »

« L'écoute, sans jugement ou phrases toutes faites qui ont tendance à faire se refermer davantage et ne plus vouloir en parler (du type : mais vous n'avez rien fait pour provoquer son attitude... phrase que l'on m'a dite) mais aussi des propositions concrètes : association, numéro de téléphone, organisme vers lesquels on peut se tourner car on se sent très seule dans sa recherche d'aide quand on est arrivée à ce stade et c'est souvent très décourageant, ce qui fait qu'on peut rester dans cette situation encore un long moment »

« Signaler à la police quand une femme est victime d'une violence pas attendre qu'elle soit en danger ++ »

« Souvent les consultations reste trop rapide pour oser parler de ça. »

« J'ai parler de violence à un médecin qui ne me suis pas habituellement, elle m'a dit que comme je n'avais pas de traces de coup elle ne pouvais rien faire.. Cela m'a démotivé et je ne me suis pas sentie en confiance pour faire des démarches de séparations.. 5 ans après, aide est la, gendarmerie association... Et j'ai pu avoir l'aide nécessaire pour partir, et sortir de cette engrenage de violence conjugale et reprendre confiance en moi. »

« peuvent il nous dire ce que eux peuvent faire pour nous aider , mise à part l'écoute et les antidépresseurs! »

« Qu'il soit impartial »

« Aide à la protection »

« J'attends que les MG suivent régulièrement les victimes de violences conjugales et prescrivent un suivi psychologique hebdomadaire pour sortir de l'emprise. C'est un processus long où les rechutes sont incessantes. De même, la présence du MG lors des audiences des victimes serait un soin nécessaire pour surmonter les épreuves des auditions, tout comme la présence de l'avocat de la victime. Ce n'est pas le cas actuellement. Pire ! Le coupable, lui, a droit à son avocat. C'est le monde à l'envers. La victime est isolée même au niveau médical et judiciaire, notamment lors de ses démarches, des audiences, des délibérés... Le coupable fait le vide autour de la victime. Cette dernière perd tous ses piliers, tous ses domaines de vie (personnelle, sentimentale, familiale, professionnelle, sociale). Elle est dépersonnalisée, décérébrée, détruite, soumise, contrôlée, manipulée... Il est urgent de déceler ces violences, en utilisant des outils de dépistage simples à l'image du violentomètre. La victime devient l'objet de son bourreau de manière lente, progressive et insidieuse. Les seuils de tolérance de la victime sont peu à peu décalés au point où elle accepte inconsciemment et involontairement de plus en plus de violences à des degrés de plus en plus violents et de plus en plus souvent. Les enfants envoient également des signaux de détresse, somatisent... Ce sont des sentinelles parfois. Le violent ne s'en prend pas toujours directement aux enfants. C'est plus insidieux. Il s'attaque à leur sens des réalités, à leur moralité, à la perception de la femme dans un couple et à la représentation même de la famille. Des enfants en construction, des futurs adultes... Quelle sera la normalité pour eux plus tard ? Quels messages le violent donne-t-il aux enfants ? Que la victime ne mérite pas de soutien en situation d'urgence ? C'est une perversité sans nom. »

« une femme sous l'emprise de son compagnon n'en est souvent pas consciente et est tellement manipulée qu'elle croit que c'est elle qui disfonctionne. Il serait peut-être bien que le médecin généraliste creuse un peu plus et prenne plus de temps avec ces patients lorsque les fatigues, pertes de poids, dépressions persistent et durent plusieurs années. »

« comme tout en chacun, il est difficile de percevoir les problèmes que peuvent traverser les individus, d'autant plus quand toute la famille est liée au même médecin depuis longtemps »

« Un médecin a voulu me faire réagir pour que je quitte mon ami mais cela a été très dur pour moi. J'ai encore plus culpabilisé et je me suis dit une fois de plus que j'avais un problème parce que je n'arrivais pas à le quitter. J'ai l'impression de ne pas être comprise du fait que je ne parte pas. »

« Que certains médecin soit plus à l'écoute et attentif envers ses patients sans juger les personnes, mais plus les orienter »

« Les médecins généralistes ne sont pas au courant des organismes ou associations qui puissent venir en aide aux femmes victimes de violences conjugales »

« Les médecins généralistes doivent se former (Trop de préjugés dans la société et les médecins n'en sont pas des exceptions) »

« Les médecins généralistes passent à côté de beaucoup de choses, ne prennent pas souvent le temps (santé, violences...) avec leurs patient... Ils doivent orienter leurs patients, les guidés et les écoutés »

« Il peut-être compréhensif que vous n'avez pas toujours les moyens d'une écoute parfaite et sereine mais au minimum donner au plus tôt les références et les téléphones des associations compétentes ne serait-ce que pour induire une conversation, une prise de conscience des faits réels, une analyse de la situation qui éviterait peut-être bien des fois à des drames ou des catastrophes familiales, des situations entérinées desquelles il est bien plus difficile de s'extraire sans traumatisme persistant »

« Afin d'être plus attentif aux causes possibles du stress, il est nécessaire de noter toutes les plaintes des patient et lorsque la respiration est vérifiée, il faut écouter pas à travers les vêtements »

« 1. Avoir des coordonnées d'associations proches de notre domicile pour prendre contact avec elles. 2. Proposer à la patiente d'appeler avec elle si la patiente est d'accord »

« Qu'ils devraient être au courant de centre pour violences conjugales, et donner des papiers avec les adresses. Que même les gynécologues soit au courant de centre pour violences conjugales. Car moi c'est la mairie de mon village qui m'a donné le papier quand je suis allé demander pour avoir un logement par la mairie. »

« J'ai besoin d'écoute. J'ai besoin qu'on me croit. Je suis choquée et je pleure beaucoup donc j'ai besoin de temps. »

« Que les médecins abordent le sujet serait une bonne chose. Maintenant le cheminement de la personne victime de violence, peut-être long pour prendre conscience que ce que l'on vit n'est pas normal et il est difficile de s'accepter comme victime et ne pas minimiser les actes. Il sera souhaitable que les médecins soient bien formés sur l'aspect psychologique du problème. Merci pour ce questionnaire ! »

Références

- [1] Garcia Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. La violence exercée par un partenaire intime. WHO/RHR/12.36. Organisation mondiale de la santé, 2012.
- [2] Garcia-Moreno C et al. Étude multi pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2005.
- [3] Kishor S, Johnson K. Profiling domestic violence – a multi-country study. Calverton, MD: ORC Macro, 2004.
- [4] Hindi M, Kishor S, Ansara LD. Intimate partner violence among couples in 10 DHS countries: predictors and health outcomes. DHS Analytical Studies 18. Calverton, MD: Macro International Inc, 2008.
- [5] Bott S., Guedes A., Goodwin M., Mendoza J. Violence against women in Latin America and Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington DC, OPS, 2012.
- [6] García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 50 p.
- [7] Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes>
- [8] Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, Vacher A. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2018. 2019 nov. (La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes). Report No.: 14.
- [9] Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999.
- [10] Bott S, Morrison AR, Ellsberg M. Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: a global review and analysis. Policy research working paper. Washington, DC, World Bank, Poverty Reduction and Economic Management Sector Unit, Gender and Development Group, 2005.
- [11] Nations unies. Mettre fin à la violence à l'égard des femmes : des paroles aux actes. Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes. Rapport du Secrétaire Général. New York, Assemblée générale des Nations unies, 2006.
- [12] Heise L. What works to prevent partner violence? An evidence overview. Working paper (version 2.0). Londres, Department for International Development, 2011.
- [13] OMS | Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/fr/>
- [14] OMS | Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/fr/>
- [15] Gourbail LA. Haute Autorité de santé. 2019;53.
- [16] Dupre, O. Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste : Quelles sont leurs attentes ? Revue de la littérature. 2016.
- [17] Fromental C, Ricaud L. Vécu du médecin généraliste face au dépistage des violences conjugales faites aux femmes en Haute-Garonne: étude qualitative en 2011. 2011.

[18] Haute autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Argumentaire scientifique. 2019 juin.

[19] Violences au sein du couple | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-au-sein-du-couple>

[20] Hirigoyen M-F. Pourquoi il est important d'aider les femmes à refuser la violence psychologique. In : Francequin G. Tu me fais peur quand tu cries ! ERES; 2010.

[21] Article 222-22 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022469961/

[22] Centre Hubertine Auclert. Rapport cyberviolences conjugales – 2018 [internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur : https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/documents/rapport_cyberviolences_conjugales_web.pdf

[23] Katerndahl, David A., Sandra K. Burge, Robert L. Ferrer, Johanna Becho, and Robert Wood. "Complex Dynamics in Intimate Partner Violence: A Time Series Study of 16 Women." Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry 12, no. 4 (2010)

[24] Pence E, Paymar M. Education Groups For Men Who Batter. New York, NY: Springer Publishing Company; 1993).

[25] Dorey, Roger. "La Relation D'emprise." Nouvelle Revue de Psychanalyse 24 (1981): 117–40.

[26] Payet G. 16. Emprise psychologique. Vol. 2e éd., L'Aide-mémoire de psychotraumatologie. Dunod; 2013

[27] Romito P. Les violences conjugales post-séparation et le devenir des femmes et des enfants. La revue internationale de l'éducation familiale. 19 déc 2011;n° 29(1):87-105.

[28] Sinha, M. (2013). La violence entre partenaires intimes. Dans M. Sinha (Ed.), La violence familiale au Canada: un profil statistique 2011 (pp. 42-64). Ottawa: Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.

[29] Code civil – Article 213, 233, du 21 Mars 1804.

[30] Code pénal – Article 324, du 17 Février 1810.

[31] Code pénal – Article 326, du 17 Février 1810.

[32] Herman E. Féminisme, travail social et politique publique Lutter contre les violences conjugales [Thèse]. Paris : EHESS ; 2012.

[33] Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 5 septembre 1990, 90-83.786, Publié au bulletin [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007064540/>

[34] Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes

[35] Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et Sociétés 2001;(364).

[36] Jaspard M. Les violences envers les femmes en France : contexte, résultats et impacts de l'enquête ENVEFF. Féminisme II 2005 Femmes polit. 2006 ;

[37] Les 1er, 2ème et 3ème plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de->

[lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/les-3-premiers-plans-interministeriels-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/](#)

[38] SANT4 - Bulletin Officiel N°2005-4: Annonce N°49 [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-04/a0040049.htm>

[39] Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Secrétariat d'Etat à la solidarité. Deuxième plan global triennal 2008-2010 [Internet]. [cité 26 nov 2020] Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_VL-2pdf460b.pdf

[40] 3e plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 - Info femmes : FNCIDFF - Fédération nationale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles - Le réflexe égalité [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.infofemmes.com/v2/p/Lutte-contre-les-violences/3e-plan-interministeriel-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes-2011-2013/2577>

[41] MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/le-ministere/acteurs-et-partenaires/miprof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences/>

[42] Le 4ème plan interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_22112013.pdf

[43] 5e plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes [Internet] Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur : https://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_22112013.pdf

[44] Grenelle contre les violences conjugales : les mesures annoncées | Vie publique.fr [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/272008-grenelle-contre-les-violences-conjugales-les-mesures-annoncees>

[45] LOI n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce (1). 2004-439 mai 26, 2004.

[46] 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 (1). 2006-399 avr 4, 2006.

[47] LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants (1). 2010-769 juill 9, 2010.

[48] LOI n° 2019-1480 du 28 décembre 2019 visant à agir contre les violences au sein de la famille (1). 2019-1480 déc 28, 2019.

[49] LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1). 2020-936 juill 30, 2020.

[50] Violence conjugale [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>

[51] Les associations de prévention et de lutte contre les violences sexistes et sexuelles | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/associations-de-lutte-contre-les-violences-sexistes-et-sexuelles#les_associations_nationales1

[52] Le Centre Flora Tristan a 40 ans - Fédération Nationale Solidarité Femmes - FNSF [Internet]. [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.solidaritefemmes.org/le-centre-flora-tristan-40-ans>

[53] SOS Femmes Solidarité - Strasbourg - Fédération Nationale Solidarité Femmes - FNSF [Internet]. [cité 9 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.solidaritefemmes.org/historique-strasbourg>

[54] Delage P. Chapitre 1. De l'oppression des femmes aux violences. Academique. 4 avr 2017;19-60.

[55] Fédération Nationale Solidarité Femmes - FNSF [Internet]. [cité 9 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.solidaritefemmes.org/>

[56] Notre histoire - Info femmes : FNCIDFF - Fédération nationale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles - Le réflexe égalité [Internet]. [cité 9 déc 2020]. Disponible sur: http://www.infofemmes.com/v2/p/Nous-connaetre/Notre-histoire/Notre-histoire_25

[57] Info femmes : FNCIDFF - Fédération nationale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles - Le réflexe égalité [Internet]. [cité 9 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.infofemmes.com/v2/accueil.html>

[58] Loi n° 77-5 du 3 janvier 1977 garantissant l'indemnisation de certaines victimes de dommages corporels résultant d'une infraction (1).

[59] Un peu d'histoire - France Victimes [Internet]. [cité 21 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.france-victimes.fr/index.php/categories-inavem/122-federation-inavem/organisation/11-histoire>

[60] Organisation - France Victimes [Internet]. [cité 21 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.france-victimes.fr/index.php/nous-connaetre/2015-06-16-21-30-20/organisation>

[61] Salmona M. Chapitre 7. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales. In : Coutanceau R, Salmona M. Violences conjugales et famille. Dunod; 2016.

[62] Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. Thèse d'exercice : Université de médecine de Clermont Auvergne ; 2017.

[63] Morvant C, Lebas J, Cabanne J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales : repérer et aider les victimes. :17.

[64] Holden GW. Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. Clin Child Fam Psychol Rev 2003;6(3):151-60

[65] Déclic Violence [Internet]. [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/>

[66] Piau Charruau D. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales: à partir d'une enquête auprès de femmes victimes. 2006.

[67] Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires?: quelles réponses peut-on apporter? Nancy; 2016.

[68] Peyrelongue M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Etude AVIC-MG en Aquitaine. 2020.

[69] Jacquot J. AVIC-MG : Attentes des femmes Victimes de violences Conjugales envers leur Médecin Généraliste : Etude quantitative en Alsace. 2020.

[70] Pessiot V. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste : démarches éthiques et administratives préalables à la réalisation d'une étude quantitative multicentrique transversale et étude de faisabilité au sein d'une structure d'accueil de femmes victimes de violences conjugales de Clermont-Ferrand, l'association Victimes Ecoute Conseils 63 (AVEC63). Clermont-Ferrand; 2019.

[71] Recherches impliquant la personne humaine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/>

[72] Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou M-F. 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. Éthique Santé. 1 déc 2015;12(4):244-9.

[73] Gilot H. Les femmes victimes de violences conjugales: qu'attendent-elles de leur médecin généraliste? : une étude qualitative. Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Montpellier ; 2016.

[74] Biglia, Elodie. "Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale: expériences et attentes de femmes victimes." Thèse d'exercice, Université de Nice Sophia Antipolis. Faculté de Médecine, 2012.

[75] Landzberg L. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille [Pour obtenir le grade de Docteur en médecine]. [Faculté de médecine de Marseille]: Aix-Marseille; 2015.

[76] Mørk T, Andersen PT, Taket A. Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 3 juin 2014;14(1):74.

[77] Othman S, Goddard C, Piterman L. Victims' Barriers to Discussing Domestic Violence in Clinical Consultations: A Qualitative Enquiry. *J Interpers Violence*. 8 déc 2013;

[78] Eygun J. Intérêt d'un dépistage systématique aux urgences des violences conjugales [Mémoire de diplôme d'études spécialisés de médecine d'urgence]. [Urgences du Centre Hospitalier de Pau] Collège Santé de l'Université de Bordeaux; 2017.

[79] Detavernier L. Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens. Thèse d'Exercice : Médecine : Université de Lille : 2018.

[80] O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015.

[81] Palisse M et coll. "Violences sexuelles faites aux femmes. Repérage par le médecin généraliste. Une enquête quantitative en région Île de France" Médecine 2015.

[82] Pantaleon M. Le médecin généraliste face aux violences conjugales : représentations et résistances aux changements de pratiques. [Thèse d'exercice]. Nantes; 2013.

[83] 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*. 2001;25(5):433-7.

[84] Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? *Rev Med Suisse*. 2010;6:1444-1447

[85] Prosman G-J et al. Why abused women do not seek professional help : a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2014 ;28(1) :3-11

[86] Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

[87] Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer*. 2010;21(92):75-81.

[88] 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):105-119.

[89] Loeffen MJW, Lo Fo Wong SH, Wester FPJF, Laurant MGH, Lagro-Janssen ALM. Are gynaecological and pregnancy-associated conditions in family practice indicators of intimate partner violence? *Fam Pract*. 2016;33(4):354-9.

[90] Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med*. mai 2000;9(5):451-7.

[91] Auslender V. Les violences faites aux femmes : enquête nationale auprès des étudiants en médecine. Thèse d'exercice de médecine générale. Université Pierre et Marie Curie Paris 6; 2015

[92] Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Paris 6- Pierre et Marie Curie; 2012

[93] Foucard F. Enquête épidémiologique auprès de médecins de premier recours concernant le dépistage des violences conjugales et des violences sexuelles au sein du couple. [Thèse d'exercice]. Tours; 2016

[94] Ledoux A. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque. [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2018.

[95] Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretien semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble, Université Joseph Fourier; 2012.

[96] Barenton V. État des lieux des formations proposées aux internes de Médecine générale de France sur le thème des violences faites aux femmes. Mémoire de médecine générale. Université de Strasbourg; 2018.



Nom, prénom du candidat : Vigné Pierre-Alexandre

CONCLUSIONS

Les violences conjugales sont un enjeu de santé publique qui est international et endémique, n'épargnant aucune classe sociale et touchant principalement la population féminine.

L'étude AVIC-MG réalisée dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche indique que 91% des femmes consultant dans les associations de prise en charge des victimes de violences conjugales aimeraient ou ont aimé que leur médecin généraliste s'empare du sujet des violences conjugales au cours de leur suivi. Il y a une véritable attente des femmes victimes de violences conjugales en faveur du dépistage des violences par le médecin généraliste. Il y a également une attente exprimée par ces femmes en termes d'écoute, d'empathie et de prise en charge envers le médecin généraliste.

Les femmes ont une vraie demande en ce qui concerne l'orientation surtout vers les structures spécialisées dans la prise en charge des victimes de violences conjugales.

L'étude a permis également d'identifier les principaux motifs de consultations des femmes victimes de violences conjugales. Les femmes victimes de violences conjugales consultent leur médecin généraliste davantage que la population générale.

Cette information peut permettre aux médecins généralistes d'évoquer plus spécifiquement la question des violences en cas de consultation pour des motifs fonctionnel aspécifique tel la fatigue, les angoisses, les douleurs ou encore les troubles du sommeil.

Les violences conjugales n'appartiennent guère la sphère familiale et privée, c'est un fait social et une question de santé publique qui doit être saisie par le médecin généraliste et qui reste dans son champ de compétence à savoir, le dépistage, l'accompagnement et l'orientation. Il est ainsi nécessaire de développer davantage de passerelles et d'échanger davantage avec les associations d'aide aux victimes déjà en place pour améliorer le repérage et la bonne prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Le Président de la thèse,
Pr Laurent FANTON

Service de Médecine Légale
Pr L. FANTON - Chef de Service
Unités Médico-Judiciaires
Bâtiment 10 - 1^{er} étage
HOPITAL EDOUARD HERRIOT
5 place d'Arsonval - 69437 LYON CEDEX 03
Tel. 04 27 85 80 28 - Fax 04 27 85 80 25
Mail : eh_umj@chu-lyon.fr

Vu :
Pour le Président de l'Université.
L'Administrateur
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Gilles Rode
Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'impression



Lyon, le **25 NOV. 2021**

VIGNÉ Pierre-Alexandre — Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG en Drôme-Ardèche.

RÉSUMÉ Introduction : Les violences sont largement répandues dans le monde, un tiers des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un conjoint. Les professionnels de santé ont un rôle primordial dans l'accueil et l'accompagnement des victimes selon plusieurs études malgré une réticence du médecin généraliste à pratiquer un dépistage systématique. Cette étude quantitative a donc pour objectif de savoir si les femmes victimes de violences conjugales qui consultent les structures spécialisées dans l'accueil des victimes de violences conjugales aimeraient être questionnées à propos des violences par leur médecin généraliste. L'objectif secondaire étant de connaître les caractéristiques de leur(s) consultation(s) de médecine générale au cours des 12 derniers mois. **Matériels & Méthodes** : Les participantes à l'étude étaient des femmes majeures victimes de violences conjugales consultant dans des structures d'aide aux victimes, écrivant et lisant le français. L'étude fut réalisée du premier Septembre 2020 au 31 Mars 2021. Des auto-questionnaires furent distribués à 4 associations en Drôme et en Ardèche (AMAV07, CIDFF 07, CIDFF 26, REMAID) et furent par la suite proposés en fin d'entretien aux victimes de violences conjugales éligibles. Les questionnaires furent remplis par questionnaire papier ou directement en ligne sur la plateforme Claroline. Les données statistiques furent analysées par Céline Lambert, statisticienne de la DRCI de Clermont-Ferrand et par Roman Bresson, doctorant en intelligence artificielle à l'Université Paris-Saclay. **Résultats** : Parmi les 45 femmes répondantes au questionnaire, 91% ont ou auraient aimé être interrogées sur la question des violences conjugales par leur médecin généraliste et 91% estiment qu'il s'agit du rôle du médecin généraliste que d'interroger la question des violences conjugales. Il y a une attente de prise en charge « bienveillante » mais surtout d'orientation vers les associations de prise en charge des victimes. Parmi les consultations de médecine générale identifiées chez les femmes répondantes, on note une surreprésentation des consultations pour troubles du sommeil (62%), fatigue (58%), angoisse (51%) et douleur (49%). **Conclusion** : Il est nécessaire que les médecins généralistes mettent en place un dépistage systématique des violences à l'instar du recueil des antécédents médicaux ou à défaut qu'ils pratiquent un dépistage orienté devant des motifs de consultation évocateurs.

MOTS CLÉS : Violences conjugales ; Femmes victimes de violences conjugales ; Médecin généraliste ; Dépistage systématique ; Soins primaires ; Accompagnement

JURY

Président : Monsieur le Professeur Laurent Fanton
Membres : Monsieur le Professeur Thierry Farge
Monsieur le Professeur Claude Dussart
Monsieur le Docteur Humbert de Fréminville

DATE DE SOUTENANCE : 18 Janvier 2022

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 23 chemin de la Roche Noire – 07200 Aubenas
