



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 28 octobre 2021 à Poitiers
par Madame Morgane **POULIQUEN**

**Dépistage des femmes victimes de violences conjugales en
médecine générale :**

Attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste en
Charente et Charente-Maritime

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Membres : Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Madame le Docteur Karima EL BOUAJAJI

Directrice de thèse : Madame le Docteur Stéphanie MIGNOT





Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 28 octobre 2021 à Poitiers
par **Madame Morgane POULIQUEN**

**Dépistage des femmes victimes de violences conjugales en
médecine générale :**

Attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste en
Charente et Charente-Maritime

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Membres : Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY
Madame le Docteur Karima EL BOUAJAJI

Directrice de thèse : Madame le Docteur Stéphanie MIGNOT



Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (retraite 01/03/2021)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (en mission 2020/21)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (en cours d'intégration PH)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c nov.2020)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 1 an)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Virginie MIGEOT,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY,

Je vous remercie de m'avoir accompagnée et soutenue en tant que tuteur tout au long de mon internat. Merci de l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Docteur Karima EL BOUAJAJI,

Je te remercie d'accepter de juger mon travail. Merci pour les bons moments passés ensemble.

A ma directrice, **Madame le Professeur Stéphanie MIGNOT,**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger mon travail et de l'intérêt que vous y portez. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements.

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont rendu ce travail possible : Madame le Docteur Mathilde VICARD-OLAGNE à l'initiative de l'étude AVIC-MG, les femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire, tout le personnel des associations d'aide aux victimes ainsi que Mesdames les Déléguées Départementales aux Droits des Femmes et à l'Égalité.

Je remercie toutes les équipes soignantes qui m'ont formée et soutenue en particulier le Dr Guy GALOPIN pour sa bienveillance et pour m'avoir initiée à l'exercice de la médecine rurale, les équipes de Pédiatrie et Gynécologie de la Rochelle, les équipes soignantes du service de médecine polyvalente de Jonzac pour leur bonne humeur et leur soutien, le Dr Marc CHABANNE pour sa confiance et sa sérénité, ainsi que les équipes des Urgences de Poitiers pour leurs enseignements.

A ma famille,

A mes grands-mères qui ont été des exemples de force, d'amour et de courage.

Une pensée particulière pour mon oncle et mes tantes.

A mes parents qui m'ont appris à être combative et m'ont permis d'étudier la médecine pendant toutes ces longues années.

A ma belle-famille pour sa bienveillance et sa constante bonne humeur.

A mes joyaux,

Marlène, Leslie, Amélie, les Aurélie, Lulu, Thomas, Tristan, Paulo, Thibaut, Fauve et Yoan, Delphine, Martine, Marie-Claire et Patrice, Camille et JB, toute l'équipe des couches culotte, l'équipe angoumoisine du 1^{er} semestre et la joyeuse équipe des castors hypnothérapeutes !

Merci pour la folie ! Vous me rendez la vie plus belle.

A Adrien,

Merci de m'aimer comme je suis et de me soutenir comme tu le fais. Je t'aime.

A toutes mes belles rencontres.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	6
TABLE DES MATIÈRES.....	8
INDEX DES ABRÉVIATIONS	10
INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX	11
I- INTRODUCTION.....	12
II- GÉNÉRALITÉS.....	13
1. Epidémiologie.....	13
1.1. Internationale.....	13
1.2. En France.....	14
1.3. En Poitou-Charentes	14
2. Définitions et mécanismes	15
2.1. Définitions	15
2.2. Types de violence.....	15
2.3. Cycle de la violence.....	17
2.4. Mécanismes d'emprise	18
3. Facteurs de risques et conséquences	19
3.1. Facteurs de risques	19
3.2. Conséquences sur la santé des femmes.....	21
3.3. Conséquences sur la santé des enfants.....	22
3.4. Coûts en santé publique	23
4. Évolution législative et politique	23
4.1. Évolution des lois concernant les violences dans le couple	23
4.2. Plans de lutte gouvernementaux.....	25
4.3. Dispositifs d'alerte et de lutte	26
5. Dépistage des violences conjugales	27
5.1. Recommandations et outils de dépistage.....	27
5.2. Freins au dépistage	28
5.3. Rôle du médecin généraliste et attentes des femmes.....	28
III- MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	30
1. Type d'étude.....	30
2. Population de l'étude.....	30
3. Associations participantes.....	30
4. Hypothèses et objectifs de l'étude	31
5. Questionnaire	31
6. Protocole	32
7. Analyse statistique.....	32
8. Éthique	33
IV- RÉSULTATS.....	34
1. Associations	34
2. Caractéristiques de la population étudiée	35
2.1. Âge des femmes.....	35
2.2. Nombre d'enfant(s) par femme	35
2.3. Type(s) de violences subies	36

3.	Orientation des femmes vers les associations d'aide.....	37
4.	Résultats de l'objectif principal : les attentes envers le médecin généraliste ...	38
4.1.	Souhaits des femmes	38
4.2.	Rôle du médecin généraliste	39
5.	Résultats de l'objectif secondaire : caractéristiques des consultations	41
5.1.	Nombre de consultations pour elles-mêmes.....	41
5.2.	Nombre de consultations pour leur(s) enfant(s)	41
5.3.	Motifs de consultation	42
5.4.	Abord des violences conjugales en consultation	43
5.6.	Influence du suivi du couple par le médecin généraliste.....	44
5.7.	Influence du genre du médecin	46
V-	DISCUSSION	47
1.	Forces et limites.....	47
1.1.	Forces	47
1.2.	Limites et biais	48
2.	Caractéristiques de la population étudiée	49
3.	Attentes des femmes concernant le dépistage des VC par le MG	50
4.	Autres attentes des femmes victimes de VC envers leur MG	52
4.1.	Attitude du médecin	52
4.2.	Formation du médecin.....	52
4.3.	Orientation spécialisée	53
4.4.	Rédaction d'un certificat médical et levée du secret médical	53
5.	Repérage des femmes victimes de VC.....	54
6.	Barrières à la divulgation des VC.....	55
7.	Perspectives.....	57
7.1.	Étude AVIC-MG.....	57
7.2.	Formation des médecins.....	57
7.3.	Coordination et prévention.....	58
VI-	CONCLUSION	60
	BIBLIOGRAPHIE	61
	ANNEXES	69
	RÉSUMÉ	87
	SERMENT D'HIPPOCRATE	88

INDEX DES ABRÉVIATIONS

AVIC MG : Attentes des femmes Victimes de violences Conjugales envers leur Médecin Généraliste

DES : Diplôme d'Études Supérieures

DMG : Département de Médecine Générale

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Faites aux Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin Généraliste

MIPROF : Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

TGD : Téléphone Grave Danger

VC : Violences Conjugales

WAST : Woman Abuse Screening Tool

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

Figure 1: Le cycle de la violence conjugale selon L.Walker	17
Figure 2: Diagramme des flux.....	34
Figure 3: Répartition des femmes selon leur catégorie d'âge (n=98).....	35
Figure 4: Nombre d'enfant(s) par femme (n=98)	35
Figure 5: Type(s) de violences subies.....	36
Figure 6: Orientation des femmes victimes de VC vers les associations d'aide (n=98).....	37
Figure 7: Souhaits des femmes d'être interrogées par le médecin généraliste (n=96)	38
Figure 8: Avis des femmes concernant le dépistage du médecin généraliste (n=98)	39
Figure 9: Nombre de consultations des femmes chez le MG au cours des 12 derniers mois (n=96)	41
Figure 10: Nombre de consultations des femmes pour leur(s) enfant(s) au cours des 12 derniers mois (n=71)	41
Figure 11: Motifs de consultation en médecine générale des femmes victimes au cours des 12 derniers mois	42
Figure 12: Abord des violences conjugales avec le médecin généraliste (n=91)	43
Figure 13: Lien entre le médecin généraliste de la victime et celui de leur (ex)-conjoint (n=96)	44
Figure 14: Conditions de consultations des femmes victimes vis-à-vis de leur (ex)-conjoint (n=44)	44

TABLEAUX

Tableau 1: Analyse en sous-groupe de l'abord des VC en fonction du suivi du couple (n=91)	45
Tableau 2: Analyse en sous-groupe de la part des femmes ayant parlé des VC au MG selon si elles le consultent seule ou avec leur (ex)-conjoint (n=44).....	46

I- INTRODUCTION

« Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), au niveau mondial, près du tiers (27%) des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont eu des relations de couple indiquent avoir subi, au cours de leur vie, une forme ou une autre de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire. » (1)

Les violences au sein du couple entraînent de graves conséquences sur la santé physique et mentale des femmes et de leurs enfants (1–7). Elles ont également des coûts économiques et sociaux élevés pour la société (1,8,9). Elles constituent un problème de santé publique mondial qui nécessite une action urgente (1).

Le médecin, et en particulier le médecin généraliste (MG), se trouve être souvent le premier interlocuteur des femmes victimes de violences conjugales (VC), avant la police, la justice et les intervenants sociaux (10,11). Cela fait de lui un acteur principal dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales (11).

Les violences conjugales sont pourtant peu dépistées par les MG. Pour beaucoup d'entre eux, le sujet reste tabou et ils déplorent un manque de temps et de formation (5,12,13).

Dans de nombreuses études qualitatives, les femmes déclaraient avoir d'importantes difficultés à s'exprimer au sujet des VC auprès de leur MG, principalement à cause du sentiment de honte et/ou la peur des représailles (14–17). Il était important pour elles que le MG pose la question des violences subies (13–15,17). Elles souhaitaient également que le médecin soit à leur écoute, empathique, et les prenne en charge de manière responsabilisante (12,14–17).

L'étude nationale « Attentes des femmes Victimes de violences Conjugales envers leur Médecin Généraliste » (AVIC-MG) est née d'une volonté d'évaluer quantitativement les attentes de ces femmes. Notre travail présente l'étude AVIC-MG réalisée pour les départements de Charente et Charente-Maritime.

Pour cela, nous avons cherché à savoir si les femmes victimes de VC consultant dans les associations d'aide aux victimes souhaitaient être questionnées sur les VC par leur MG. Nous cherchions également à décrire la population des femmes (âge, nombre d'enfant(s), type(s) de violences subies) qui consultaient dans ces associations, et le(s) motif(s) de leur(s) consultation(s) en médecine générale au cours des 12 derniers mois.

II- GÉNÉRALITÉS

1. Epidémiologie

1.1. Internationale

L'émergence de la question de la violence faite aux femmes dans le débat politique s'est faite tardivement entre 1970 et 2000. Elle est étroitement liée à la reconnaissance progressive du principe d'égalité hommes-femmes, né en 1945 avec la création des Nations Unies (18).

On peut citer trois événements internationaux témoignant de la prise de conscience sur le plan international de la violence faite aux femmes: la Convention internationale pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en 1979 (19); la Commission des droits de l'homme de l'Organisation des Nations unies (ONU) qui condamne tous les actes de violences et violation des droits de la personne en mars 1993 (19) et la Conférence mondiale des femmes de Pékin organisée par l'ONU en 1995 (19), où 40 000 femmes venues des cinq continents représentaient des organisations non gouvernementales (ONG). Cette dernière donne pour objectifs aux nations de mesurer et rendre visible l'ampleur du phénomène.

La première enquête internationale intitulée : « Rapport mondial sur la violence et la santé » est publiée en 2002 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle rapporte que lors de 48 enquêtes faites dans la population à travers le monde, entre 10 et 69% des femmes ont dit avoir fait l'objet de violences physiques de la part de leurs partenaires masculins à un moment ou un autre de leur vie (20).

En 2013, un autre rapport de l'OMS révèle que 30% de toutes les femmes ayant eu une relation de couple ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leurs partenaires intimes ; et pas moins de 38% du total des meurtres de femmes sont commis par des partenaires intimes (1).

La violence domestique est, d'après une étude commandée par l'OMS et la Banque Mondiale, la cause principale de la mort ou de l'atteinte à la santé des femmes entre 16 et 44 ans, plus importante que le cancer, la malaria ou encore les accidents de la route (21).

1.2. En France

La première enquête nationale de grande ampleur en France est l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), réalisée en 2000 et publiée en 2011. Elle a été réalisée par téléphone, auprès de 6970 femmes âgées entre 20 et 59 ans, résidant en métropole. Elle a établi que dans les 12 derniers mois qui ont précédé l'enquête, 10% des femmes avaient subi des violences exercées par leurs compagnons (4).

Depuis 2013, la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) publie les principales données statistiques annuelles disponibles en France sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles. Elle coopère pour cela avec les services statistiques des ministères, les instituts de recherche et les associations. Selon ces données, en 2019 : 213 000 femmes déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur ancien ou actuel conjoint. Une femme victime sur cinq déclare avoir déposé plainte en gendarmerie ou en commissariat de police suite à ces violences. Cent quarante-six femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire intime. Parmi ces femmes, 41% étaient victimes de violences antérieures de la part de leur compagnon. En moyenne, une femme meurt tous les trois jours des suites de violence au sein du couple. Ces chiffres sont des moyennes obtenues à partir des résultats d'enquête entre 2012 et 2019 et concernent les femmes âgées de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en métropole (22).

1.3. En Poitou-Charentes

En Charente-Maritime, la dernière commission départementale « Violences sexistes, sexuelles et conjugales » du 26 novembre 2020, fait état de 451 victimes de violences commises par leur partenaire enregistrées en zone de police et 683 en zone de gendarmerie, en 2020. Ces faits ont connu une hausse très importante de 105% pendant le 1^{er} confinement lié à la crise sanitaire (entre le 18 mars et le 24 mai 2020) par rapport à l'année précédente (23). Trente ordonnances de protection ont été délivrées (24). Enfin, 4 féminicides ont eu lieu dans le département en 2020 contre 1 en 2019 et 2 en 2018 (23).

En Charente, en 2019, 317 femmes ont été victimes de violences conjugales constatées par la police et 473 constatées par la gendarmerie. Quatre ordonnances de protection ont été délivrées et il y a eu un féminicide (24).

2. Définitions et mécanismes

2.1. Définitions

Il est important de distinguer violences conjugales et conflits conjugaux. Le conflit conjugal oppose deux personnes qui se trouvent sur un plan d'égalité, et expriment chacune des opinions divergentes. Alors que les violences conjugales sont déclenchées par l'un des partenaires intimes sous n'importe quel prétexte, afin de réaffirmer un rapport hiérarchique de domination (25).

D'après le ministère de la Justice française, la violence conjugale peut se définir ainsi :

« La violence au sein d'un couple se définit comme un processus inscrit dans le temps au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple actuelle ou passée (mariage, concubinage, PACS), un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs. » (26).

2.2. Types de violence

On distingue plusieurs types de violence de manière isolées ou associées :

-La violence physique : c'est la violence la plus décelable. Cela commence par des agressions physiques comme des bousculades, des coups de poing, des coups de pied puis la violence s'aggrave pouvant aller jusqu'à l'homicide (27).

-La violence sexuelle : il s'agit de la violence la plus taboue. La victime subit des actes et/ou des comportements et/ou des propos à caractère sexuel auxquels elle ne consent pas. L'auteur peut par exemple, commettre des viols, forcer sa partenaire à se prostituer ou lui interdire d'utiliser une méthode contraceptive (27).

-La violence psychologique : c'est le type de VC le plus fréquent. Elle peut se traduire par de la manipulation et/ou de l'intimidation. La victime est dévalorisée, insultée, humiliée. C'est la violence des mots mais parfois aussi l'indifférence. La victime perd peu à peu confiance en elle et la peur est omniprésente (27).

-La violence sociale : l'auteur coupe peu à peu tous les liens sociaux de sa partenaire : famille, amis, collègues, créant ainsi une dépendance de la victime envers le conjoint violent (27).

-La violence économique : l'auteur prend complètement le contrôle de la gestion financière, privant la victime de ce dont elle pourrait avoir besoin sur le plan matériel. Il peut également épuiser totalement les ressources de la victime l'assujettissant financièrement (27).

-La violence administrative : les documents personnels de la victime lui sont confisqués la limitant dans l'accès aux soins, à l'emploi et dans ses tentatives d'échappement au conjoint violent (27).

Avec les outils numériques, les violences conjugales prennent une nouvelle forme venant renforcer les autres types de violences : les cyberviolences.

Lors d'une étude qui s'est déroulée en Île-de-France pendant les années 2017 et 2018, neuf femmes interrogées sur dix déclarent avoir été victime de cyberviolence conjugale (28).

Elle se décline sous différents aspects :

-Le cyber-contrôle : l'agresseur exige de la victime qu'elle reste joignable ou qu'elle envoie une photo pour montrer où et avec qui elle est. Dans d'autres cas les appareils numériques peuvent être confisqués (28).

-Le cyberharcèlement : insultes ou menaces par sms ou via les réseaux sociaux (28).

-La cybersurveillance : surveillance via un logiciel espion ou imposée en obtenant par la force les codes de tous les comptes de la victime sur les réseaux sociaux et sites internet (28).

-Les cyberviolences administratives : changement de mots de passe, utilisation d'informations privées dans l'intention de nuire (28).

-Les cyberviolences sexuelles : menace de diffusion sur Internet de contenus intimes ; rapports sexuels filmés sans consentement avec menace de diffusion en ligne (28).

2.3. Cycle de la violence

La violence conjugale est caractérisée par des périodes différentes, plus ou moins longues, formant un cycle qui se répète lui-même plusieurs fois et s'accélère avec le temps.

Ce cycle est inspiré des observations faites par la psychologue Léonore Walker dans son livre « The Battered Woman » en 1979. Elle y décrivait 4 phases : une phase de tension, une phase d'explosion de la violence, une phase de remords avec des justifications de la part de l'auteur, puis une phase d'apaisement avant le début d'un nouveau cycle. (29)

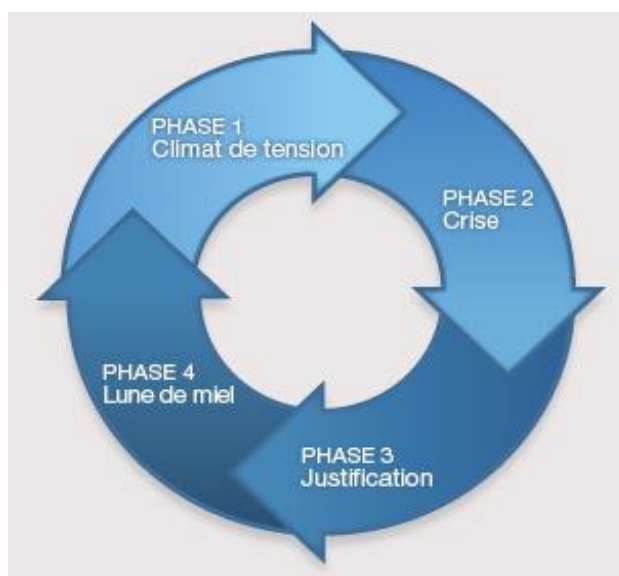


Figure 1: Le cycle de la violence conjugale selon L.Walker

-Phase 1 : climat de tension

Le conjoint violent se montre colérique, intimidant, insultant voire menaçant. Dans cette phase la victime s'inquiète, a peur et fait le maximum pour baisser la tension palpable. Elle ressent beaucoup d'anxiété (27).

-Phase 2 : Crise ou agression

Le conjoint violent devient auteur de violences sous toutes ses formes associées ou isolées. La victime ressent alors un sentiment de honte et de colère (27).

-Phase 3 : Justification

L'auteur des violences trouve des justifications à ses agissements. Il rejette la faute sur des éléments extérieurs et souvent la victime. La conjointe culpabilise alors, se remet en question, se sent responsable. Le doute s'installe en elle ; la honte et la colère s'effacent peu à peu (27).

-Phase 4 : Lune de miel ou réconciliation

Le conjoint violent fait tout pour se faire pardonner promettant de demander de l'aide. Il parle de thérapie et de suicide. Ceci suscite de l'espoir chez la victime ; elle accepte de lui redonner une chance (27).

2.4. Mécanismes d'emprise

Les mécanismes d'emprise ne sont pas propres à la victime mais les conséquences normales face aux violences subies. Plusieurs phénomènes sont en jeu. D'une part, la victime a souvent déjà été formatée dans l'enfance en grandissant dans des milieux familiaux violents auxquels elle a dû s'adapter (30). D'autre part, subir des violences dès l'enfance est un facteur de risque majeur pour en subir tout au long de sa vie (31). L'auteur de VC tire profit des traumatismes accumulés dans l'enfance qui ont empêché la victime de se construire en se considérant et s'estimant. Il bénéficie également d'une complicité passive et latente de notre société qui est encore dans le déni face aux violences faites aux femmes et aux filles (30).

Pour venir en aide aux victimes, il est important de reconnaître la réalité des violences subies, évaluer les stratégies des agresseurs, et comprendre les mécanismes neurobiologiques en jeu en psycho-traumatologie (30).

Deux mécanismes neurobiologiques sont importants à connaître : la dissociation traumatique et la mémoire traumatique. Ces derniers naissent d'un mécanisme de survie neurobiologique, qui fait disjoncter les circuits de l'émotion et de la mémoire, en réponse au stress induit par les VC (30).

La dissociation traumatique se traduit par une anesthésie émotionnelle et physique, un sentiment de dépersonnalisation et une perte des repères spatio-temporaux. Ce phénomène devient chronique tant que la victime est au contact de son conjoint violent. Elle est alors déconnectée de ses propres émotions et se sent spectatrice. Cet état d'anesthésie l'empêche de se projeter dans un autre espace spatio-temporel. C'est ainsi que la victime se retrouve sous l'emprise du conjoint violent (30).

La mémoire traumatique est une mémoire émotionnelle restée bloquée dans l'amygdale cérébrale, non intégrée en mémoire autobiographique par l'hippocampe. Les souvenirs ne peuvent donc être ni triés ni analysés. Dès qu'elle n'est pas avec son conjoint, la victime revit les situations sous forme de flash-back. Elle revit tous les événements violents avec la même intensité sans pouvoir cette fois s'en dissocier. Les phrases de l'auteur se répètent dans la tête de la victime, créant un discours intérieur qu'elle pense être sien, qui l'attaque et l'humilie. Elle ne peut alors à aucun moment organiser sa défense et sa fuite. Lorsque la victime sort de l'emprise, elle n'est plus dissociée et la mémoire traumatique se réactive et la culpabilise. La victime retourne donc auprès de son agresseur. Ces mécanismes expliquent alors les nombreux allers et retours l'empêchant de quitter son conjoint et créant l'incompréhension de l'entourage et des professionnels médico-sociaux (30).

3. Facteurs de risques et conséquences

3.1. Facteurs de risques

Les VC sont le résultat de plusieurs facteurs opérant à quatre niveaux : individuel, relationnel, communautaire et sociétal (32).

3.1.1. Facteurs individuels

Selon les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS), à l'échelle individuelle, on retrouve des facteurs de risque communs chez la femme victime et l'homme agresseur :

- le jeune âge
- un faible niveau d'instruction
- les antécédents d'exposition à la violence pendant l'enfance
- les problèmes de santé mentale tels que les troubles de la personnalité
- les addictions à l'alcool et aux drogues (31).

Chez la femme, la grossesse apparaît comme un véritable facteur de risque de violence. Les femmes enceintes ont un risque 2 fois plus élevé d'être victime de violences que les autres femmes. Les violences conjugales en période de grossesse concerneraient 4 à 8% des grossesses dans tous les pays industrialisés (5).

3.1.2 Facteurs relationnels

Les contextes prédisposant à la violence conjugale sont :

- la séparation conflictuelle
- la domination masculine dans la famille
- la précarité
- un écart de niveaux d'instruction, où celui de la femme est supérieur à l'homme
- la différence d'âge importante dans le couple
- le déracinement géographique responsable d'isolement sociétal (31).

3.1.3. Facteurs communautaire et sociétal

De nombreuses études ont mis en évidence l'existence et l'importance des facteurs suivants :

- Sur le plan social** : les normes inégalitaires entre les deux sexes, la pauvreté, la faible considération économique et sociale des femmes (32).
- Sur le plan judiciaire** : les faibles sanctions juridiques contre les auteurs de violences(32).
- Sur le plan politique** : la large acceptation sociale de la violence comme moyen de résoudre les conflits, les conflits armés et niveaux élevés de violence en général dans la société (32).

3.2. Conséquences sur la santé des femmes

Les VC créent des conséquences sur la santé des victimes à long terme. Les troubles médicaux sont de trois ordres : traumatique, psychologique et gynécologique.

3.2.1. Lésions traumatiques

Il s'agit de contusions, plaies, brûlures et fractures, retrouvées le plus souvent au niveau des parties saillantes et/ou des extrémités. Certaines lésions traumatiques graves entraînent le décès lorsqu'il ne s'agit pas d'homicide. A l'institut médico-légal de Paris, sur 652 homicides de femmes constatés en 10 ans, 51% des meurtres étaient perpétrés par leur mari ou partenaire (2).

3.2.2. Troubles psychologiques et psychiatriques

Une étude réalisée en 1999 par l'Institut de l'Humanaire montre que : tension, peur, anxiété, troubles psychosomatiques, troubles du sommeil et de l'appétit, dépression, syndrome post-traumatique sont retrouvés chez la moitié des victimes et près de 4 fois plus souvent que chez les femmes non-victimes de VC (3) .

Selon l'ENVEFF, 5% des femmes victimes de violences conjugales ont fait une tentative de suicide contre 0,2% chez les femmes n'ayant pas subi de violences (4).

Ces femmes ont également une augmentation du risque de dépendance/ abus à l'alcool ou autres substances psychoactives (6). On estime qu'un tiers des femmes victimes de VC ont consommé de façon régulière des psychotropes, antidépresseurs ou hypnotiques (33).

3.2.3. Problèmes gynécologiques

Ils seraient trois fois plus importants chez les femmes victimes de VC que dans la population générale : vaginites, douleurs pelviennes chroniques, infections urinaires

et perte de libido. Les violences sexuelles de leur partenaire les exposent plus aux infections sexuellement transmissibles et aux grossesses non désirées. Leurs grossesses sont souvent plus pathologiques : hémorragies, ruptures utérines, décollements placentaires, fausses couches et menaces d'accouchement prématuré (5).

3.3. Conséquences sur la santé des enfants

Les conséquences sur les enfants témoins de violences conjugales commencent dès la naissance avec le risque d'accouchement prématuré et de faible poids de naissance engendré par la violence (5).

L'ENVEFF nous rapporte que deux tiers des enfants sont témoins de scènes de violences conjugales (4). Comme chez leurs mères, les conséquences peuvent être traumatiques mais essentiellement psychologiques (27).

3.3.1. Lésions traumatiques

Ils peuvent être victimes de coups directs ou indirects qui peuvent leur être portés et donc avoir des lésions traumatiques. Dans le rapport Henrion datant de 2001, on déplore que dans 10% des cas recensés, les violences s'exercent aussi sur les enfants (11) et que : « le risque pour les enfants de mères violentées d'être eux-mêmes maltraités serait 6 à 15 fois plus élevé » (7). En 2019 en France, 25 enfants mineurs sont décédés sur fond de violence conjugale (22).

3.3.2. Troubles psychologiques et comportementaux

On retrouve des troubles du comportement et de la conduite, des troubles somatiques (sphinctériens, retard staturo-pondéral, trouble de l'audition, du langage), et des troubles psychologiques (perturbation du sommeil, troubles alimentaires, anxiété, dépression, stress post-traumatique, idéation suicidaire, abus d'alcool ou de drogues) (5).

À l'âge adulte, il peut y avoir des difficultés d'adaptation sociale et des états dépressifs. Il existe un risque de reproduction de la violence dans l'enfance comme dans la future vie d'adulte (5).

3.4. Coûts en santé publique

Le coût des violences au sein du couple en France a été étudié seulement trois fois. Une première fois en 2006 pour la France seule, et une deuxième pour plusieurs pays européens (dont la France) dans le programme Daphné II en 2009. La troisième étude a été mise en œuvre en 2014 dans le cadre du quatrième Plan interministériel français (2014-2016) de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (8). Le coût estimé des VC en 2014 pour l'année 2012 pour la France est de 3,6 milliards d'euros (9). Les coûts directs médicaux ou non, contribuent à seulement 21,4 % des dépenses. Autrement dit, les dépenses liées à la consommation de soins, l'accueil et l'accompagnement des victimes sur le plan social et judiciaire sont un moindre coût face aux coûts indirects comme : les incapacités, les maladies et la mortalité qu'elles provoquent. On estime que sept dixième des coûts des VC sont des coûts indirects. Et ce même coût est supporté à plus de 84% par les femmes (8).

4. Évolution législative et politique

4.1. Évolution des lois concernant les violences dans le couple

La préservation des traditions, de l'unité du mariage et de l'institution de la famille a longtemps prévalu sur la protection individuelle notamment sur celle de l'épouse. Cette dernière était considérée comme une personne incapable au sens juridique et placée sous tutelle de son mari. En effet, le Code civil Napoléon de 1804 précise : « le mari doit protection à sa femme, la femme doit obéissance à son mari ». La situation a commencé à évoluer dans les années 1970 notamment avec la légalisation de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse, la dépénalisation de l'adultère, l'intégration du concubinage dans la loi et la suppression de la notion de « chef de famille » dans la loi de 1973 (34).

En 1992, il y a d'une part la reconnaissance jurisprudentielle du viol entre époux et d'autre part la loi du 22 juillet (n°92-684) qui prévoit des circonstances aggravantes pour les violences commises par le conjoint (34).

Entre 2004 et 2006, les circonstances aggravantes s'étendent à tous les partenaires intimes et les moyens de lutte contre les VC se diversifient avec trois lois majeures :

- **La loi du 26 mai 2004** relative au divorce met en place la mesure d'éviction du conjoint violent du domicile conjugal (35).
- **La loi du 12 décembre 2005** sur la prévention de la récidive permet l'éloignement de l'auteur de VC du domicile à tous les stades de la procédure juridique ainsi que sa prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique (35).
- **La loi du 4 avril 2006** généralise la circonstance aggravante à la qualité de conjoint ou partenaire de la victime. Elle complète et précise les dispositions de la loi du 12 décembre 2005 sur la mesure d'éloignement du domicile du conjoint violent (36).

Entre 2010 et 2014, il y a un renforcement de l'efficacité de la protection notamment avec **la loi du 9 juillet 2010** qui donne les moyens de prévenir les violences avec l'ordonnance de protection et définit les violences psychiques. **La loi du 4 août 2014** permet de renforcer la protection des femmes victimes et de leurs enfants en fixant en outre le cadre juridique du déploiement du Téléphone d'alerte Grave Danger (TGD) pour les femmes victimes de VC ou de viol. Cette loi améliore également le dispositif d'ordonnance de protection, crée un stage de responsabilisation des auteurs de VC et de violences sexistes, et fixe l'obligation d'intégrer dans la formation initiale et continue des professionnels en lien avec des femmes victimes de VC (35).

La loi du 27 février 2017 prévoit un allongement des délais de prescription à 6 ans pour les violences commises par le conjoint et **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. Ainsi les mesures d'urgence peuvent être appliquées avant que la victime ne porte plainte. Cette loi prévoit aussi une aide financière pour reloger la victime, élargit le port du bracelet électronique antirapprochement et les conditions d'attribution du TGD (36).

Suite aux travaux du Grenelle de 2019, **la loi du 30 juillet 2020** prévoit : la suspension du droit de visite et d'hébergement de l'enfant mineur dont dispose le conjoint violent , l'inscription automatique au fichier judiciaire des auteurs d'infractions les plus graves , la décharge de l'obligation alimentaire pour les ascendants, descendants, frères et sœurs d'une personne condamnée pour VC, ainsi que la levée du secret médical en cas de péril imminent (36).

4.2. Plans de lutte gouvernementaux

En parallèle de l'évolution législative, cinq plans interministériels de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes ont été élaborés entre 2005 et 2019 :

-Le 1^{er} plan de lutte (2005-2007) prévoit dix mesures pour l'autonomie des femmes dont un dispositif d'accueil et d'hébergement adapté aux besoins dans chaque département, et le renforcement de la sécurité des victimes à leur domicile en corollaire avec la mesure d'éviction du conjoint violent prévue par la loi du 12 décembre 2005 (37).

-Le 2^{ème} plan de lutte (2008-2010) a douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes dont améliorer la connaissance statistique de ces violences ; prendre en charge les hommes auteurs de VC et créer une plateforme au niveau local réunissant les partenaires institutionnels et associatifs (37).

-Le 3^{ème} plan de lutte (2011-2013) décrète la lutte contre les violences faites aux femmes « grande cause nationale » et est marqué par l'importance du décret du 3 janvier 2013 instituant une MIPROF. Elle a pour objectif d'analyser et diffuser les informations sur les violences faites aux femmes ; évaluer les dispositifs de lutte et élaborer des plans de sensibilisation et formation des professionnels (37).

-Le 4^{ème} plan de lutte (2014-2016) a trois axes prioritaires : répondre aux violences déclarées, protéger efficacement les victimes et mobiliser l'ensemble de la société. Il permet notamment la création d'une plateforme téléphonique d'écoute et d'orientation : le 3919 et d'un site internet dédié : www.stop-violences-femmes.gouv.fr; le doublement du nombre d'intervenants sociaux en commissariats et brigades de gendarmerie ; la garantie de l'accès à un hébergement d'urgence et la mise en œuvre d'un pilotage départemental de l'ensemble des réponses. En

parallèle avec la loi du 4 août 2014, il y a un renforcement de l'ordonnance de protection, la généralisation du TGD et le développement de stages de responsabilisation des auteurs de VC (37).

-Le 5^{ème} plan de lutte (2017-2019) a pour but de renforcer les mesures prévues par le plan précédent. Il prévoit une consolidation du 3919, de la formation des intervenants sociaux et professionnels de santé et un renforcement des lieux d'écoute, d'hébergements et dispositifs de protection dans l'urgence. Il prévoit également une sensibilisation au cyber-sexisme et aux droits des victimes face à cela. Sont prévues une création de lieux de permanences d'écoute dans les territoires ruraux ainsi qu'une prise en charge des transports avec l'expérimentation des « bons taxis » pour améliorer la mobilité dans ces territoires (38).

4.3. Dispositifs d'alerte et de lutte

La MIPROF a confirmé en juillet 2020 la forte hausse des VC faites aux femmes pendant les périodes de confinements sanitaires. En effet, les appels pour VC ont triplé par rapport à 2019 entre le 16 mars et le 10 mai 2020 et le nombre de tentatives de meurtre a augmenté même si le nombre de féminicides a reculé (36).

Le gouvernement a alors pris des mesures de renforcement des dispositifs d'alerte et de lutte contre les VC, existants et en a créé des nouveaux. Aux numéros d'aide aux victimes national (3919) et européen (116 006) s'est ajouté le 6 avril 2020, « Ne frappez pas » au 08 019 01911, destiné aux auteurs des violences (39).

Le numéro de SMS 114 initialement dédié aux victimes sourdes et malentendantes a été étendu aux femmes victimes de VC, qui n'étaient pas en mesure de téléphoner (40).

La plateforme arrêtonslesviolences.gouv.fr, destinée aux victimes et témoins de violences sexistes et sexuelles a été renforcée et est active 24h/24 et 7j/7 (40).

Un dispositif d'alerte en pharmacie est né d'une décision gouvernementale à partir du 31 mars 2020. Il permet de mettre le pharmacien au cœur de la lutte contre les violences au même titre que les autres professionnels de santé de premier recours. Son apport avait été évoqué une première fois, lors du lancement du cinquième plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes, le 23 novembre 2016. Ce dispositif permet une prise en charge des victimes rapide et efficace avec une possibilité de dépôt de plainte, de début d'enquête judiciaire et

recherche de mise à l'abri des victimes. Les victimes peuvent se signaler auprès de leur pharmacien en prononçant le code « masque 19 ». Enfin, durant cette période sont nés d'un partenariat entre les associations locales, les services de l'État et un gestionnaire d'hypermarchés des « points d'accompagnement éphémères », dans les centres commerciaux essentiellement des régions parisiennes (41).

5. Dépistage des violences conjugales

5.1. Recommandations et outils de dépistage

Dès 2001, le dépistage systématique des VC par les professionnels de santé constitue l'une des dix actions prioritaires du rapport Henrion. Sont préconisés pour cela : la mise à disposition de fiches techniques simples, la formation de réseaux permettant la coordination entre les différents médecins et travailleurs sociaux et l'établissement de protocoles de repérage dans les hôpitaux (11).

La HAS publie sa première recommandation médicale concernant le repérage des femmes victimes de violence au sein du couple en juin 2019. Le dépistage systématique des professionnels de santé par questions ouvertes fait partie de ces recommandations de bonnes pratiques. Ces dernières ont été émises sous forme de fiches réflexes concernant l'accueil, l'écoute, le dépistage, la rédaction du certificat médical initial et du signalement (42).

En parallèle, la MIPROF a mis à disposition des professionnels de santé des outils de formation sur les VC faites aux femmes sous forme de kits pédagogiques et de courts-métrages disponibles sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr (43). Le kit ANNA en est un exemple (Annexe 1).

Concernant les outils de dépistage, aux Etats-Unis, l'American Medical Association encourage le dépistage systématique depuis 1992 (44). Ils possèdent par ailleurs, avec le Canada, une dizaine d'outils afin de faciliter ce dépistage, essentiellement en milieu hospitalier. Pour l'exercice de la médecine générale, le Woman Abuse Screening Tool (WAST), le score Hurt, Insulted, Threatened, Screamed (HITS) ou le score Slapped, Things, and Threaten (STAT), sont principalement utilisés (45).

Le WAST est le seul à la fois validé en langue française et utilisable en milieu ambulatoire (Annexe 2). Une étude de validation de la version française du WAST a été menée en 2018, et conclut à la validité et à la rapidité de cet outil à destination de tous les professionnels de santé (46).

5.2. Freins au dépistage

En pratique, les médecins dépistent peu les femmes victimes de violences conjugales.

Dans une étude quantitative australienne datant de 2001, un tiers des femmes interrogées ont parlé de VC en consultation avec leur médecin, et 88% d'entre elles n'a jamais été interrogée par le médecin (12).

Une étude française auprès des médecins généralistes en Île-de-France en 2000 rapportait que 59.6% d'entre eux avaient reçu des femmes victimes de VC au cours des 12 derniers mois et que seulement 7.7% effectuaient un dépistage actif (5).

Dans une autre étude effectuée en Île-de-France entre 2012 et 2013, les médecins de cette enquête repéraient peu en pratique : 2,8 femmes par médecin et essentiellement les violences physiques et psychologiques. La moitié d'entre eux était contre le dépistage systématique. Les principaux freins retrouvés étaient le caractère tabou du sujet, le manque de temps et de disponibilité. Les médecins soulignaient aussi le manque de formation et l'absence ou la méconnaissance du réseau d'aides aux victimes (47).

Selon une revue de littérature américaine datant de 2012, les principales barrières au dépistage pour le médecin étaient le malaise provoqué par le sujet chez le médecin, le manque de formation, et le manque de temps (13).

5.3. Rôle du médecin généraliste et attentes des femmes

Selon l'ENVEFF, le médecin est le premier interlocuteur de femmes victimes de violences physiques. 24% de ces femmes se sont confiées en premier lieu à un médecin, avant la police, la gendarmerie, la justice et les intervenants sociaux (10). D'après le rapport Henrion de 2001, il s'agit essentiellement des médecins généralistes libéraux, urgentistes et gynéco-obstétriciens (11).

Les femmes victimes de VC consultent leur médecin généraliste et le consultent même jusqu'à deux fois plus souvent que les femmes non-victimes, selon une étude hollandaise (48) . D'après une étude qualitative américaine, plus de la moitié des femmes ont perçu des possibilités de changement après s'être confiées à leur médecin généraliste (14). Sa place et son rôle sont donc primordiaux.

Cependant elles parlent spontanément peu des violences subies, principalement parce qu'elles ressentent de la honte et ont peur des représailles (14,15,17). Des

études qualitatives françaises et étrangères ont montré que les femmes victimes de VC considéraient que le rôle du médecin généraliste était de dépister ces violences et de leur venir en aide. Elles attendaient principalement une écoute empathique sans jugement et une prise en charge responsabilisante. Elles souhaiteraient également être interrogées de manière systématique par le médecin (12,14,15,17). L'objectif principal de l'étude AVIC-MG est de quantifier les attentes des femmes victimes de VC.

III- MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Cette étude s'inclut dans l'étude nationale AVIC-MG (Attentes des femmes Victimes de violences Conjugales envers leur Médecin Généraliste). Il s'agit d'une étude descriptive multicentrique, réalisée dans différentes régions françaises (Auvergne Rhône Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Centre Val de Loire, Corse, Bretagne, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire, Grand Est, Occitanie et Hauts-de-France) par différents internes de médecine générale dans le cadre de leur thèse d'exercice. Cette dernière est pilotée par le Département de Médecine générale de Clermont-Ferrand.

Notre travail présente cette étude menée dans les départements de Charente et Charente-Maritime sur une période de quatre mois entre les mois d'octobre 2020 et mars 2021 selon la disponibilité des associations.

2. Population de l'étude

La population cible était les femmes majeures victimes de violences conjugales, ayant consulté dans les structures d'aide aux victimes. Parmi elles, seules étaient incluses les femmes volontaires et capables de répondre à l'auto-questionnaire, lisant et écrivant le français.

Les autres critères d'exclusion étaient la détresse psychologique et la nécessité d'une prise en charge en urgence rendant difficile le remplissage d'un questionnaire.

3. Associations participantes

Les associations devaient faire partie des trois réseaux associatifs français : les Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF), la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) et le réseau France Victime. Pour les associations qui n'appartenaient pas à ce réseau, le recensement s'est fait avec l'aide des déléguées départementales aux droits des femmes et à l'égalité (DDDFE). Au total, dix associations ont été contactées. Six ne faisaient pas partie d'un de ces trois réseaux mais étaient référentes violences dans leur département respectif.

Le détail des associations est disponible en Annexe 3.

4. Hypothèses et objectifs de l'étude

Il est supposé que les femmes victimes de violences conjugales consultent leurs médecins généralistes et qu'elles souhaiteraient qu'ils leur demandent si elles sont victimes de VC.

L'objectif principal était :

-D'évaluer si les femmes victimes de VC consultant dans les associations d'aide aux victimes, souhaiteraient être questionnées sur les VC par leur médecin généraliste.

L'objectif secondaire était :

-De décrire la population des femmes victimes de VC consultant dans les structures spécialisées dans l'accueil des victimes de VC : leur âge, le nombre d'enfant(s), le(s) type(s) de violences subies et les caractéristiques de leur(s) consultation(s) en MG au cours des douze derniers mois.

5. Questionnaire

Un auto-questionnaire a été élaboré, sur la base des données de la littérature, par un comité scientifique composé de plusieurs chercheurs par région ainsi que de deux experts nationaux.

Une étude de faisabilité a été menée au préalable dans l'association clermontoise Association Victime Ecoute Conseils 63 de décembre 2018 à février 2019. Elle a permis d'améliorer le questionnaire et de réaliser les démarches administratives préalables à l'étude AVIC-MG.

Cet auto-questionnaire comprenait douze questions fermées à choix multiples et une question ouverte sur les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste (Annexe 4). Il a été élaboré pour être rempli en cinq minutes maximum.

Les premières questions concernaient les caractéristiques de ces femmes (âge, nombre d'enfant(s)) et le(s) type(s) de violences subies. Elles exploraient également le nombre et le(s) motif(s) des consultations chez leur médecin généraliste au cours des 12 derniers mois.

La deuxième partie du questionnaire s'intéressait au rôle qu'a eu le médecin généraliste dans leur prise en charge en tant que victime de violences conjugales ; ainsi que leurs attentes envers celui-ci.

A la fin du questionnaire, le nom et les coordonnées de l'investigateur et d'un référent de l'association (idéalement psychologue) étaient notés pour que les femmes puissent se tourner vers une de ces personnes, si elles avaient été mises en difficulté par le remplissage.

6. Protocole

Les auto-questionnaires papiers ont été déposés dans les différentes associations préalablement recensées et qui ont accepté de participer à l'étude, dans les départements de Charente et Charente-Maritime.

Une affiche était mise en place dans les salles d'attente pour informer de l'existence de l'étude (Annexe 5).

À l'issu de l'entretien avec les victimes de VC, les professionnels des structures proposaient aux femmes qu'ils jugeaient dans les critères d'inclusion de remplir le questionnaire. Ils recensaient également le nombre de refus sans questionner les femmes sur leur choix.

Le remplissage du questionnaire était fait au sein de la structure fréquentée, dans un endroit protégé, de façon anonyme et libre.

Le recueil était réalisé dans des boîtes fermées. Sur ces boîtes était adjointe une affiche résumant les droits des femmes participant à cette étude ainsi que les coordonnées de l'interne responsable de l'étude (Annexe 6).

À la fin de la période de recueil, l'ensemble des questionnaires a été récupéré afin de les analyser.

7. Analyse statistique

Le recueil des données a été fait à l'aide du logiciel REDCAP. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata par la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du CHU de Clermont-Ferrand.

Les analyses en sous-groupes ont été réalisées à l'aide du test exact de Fisher.

8. Éthique

L'étude AVIC MG a reçu un avis favorable du comité d'éthique, le 17 avril 2019 et de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (Annexe 7).

Concernant cette étude, une déclaration de conformité à la norme MR-004 a été déposée auprès de Mme Souil Christelle, déléguée à la protection des données de l'Université de Poitiers.

IV- RÉSULTATS

1. Associations

Dix associations ont participé à l'étude et 98 questionnaires ont pu être analysés (Figure 2).

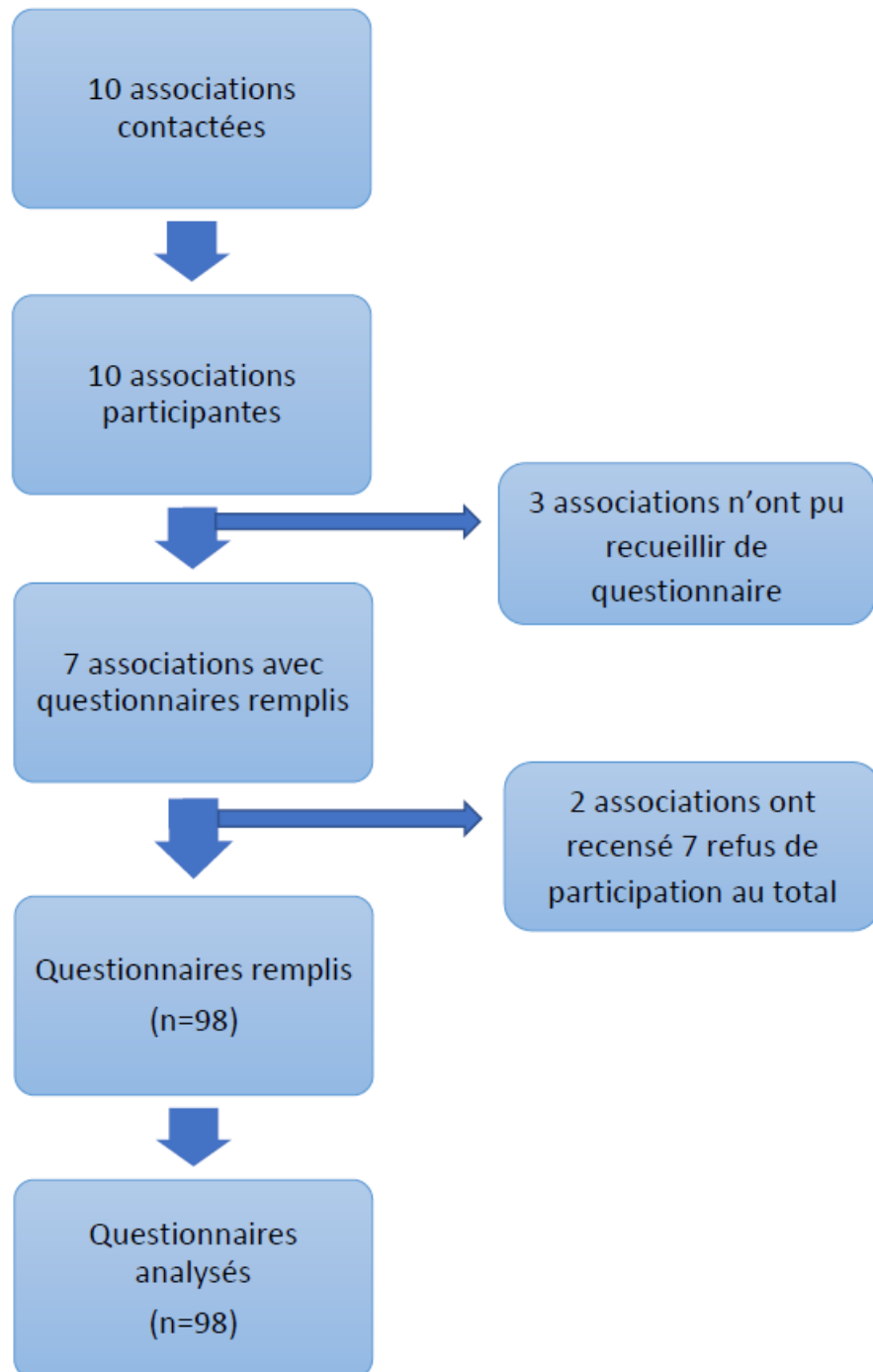


Figure 2: Diagramme de flux

2. Caractéristiques de la population étudiée

2.1. Âge des femmes

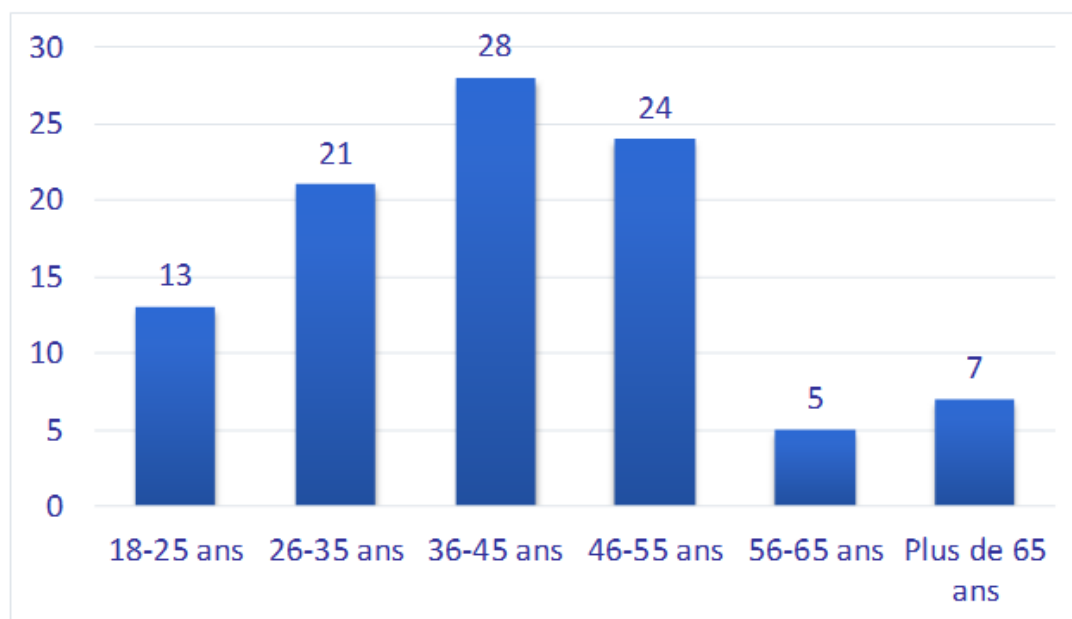


Figure 3: Répartition des femmes selon leur catégorie d'âge (n=98)

La majorité des femmes ayant répondu au questionnaire était âgée de 36 à 45 ans.

2.2. Nombre d'enfant(s) par femme

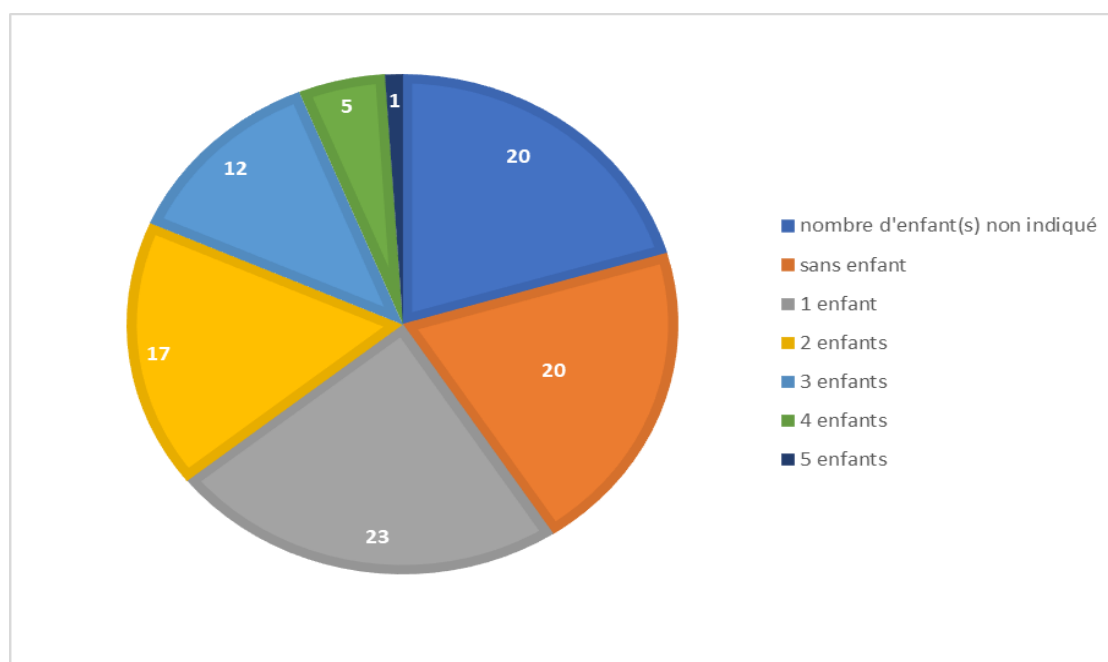


Figure 4: Nombre d'enfant(s) par femme (n=98)

La majorité des femmes ayant répondu au questionnaire avait des enfants (80%) et 20 d'entre elles n'ont pas indiqué le nombre.

2.3. Type(s) de violences subies

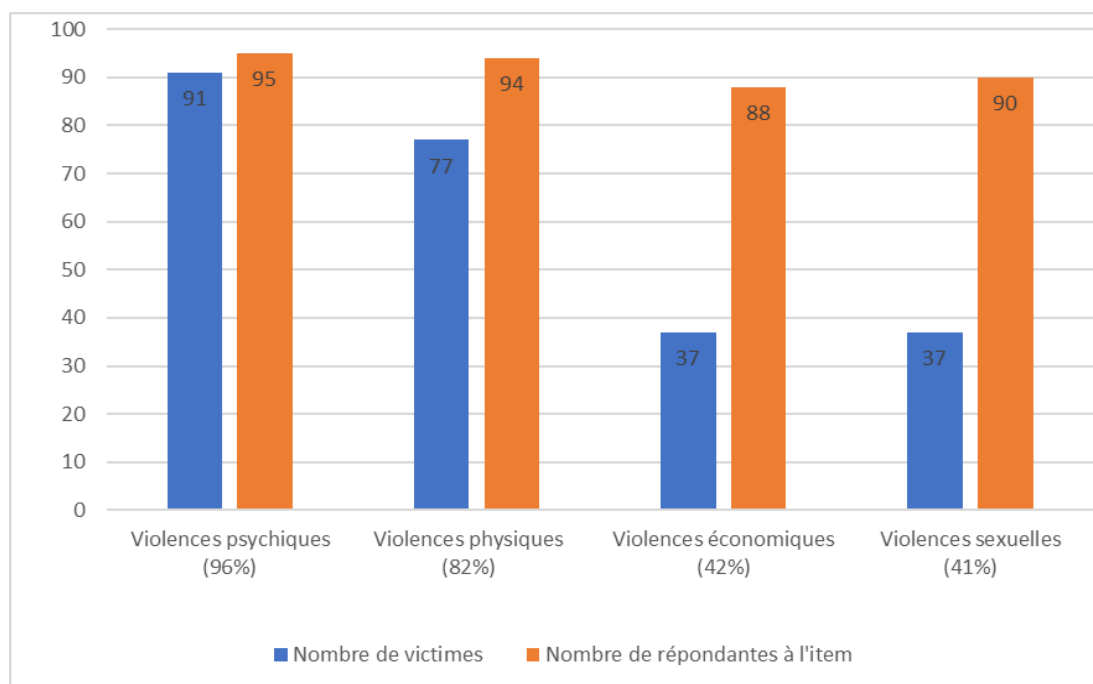


Figure 5: Type(s) de violences subies

Les types de violences se cumulent. La quasi-totalité de ces femmes déclare avoir été victime de violences psychiques (96%) et la plupart de violences physiques (82%).

3. Orientation des femmes vers les associations d'aide

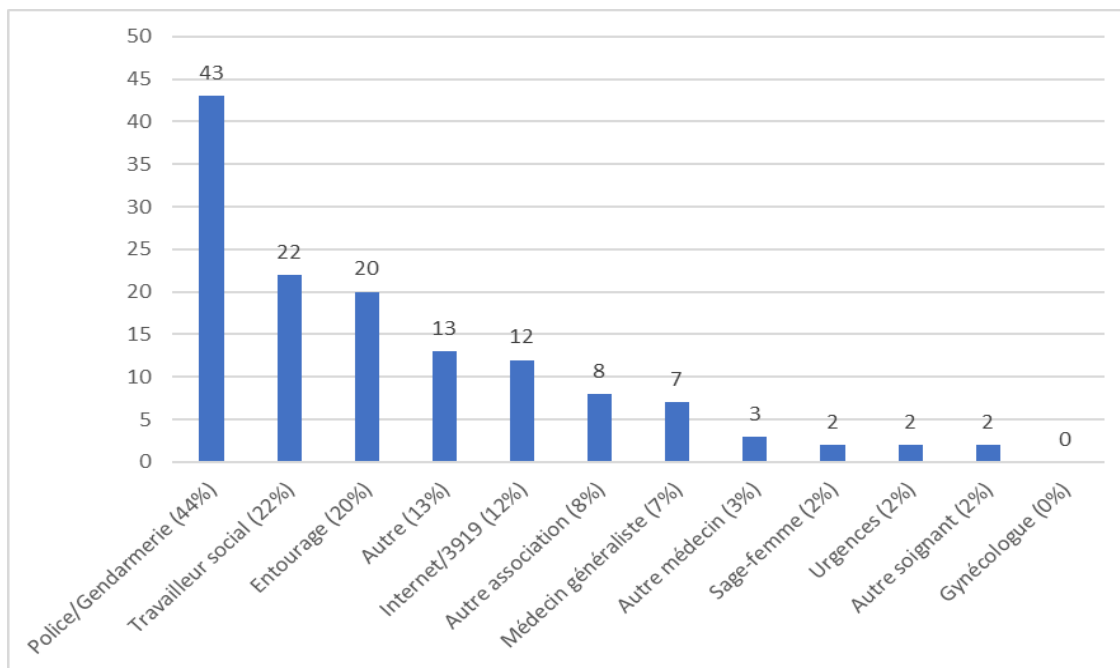


Figure 6: Orientation des femmes victimes de VC vers les associations d'aide (n=98)

La plupart des femmes victimes de VC ont été orientées vers l'association d'aide partenaire de l'étude par les forces de l'ordre et les travailleurs sociaux. Seules 7% d'entre elles ont été orientées par un médecin généraliste.

Dans l'orientation « autre », on retrouvait : « procureur », « contactée par l'association suite à ma plainte au commissariat », « mon ancien travail », « un livre : *Femme sous emprise* », « la directrice de l'association est une connaissance », « l'assistante sociale qui exerce dans l'école de ma fille », « la police municipale », « la mairie », « moi-même ».

4. Résultats de l'objectif principal : les attentes envers le médecin généraliste

4.1. Souhaits des femmes

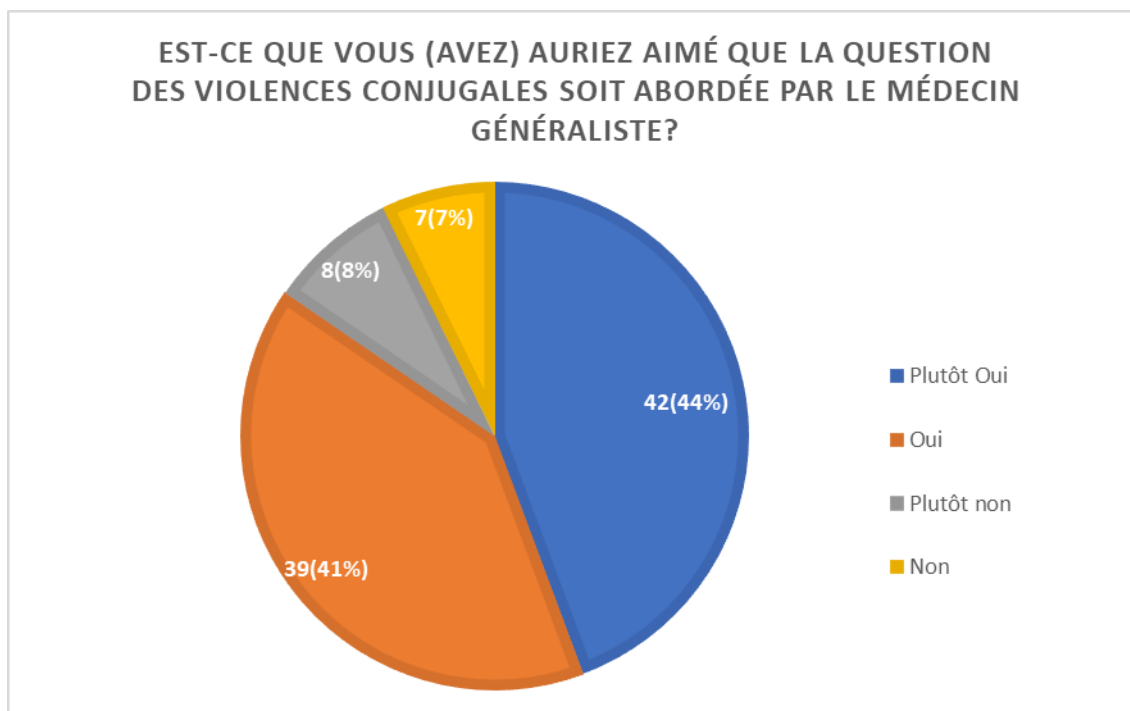


Figure 7: Souhaits des femmes d'être interrogées par le médecin généraliste (n=96)

85% des femmes étaient globalement favorables au dépistage par leur médecin généraliste.

4.2. Rôle du médecin généraliste

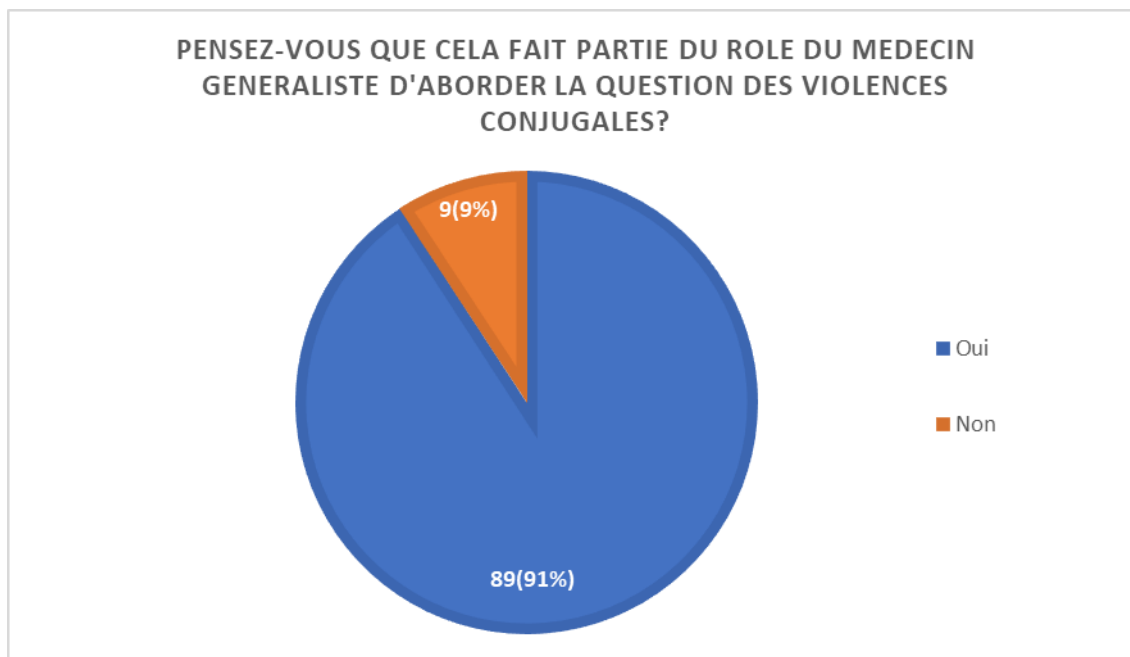


Figure 8: Avis des femmes concernant le dépistage du médecin généraliste (n=98)

La dernière question était une question ouverte sur les attentes des femmes envers le médecin généraliste. Trente-deux femmes se sont exprimées.

Elles auraient souhaité que leur MG soit :

- à l'écoute
- plus observateur : « Parfois c'est trop transactionnel et focus sur la cause de la consultation », « Lorsque le conjoint violent est présent et qu'il est impossible de parler, l'expression du visage peut dire beaucoup de choses non formulées par la parole », « Plus attentif aux signaux même s'il n'y a pas de traces physiques »
- non jugeant
- empathique

Elles souhaiteraient que leur MG :

- oriente vers des structures spécialisées d'aide et donne des conseils pratiques
- se forme, aborde le sujet avec moins de tabou et ne minimise pas les violences

- que le temps d'une consultation de médecine générale soit plus important : « un généraliste devrait à mon sens prendre le temps de poser des questions d'ordre général sur d'autres sujets (santé mentale, famille, couple, contraception, sexualité...) »

-pose des questions : « Quand on vient pour des douleurs dorsales et que ce n'est pas la première fois, le médecin peut, peut-être poser délicatement des questions sur les violences », « J'attendais juste la question et j'aurais parlé »

-reçoive les femmes seules en consultation « Mon ancien médecin traitant qui s'occupait également de mon conjoint ne m'écoutait pas, la double relation était compliquée », « Je n'ai pas pu le dire car j'étais accompagnée de l'auteur des coups qui avait convenu de mentir devant le médecin »

-dépiste les troubles psychologiques des femmes victimes et réalise une attestation écrite de ces derniers

-puisse dénoncer : « Il faut dénoncer, une personne sous emprise n'a malheureusement pas la force d'affronter seule la situation », « Appeler la police si besoin pour éviter de laisser s'empirer la situation », « Qu'il puisse dénoncer facilement des faits de violence »

-puisse travailler en réseau avec les travailleurs sociaux et la justice : « Qu'il puisse se mettre plus facilement en relation avec les institutions juridictionnelles (gendarmerie, parquet, tribunal) » « Peut-être des permanences médecins/avocats/juristes ? »

-mette en place un suivi par téléphone

Autre attente :

- « Qu'il y ait plus de possibilités de prise de rendez-vous en urgence.»

5. Résultats de l'objectif secondaire : caractéristiques des consultations

5.1. Nombre de consultations pour elles-mêmes

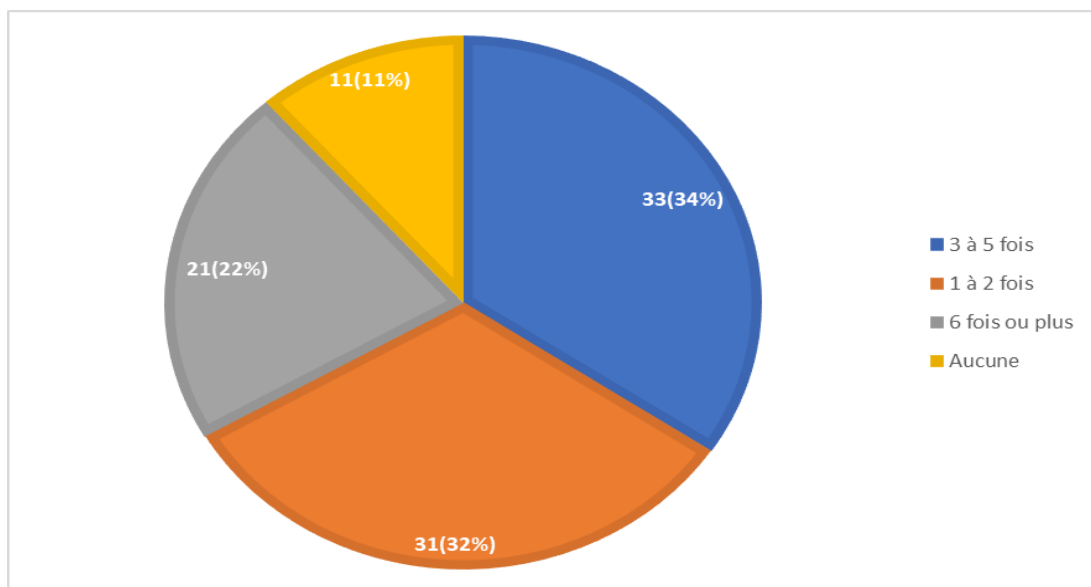


Figure 9: Nombre de consultations des femmes chez le MG au cours des 12 derniers mois (n=96)

89% des femmes ont consulté leur médecin généraliste au cours des 12 derniers mois et plus de la moitié l'ont consulté 3 fois ou plus.

5.2. Nombre de consultations pour leur(s) enfant(s)

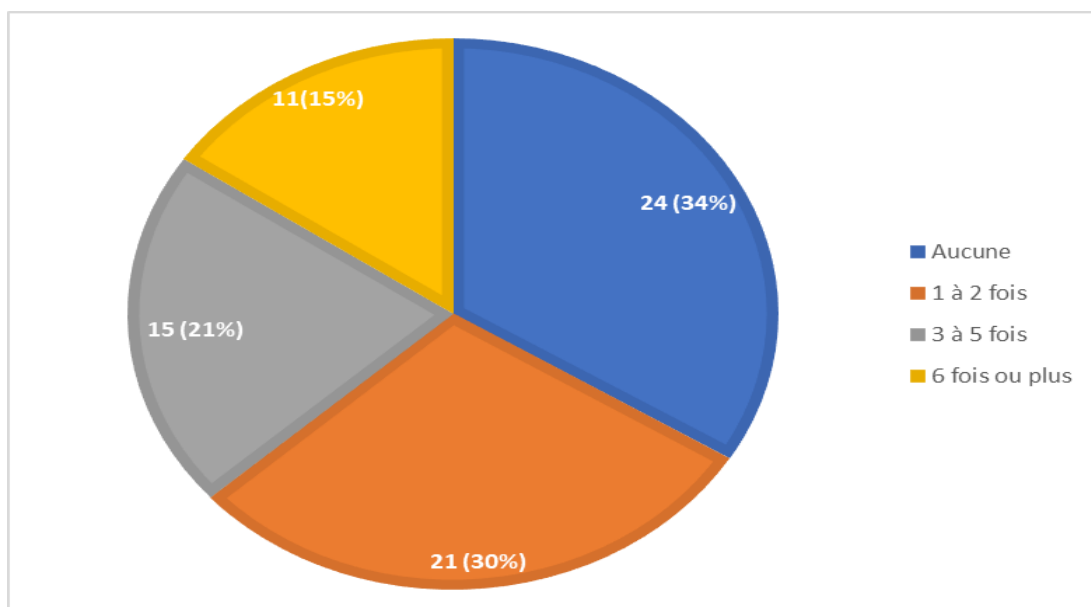


Figure 10: Nombre de consultations des femmes pour leur(s) enfant(s) au cours des 12 derniers mois (n=71)

66% des femmes ont consulté un médecin généraliste pour leur(s) enfant(s) au cours des 12 derniers mois et plus d'un tiers l'ont consulté 3 fois ou plus.

5.3. Motifs de consultation

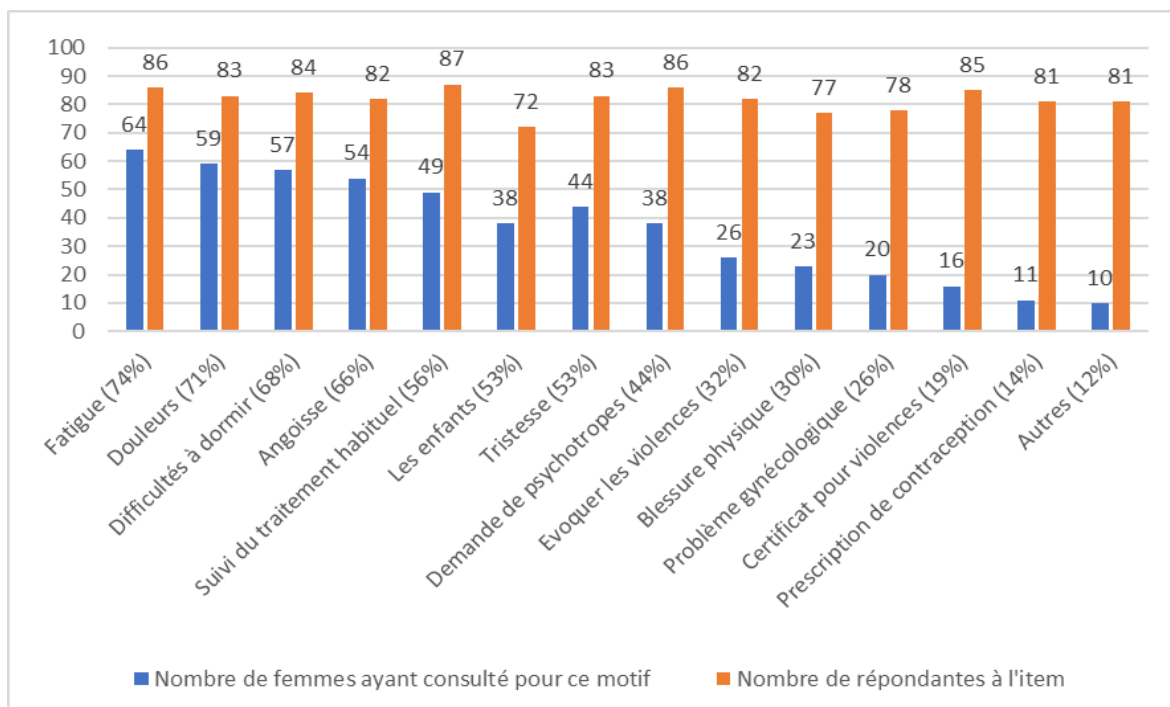


Figure 11: Motifs de consultation en médecine générale des femmes victimes au cours des 12 derniers mois

Les motifs les plus fréquents de consultation sont la fatigue (74%), les douleurs (71%), les difficultés à dormir (68%) et l'angoisse (66%).

12% des femmes ont consulté pour d'autres motifs tels que : « rhume », « allergies », « certificat d'accident du travail », « embolie pulmonaire », « hospitaliser mon mari violent ».

5.4. Abord des violences conjugales en consultation

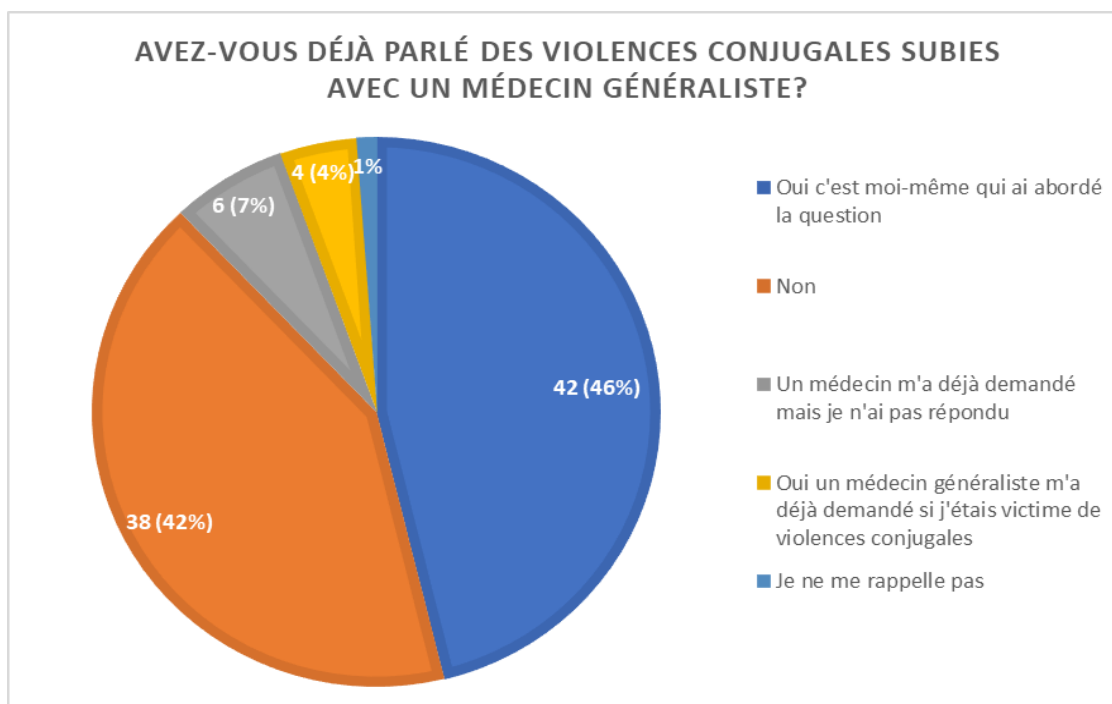


Figure 12: Abord des violences conjugales avec le médecin généraliste (n=91)

La moitié des femmes répondantes ont parlé des violences conjugales avec le médecin généraliste. Dans la majorité des cas la question est abordée par les femmes victimes (46%).

Dans les commentaires libres, deux femmes précisent que le dépistage s'est fait avec d'autres médecins tels qu'un psychiatre ou un médecin du travail.

Une autre femme ignorait que l'on pouvait aborder le sujet avec le médecin généraliste.

Deux femmes ont abordé le sujet d'elles même mais n'ont pas été aidées comme elles le souhaitaient : « Mon médecin connaissait mon mari depuis 30 ans et me disait juste : « courage » », « Je disais à mon médecin que l'attitude de mon mari était insupportable et il ne réagissait pas ».

5.6. Influence du suivi du couple par le médecin généraliste

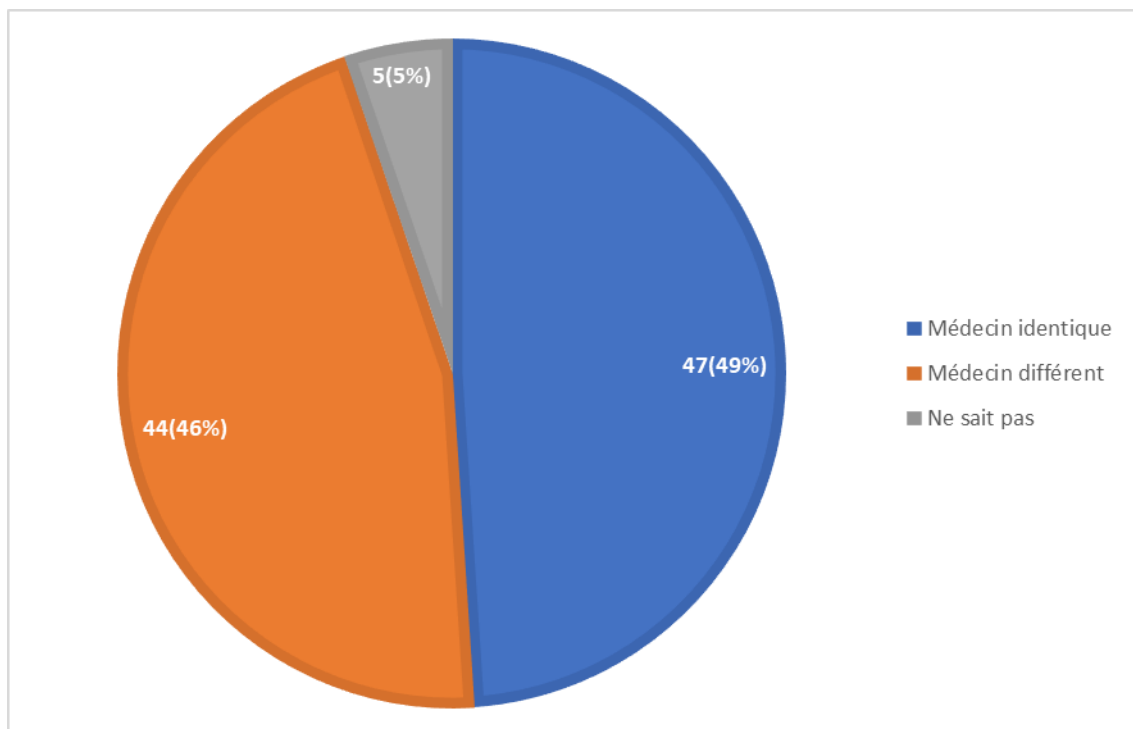


Figure 13: Lien entre le médecin généraliste de la victime et celui de leur (ex)-conjoint (n=96)

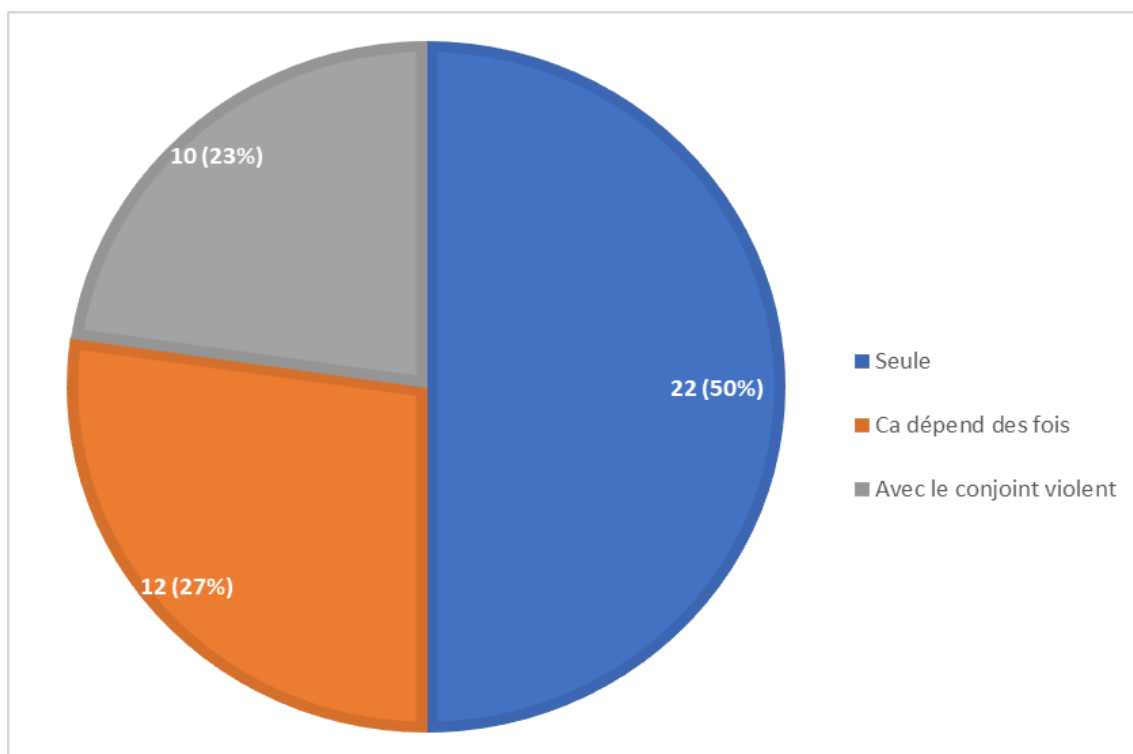


Figure 14: Conditions de consultations des femmes victimes vis-à-vis de leur (ex)-conjoint (n=44)

Il y avait quasiment autant de femmes qui consultaient un médecin généraliste identique que différent de leur conjoint violent. Pour celles qui avaient le même médecin, la moitié d'entre elles était reçue seule en consultation.

	Suivi du couple par le même médecin (n=47)	Suivi du couple par des médecins différents (n=44)
<i>La victime a parlé des VC elle-même</i>	20 (42%)	22 (50 %)
<i>Elle a parlé des VC suite au dépistage du médecin</i>	2 (4%)	1 (2%)
<i>Un médecin lui a posé la question des VC mais elle n'en a pas parlé</i>	4 (9%)	2 (5%)
<i>La question des VC n'a jamais été abordée</i>	19 (40%)	15 (34%)
<i>Aucune réponse à l'item</i>	2 (4%)	3 (7%)

Tableau 1: Analyse en sous-groupe de l'abord des VC en fonction du suivi du couple (n=91)

Les résultats de cette analyse en sous-groupe n'étaient pas significatifs ($p=0.81$) selon le test exact de Fisher.

La divulgation des faits de VC par la victime n'était pas influencée par le fait qu'elle soit suivie par un médecin identique ou différent de celui de son (ex)-conjoint.

	Seule (n=22)	Avec conjoint (n=10)	Ça dépend des fois (n=12)
<i>La victime a parlé des VC elle-même</i>	11 (50%)	3 (30%)	5 (42%)
<i>Elle a parlé des VC suite au dépistage du médecin</i>	2 (9%)	0	0
<i>Un médecin lui a posé la question des VC mais elle n'en a pas parlé</i>	0	0	3 (25%)
<i>La question des VC n'a jamais été abordée</i>	8 (36%)	6 (60%)	4 (33%)
<i>Aucune réponse à l'item</i>	1 (5%)	1 (10%)	0

Tableau 2: Analyse en sous-groupe de la part des femmes ayant parlé des VC au MG selon si elles le consultent seule ou avec leur (ex)-conjoint (n=44)

Ces résultats d'analyse en sous-groupe selon le test exact de Fisher n'étaient pas significatifs ($p=0,18$).

Ils ne nous permettaient pas de conclure que les femmes qui consultaient seules abordaient plus souvent les VC que les femmes accompagnées de leur (ex)-conjoint.

5.7. Influence du genre du médecin

Pour 62% des victimes interrogées, le genre du médecin généraliste n'influençait pas leur facilité à leur parler des VC subies.

Trente-six femmes ont répondu que le genre du médecin avait une influence.

Dans les commentaires libres, 21 femmes se sont exprimées à ce sujet. Dix d'entre elles préféraient en parler à une femme médecin. Ces dernières disaient être moins à l'aise et ne pas arriver à faire confiance à un homme médecin. Pour les autres femmes, les qualités d'écoute et d'empathie étaient primordiales et ne dépendaient pas du genre.

V- DISCUSSION

Les femmes victimes de VC consultant dans les associations d'aide aux victimes étaient favorable au dépistage des VC par le MG (85%) et estimaient que c'était son rôle (91%).

La majorité d'entre elles était âgée de 36 à 45 ans et avait au moins un enfant. Les violences se cumulaient et les plus fréquentes étaient les violences physiques et psychiques. Ces femmes étaient accessibles au repérage car elles consultaient majoritairement au moins une fois le MG au cours des douze derniers mois, que ce soit pour leur(s) enfant(s) ou elles-mêmes. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient des symptômes généraux tels que la fatigue, les douleurs et l'insomnie.

1. Forces et limites

1.1. Forces

L'intérêt de notre étude était d'évaluer de manière quantitative les attentes des femmes victimes de VC envers leur MG, alors que la plupart des études françaises et étrangères ont réalisé des études qualitatives (12,14–16).

L'originalité de ce travail était de chercher à connaître le point de vue des femmes victimes. Dans la plupart des études réalisées sur le dépistage des VC par le MG en Poitou-Charentes, les auteurs s'intéressent au point de vue, aux attentes et aux difficultés des médecins (49–51).

Une des forces de ce travail est de s'intégrer à une étude nationale multicentrique réalisée dans dix autres régions. Nos 98 questionnaires viennent s'ajouter aux 1347 autres recueillis dans les autres régions, ce qui conférera à cette dernière de la puissance statistique.

Un autre intérêt est d'avoir travaillé avec le réseau associatif local. La totalité des dix associations contactées a accepté de participer à cette étude montrant ainsi l'intérêt qu'elles lui portent.

Enfin, préalablement à cette étude, nous avons recensé chacune des structures d'aide aux femmes et enfants victimes ainsi qu'aux auteurs violents (coordonnées, horaires, services proposés et lieux de permanence) (Annexe 8). Ce recensement permettra d'enrichir la carte interactive des structures d'aide, présente sur le site internet Declicviolence (<http://www.decliviolence.fr/>). L'objectif est d'aider les

médecins généralistes à accéder facilement au réseau d'aide via un moteur de recherche national et d'orienter ainsi au mieux les patientes.

1.2. Limites et biais

Le faible nombre de questionnaires recueilli ainsi que le taux inconnu de participation des femmes conféraient un manque de puissance à notre étude.

Même si l'ensemble des dix associations d'aide aux victimes ont accepté de participer, trois d'entre elles n'ont pu recueillir de questionnaire. Une association ne recevait pas de patientes au sein de l'association, en raison du confinement lié à la crise sanitaire. Elle souhaitait faire remplir les questionnaires au domicile des femmes mais cela n'était pas prévu par la méthodologie de l'étude. Dans les deux autres cas, il s'agissait d'un problème lié à l'organisation des structures (passation de postes et arrêt maladie). Une autre association reconnaissait que les difficultés propres à leur organisation interne, avait retardé la transmission d'informations au sujet de la mise en place de l'étude et ainsi limité le nombre de questionnaires remplis.

Nous n'avons pas pu connaître le nombre de femmes rencontrées durant la période de recueil au sein des associations, et en déduire un taux de participation. Seules deux associations ont comptabilisé les refus de la part des femmes, malgré une demande claire et une feuille dédiée à la comptabilisation. Sept refus ont été recensés. Le motif de refus a été donné une seule fois et concernait un changement de situation de cette femme. Il s'agissait d'une consultation de suivi et elle disait s'être réconciliée avec son partenaire.

L'échantillon de population étudiée n'était pas représentatif de la totalité des femmes victimes de VC. En effet, dans la population générale, plus de la moitié des victimes déclarait n'avoir fait aucune démarche auprès d'un professionnel ou d'une association (52,53).

Il existait un biais de sélection lié aux critères d'inclusion. En effet, les femmes mineures ne sachant lire ou écrire le français étaient exclues. Les femmes devaient être en mesure de remplir seules les questionnaires.

Les questionnaires étaient déclaratifs, les participantes pouvaient alors avoir des oublis constituant ainsi un biais de classement différentiel.

D'autres facteurs limitaient la puissance de notre étude. Sur les 98 questionnaires recueillis, 43% étaient incomplets. Cela concernait essentiellement la réponse aux

motifs de consultation et aux type(s) de violence. Les répondantes cochaient les cases pour répondre par l'affirmative mais ne le faisaient pas pour répondre par la négative. Les cases non cochées ne pouvaient alors pas être considérées comme des réponses négatives. Également, à la question « Avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous êtes victimes avec un médecin généraliste ? », cinq répondantes ont coché deux réponses alors qu'une seule était possible. Dans deux cas la réponse : « oui, un médecin généraliste m'a déjà demandé si j'étais victime de VC » faisait partie des deux réponses. Comme dans les études AVIC-MG menées à Bordeaux et à Tours (54,55), cela minimisait le nombre de femmes interrogées par leur médecin à propos des VC.

Ensuite, à la 11^{ème} question, trente femmes ont précisé si elles consultaient seule ou accompagnée de leur (ex)-conjoint alors qu'elles avaient répondu à la 10^{ème} question ne pas avoir le même MG que leur (ex)-conjoint. Cela laissait supposer que même si leur (ex)-conjoint et elles n'avaient pas le même MG, elles pouvaient être accompagnées de ce dernier en consultation. Cette modalité n'était pas prévue par le questionnaire. Cela a également été rapporté dans l'étude AVIC-MG réalisée à Limoges (56).

Concernant, le(s) type(s) de violence six femmes n'ont répondu ni par l'affirmative ni par la négative aux « violences sexuelles » et aux « violences économiques ». Pour le(s) motif(s) de consultation, neuf et dix femmes n'ont apporté respectivement aucune réponse au motif « traumatisme/blessure physique » et « problème gynécologique ». On peut alors se demander si la signification de ces termes était comprise des répondantes. Il aurait sans doute été utile d'apporter à chacun de ces items plus de précisions voire une définition. Cela constituait des biais d'information.

2. Caractéristiques de la population étudiée

La majorité des femmes ayant répondu au questionnaire de notre étude était âgée de 36 à 45 ans comme dans les études AVIC-MG réalisées à Tours (55), Limoges (56) et Marseille (57). Dans les rapports d'enquête « Cadre de vie et sécurité » de 2019 (58), et de l'ENVEFF réalisée en 2000 (10), la majorité des femmes déclarant subir des violences étaient âgées de moins de 35 ans. Nos résultats pouvaient s'expliquer par le fait que les femmes victimes de VC qui consultaient des associations d'aide aux victimes ne représentaient pas la totalité des femmes victimes de VC dans la population générale (52,53). Ce n'était pourtant pas le cas

dans les études AVIC-MG réalisées à Bordeaux (54) et Strasbourg (59) où la plupart des répondantes était également âgée de moins de 35 ans. Une autre hypothèse pouvait être alors liée au fait que les femmes âgées entre 20 et 39 ans étaient sous-représentées en Charente (19%) et Charente-Maritime (17%) par rapport au pourcentage moyen en France métropolitaine (22%) (60). L'analyse des études AVIC-MG réalisées dans 11 régions permettra d'apporter davantage de réponses à ces hypothèses.

De manière comparable aux diverses études AVIC-MG (54–57,59) et enquêtes nationales (53), 80% des femmes victimes de VC avaient au moins un enfant.

Comme il a été décrit depuis les premières études de grande ampleur et dans l'ensemble des études AVIC-MG, les violences se cumulaient et les violences physiques et psychiques étaient les plus fréquentes (10,31,53–57,59). Dans notre étude, la plupart des victimes déclaraient subir en moyenne 2,6 types de violences. Les violences physiques et psychiques étaient les plus fréquentes et associées dans 81% des cas. Concernant les violences sexuelles et économiques, l'ensemble des femmes répondantes à notre étude et à cinq études AVIC-MG (54–57,59), déclaraient en subir en plus grande proportion que dans les enquêtes nationales (10,53). Le fait qu'il s'agissait d'un auto-questionnaire rempli à l'abri des regards, et que la question des violences économiques et sexuelles ait été posée directement, ont sans doute permis de lever un tabou et facilité ces déclarations.

3. Attentes des femmes concernant le dépistage des VC par le MG

Les résultats de notre étude ont réaffirmé le rôle central que prêtent les femmes au MG dans le dépistage des VC, comme retrouvé dans de nombreuses études qualitatives (15,48,61), une enquête européenne datant de 2014 (62) et cinq études AVIC-MG (54–57,59). En effet, 85% des femmes ayant répondu au questionnaire étaient globalement favorables au dépistage des VC par le MG et 91% d'entre elles estimaient que c'était son rôle.

Dans la partie où elles pouvaient s'exprimer librement, deux femmes ont insisté sur l'importance des questions posées par le MG au sujet des VC pour qu'elles puissent libérer leur parole. Cela paraissait être une condition *sine qua non* pour qu'elles s'expriment, les aidant probablement à dépasser ces sentiments de honte et de peur de parler, décrits dans plusieurs études qualitatives (14–17).

On notait cependant une ambivalence des femmes ayant répondu à notre étude, car parmi les femmes questionnées par leur MG, seulement quatre ont souhaité s'exprimer. Les six femmes n'ayant pas répondu malgré la sollicitation du MG, estimaient pourtant que c'était le rôle de ce dernier. Pour les neuf femmes qui estimaient que l'abord des VC n'incombait pas au MG, la question n'a pas du tout été abordée. Cependant, deux d'entre elles auraient aimé que ça le soit. Ces femmes pensaient peut-être que cela ne rentrait pas dans l'exercice des fonctions du MG, comme l'a précisé une femme dans les commentaires libres.

Cette ambivalence n'a pas été retrouvée dans les cinq autres études AVIC-MG (54–57,59). On la retrouvait cependant dans des études qualitatives, comme dans cette revue de littérature anglaise de 13 études réalisées entre 2001 et 2006 (17) dans laquelle le taux d'acceptation du dépistage variait de 35 à 99%. Certaines femmes déclaraient avoir peur, pensant que le dépistage des VC par les professionnels de santé faisait partie d'une enquête sur la négligence ou la maltraitance des enfants du couple. Cependant, toutes les femmes trouvaient le dépistage bénéfique. Il leur permettait de sentir que quelqu'un pourrait être à leur écoute et qu'elles pourraient libérer leur parole lorsqu'elles seraient prêtes. Elles avaient cependant des opinions partagées sur la technique de dépistage par écrit ou par questionnement oral.

Les MG avaient également des réticences concernant le dépistage systématique et notamment sur la façon de procéder à ce dernier. Certains d'entre eux étaient formellement opposés au dépistage systématique jugeant le questionnement systématique stigmatisant pour leurs patientes, non opérant, gênant à intégrer dans leurs consultations et ils avaient peur des répercussions négatives (47,63,64) ; tandis que d'autres étaient plus favorables au dépistage indirect par dépliants et brochures, ou sur point d'appel clinique (65).

Aux réticences des victimes et des MG, s'ajoutait un manque de preuves. Une autre revue de littérature datant de 2015 (66) montrait que le dépistage augmentait l'identification de ces femmes victimes dans les établissements de santé mais que les preuves en matière d'amélioration de prise en charge des victimes, de leur qualité de vie ou d'une réduction des violences étaient insuffisantes pour justifier son usage. Cependant, aucune des études de cette revue ne montrait d'effets néfastes à court-terme pour les victimes.

Selon le groupe de travail de la HAS, le dépistage systématique était globalement bien accepté par les patientes, il permettait de dépister plus de violences au sein du

couple et n'induisait pas d'effets néfastes (31). La HAS recommande donc le dépistage systématique depuis 2019.

4. Autres attentes des femmes victimes de VC envers leur MG

4.1. Attitude du médecin

Les attentes des femmes victimes de VC le plus souvent identifiées dans notre travail concernaient l'attitude du médecin : elles souhaitaient un médecin qui sache être à l'écoute, n'émette pas de jugement et soit empathique. Ces qualités fondatrices de la relation médecin-malade étaient attendues par les femmes victimes de VC dans de nombreuses études qualitatives (12,14–17,61) ainsi que dans cinq études AVIC-MG (54–57,59). La qualité d'écoute passait pour elles par un temps de consultation de médecine générale plus long. La problématique du temps de consultation était largement soulevée dans la littérature (12,17,61,67).

4.2. Formation du médecin

Elles souhaitaient également que le MG soit sensibilisé et formé aux VC. Elles espéraient qu'il puisse aborder ainsi le sujet avec moins de tabou, sans minimiser les VC et leurs conséquences et qu'il repère les « signaux » en dehors des signes cliniques physiques. Ce manque de formation était regretté par les femmes victimes de VC dans des études qualitatives (12,61) et cinq études AVIC-MG (54–57,59). Améliorer la formation des professionnels de santé en matière de VC faisait déjà partie des objectifs du rapport du Pr Henrion en 2001 (11) et des cinq plans de lutte gouvernementaux depuis 2005 (37). Malgré cette volonté, le sujet ne fait toujours pas l'objet d'un item à part entière lors de l'enseignement du second cycle des études médicales. Seul l'item numéro 10 intitulé « Violences sexuelles » aborde les différents types de violences, l'épidémiologie et la législation, mais n'est pas axé sur les VC. Concernant le troisième cycle des études médicales et plus spécifiquement le Diplôme des Études Supérieures (DES) de médecine générale, il comprend un apprentissage théorique de 200 heures dont les programmes varient selon les facultés (68). Depuis la réforme du DES de médecine générale de 2017-2018, le sujet peut être abordé lors de la présentation de la famille de situations intitulée : « Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple. » (68). A la faculté de médecine de Poitiers, l'abord des VC se fait lors de

journées de formations optionnelles. Dans une étude nationale française réalisée auprès de 1472 étudiants en médecine de second et troisième cycles en 2013, 80% d'entre eux estimaient ne pas avoir reçu de formation sur les violences et 95% étaient intéressés pour recevoir une formation adaptée (69).

4.3. Orientation spécialisée

Une autre attente concernait l'orientation de ces femmes. Dans notre étude, alors que la moitié des femmes ont parlé des violences subies au MG, seules 7% des répondantes ont été orientées par ce dernier vers les structures d'aide spécialisées. Dans l'étude du Pr Morvant (5), moins d'un quart des femmes ont été orientées vers une association par les médecins. Ils préféreraient les orienter vers un psychologue (51,7%) et vers les forces de l'ordre (56,3%). En cohérence avec ces résultats, et comme dans certains travaux (15,16,61,67), les femmes ayant répondu à notre questionnaire attendaient du MG qu'il soit en mesure de leur apporter de l'aide et du soutien en les orientant au mieux vers des structures d'aide spécialisées, et qu'il puisse travailler en réseau avec les travailleurs sociaux et la justice.

4.4. Rédaction d'un certificat médical et levée du secret médical

Enfin elles souhaitaient que le MG puisse rédiger un certificat qui atteste des violences subies y compris lors de troubles psychologiques, et qu'il soit en mesure de dénoncer les auteurs de VC. La rédaction d'un certificat et la levée du secret médical n'étaient pas précisément soulignées comme attentes des femmes dans d'autres études mais nous pouvons supposer qu'elles s'intégraient à la demande d'aide, d'orientation et de travail coordonné de la part du MG. Par ailleurs, les MG déclaraient être en capacité de rédiger un certificat attestant des violences subies (63). Dans l'étude du Pr Morvant (5), quatre médecins sur cinq s'estimaient suffisamment formés pour rédiger un certificat et 71,3% d'entre eux en ont rédigé un au cours de la consultation de divulgation des VC. Dans une étude comparative à cette dernière en 2011, la rédaction du certificat était devenue quasi-systématique pour tous les médecins (70). Concernant le secret médical, dans une étude française de 2014, certains médecins regrettaient de ne pouvoir le faire que sous certaines conditions et se sentaient limités dans leur prise en charge (47). L'ajout d'un alinéa à l'article 226-14 le 30 juillet 2020 a permis une plus grande souplesse dans les

conditions du signalement des VC par le professionnel de santé. Il peut désormais faire un signalement des VC sans l'accord de la victime majeure, s'il estime que la vie de cette dernière est en danger immédiat. Il doit cependant l'en tenir informée.

5. Repérage des femmes victimes de VC

Afin de savoir si les femmes victimes de VC qui consultaient dans les structures d'aide spécialisée étaient accessibles au repérage par leur MG, nous avons observé à quelle fréquence et pour quels motifs elles le consultaient au cours de ces 12 derniers mois.

Dans notre étude, une majorité des femmes victimes de VC (89%) ont consulté leur MG au cours des derniers mois et plus de la moitié l'ont consulté au moins trois fois. Comme dans cinq études AVIC-MG (54–57,59) et dans celle du Dr Landzberg (67) menée à SOS Femmes 13 à Marseille, les femmes victimes de VC consultant les associations d'aide spécialisée, consultaient majoritairement leur MG. Ceci était en accord dans des proportions moindres, avec des études nationales menées sur la population générale (5,58).

Le plus souvent, il s'agissait de motifs concernant l'état général comme la fatigue (74%) et les douleurs (71%). L'association significative entre asthénie et VC a été retrouvée dans une étude menée en 2008 en Australie (71) et a été déclarée comme 3^{ème} conséquence sur la santé par les femmes victimes de VC lors d'une étude menée par l'Observatoire régional des violences faites aux femmes, en 2013 (72). La douleur aiguë comme chronique ainsi que la prescription d'antalgiques étaient significativement associées avec les VC dans la littérature (48,73,74). La prévalence de ces symptômes généraux chez les patientes victimes de VC en consultation de médecine générale, montrait l'intérêt possible du dépistage systématique.

Elles consultaient également dans le cadre du suivi du traitement habituel à 56%, ce qui était cohérent avec l'ensemble des études qui montraient que les femmes victimes de VC consommaient plus de soins (71,73) et consultaient jusqu'à deux fois plus leur MG, que les femmes qui ne le sont pas (48).

Par ordre de fréquence, nous avons ensuite retrouvé des consultations pour troubles psychologiques tels que l'insomnie, l'anxiété, la tristesse et la demande de prescription de psychotropes. Des associations statistiquement significatives entre consultations en soins primaires pour troubles psychologiques et VC ont été retrouvées dans une revue de littérature de 49 études menée par le Dr Vicard en

2017 (74). Les VC entraînaient des troubles psychologiques (5,58,73,75), ainsi rechercher leur étiologie permettrait de repérer des victimes de VC.

La demande de certificats pour violences était faible (19%) comme dans cinq autres études AVIC-MG (54–57,59) mais en contradiction avec l'étude menée par le Dr Morvant en 2000, dans laquelle le certificat était le motif de découverte pour 50% des femmes victimes de VC. Le faible taux de demande de certificats est sans doute corrélé au fait que : « moins d'une femme sur cinq victime de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple déclare avoir déposé plainte » selon l'enquête « Cadre de vie et sécurité » menée entre 2012 et 2019 (58).

Elles consultaient également peu pour des problèmes d'ordre gynécologique comme dans cinq études AVIC-MG (54–57,59) et d'autres études (5,72). Il y a pourtant une association significative entre infections sexuellement transmissibles et VC (76) , et entre dysplasies et cancer du col de l'utérus et VC (77). Les répondantes de notre étude étaient peut-être suivies par un gynécologue, cependant aucune d'entre elles n'a été adressée à une association d'aide spécialisée par un gynécologue.

Parmi ces femmes, 66% ont consulté leur MG au moins une fois au cours des 12 derniers mois pour leur enfant. Les violences conjugales ont des conséquences sur la santé physique et mentale des enfants du couple (5) et représentent un facteur de risque de violences familiales (78). Interroger les enfants sur leurs conditions de vie permettrait donc de dépister également des situations de VC.

Enfin, les VC étaient abordées en consultation majoritairement par les femmes victimes de VC elles-mêmes : le sujet des VC était abordé par les MG dans seulement 11% des cas de notre étude. Ceci était retrouvé dans quatre études AVIC-MG (54–57) ainsi que dans d'autres études (5,12), même si les MG semblaient repérer davantage les VC d'après une étude sur l'évolution de leurs pratiques entre 2000 et 2011 (70).

6. Barrières à la divulgation des VC

Nous aborderons les freins inhérents aux femmes puis aux médecins ainsi que d'autres facteurs influençant la divulgation des VC.

Dans notre étude, 46% des femmes victimes de VC ont abordé d'elles-mêmes le sujet avec le MG. Ce chiffre était élevé par rapport aux études menées en population générale (10,58). Cela pouvait s'expliquer par le fait que les femmes consultant dans les associations d'aide ont déjà abordé le sujet auparavant avec d'autres

professionnels tels que les travailleurs sociaux, les professionnels de la justice ainsi que les forces de l'ordre.

Un des premiers freins sur le chemin de la divulgation des VC inhérent aux femmes était le déni (16,79). Elles n'étaient pas toujours conscientes de subir des VC.

Certaines témoignaient de l'influence d'expériences négatives lors de l'abord du sujet avec les forces de l'ordre (79).

Sont ensuite retrouvés dans de nombreuses études les sentiments de honte, de culpabilité et la peur du jugement (14–17,67).

MG comme patientes, déploraient principalement un manque de temps de consultation (47,63,64), de formation (5,47,63,64) et de connaissance du réseau d'aide aux victimes de proximité (63,64). Ces facteurs étaient des freins à l'abord du sujet des VC avec les femmes par les MG. Ils représentaient les principales attentes des femmes envers leur MG que nous avons identifiées au cours de notre étude.

Nous avons cherché à savoir si d'autres facteurs tels que le suivi du couple par le MG, la consultation seule ou accompagnée du conjoint violent et le genre du médecin influençaient la divulgation des VC.

Concernant l'influence du suivi du couple par le MG, dans notre étude comme dans deux autres études AVIC-MG (54,55), les femmes suivies par un MG différent de leur (ex-)partenaire n'abordaient pas plus significativement les VC avec le MG que les femmes qui avaient un MG identique à leur (ex-)partenaire. Pourtant, le suivi du couple par le même MG était identifié comme frein à la divulgation des VC par les femmes victimes dans des études qualitatives (16,67). La présence du conjoint violent en consultation apparaissait être un frein à l'expression des VC (16,54) même si dans notre étude les résultats n'étaient pas significatifs. Les résultats de l'ensemble des études AVIC-MG permettront peut-être de montrer l'influence de ces deux derniers facteurs avec plus de significativité.

Quant à l'influence du genre du médecin, 62% des femmes ont répondu que cela n'avait pas d'importance comme dans une autre étude quantitative menée en Australie (12) et contrairement à trois autres études AVIC-MG (55,57,59). Lorsqu'elles pouvaient s'exprimer librement dans notre étude, elles soulignaient que la qualité d'écoute et l'empathie prévalaient sur le genre et ne dépendaient pas de celui-ci. Ce point de vue était également partagé dans les recommandations de la HAS, dédiées aux professionnels de santé (31).

7. Perspectives

7.1. Étude AVIC-MG

Une étude nationale analysant l'ensemble des résultats des études AVIC-MG à travers 11 régions, permettra de répondre aux objectifs de l'étude avec une plus grande puissance. Les résultats viendront peut-être confirmer l'opinion favorable des femmes victimes concernant le dépistage des VC par les MG, qui fait partie des recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS en 2019. L'étude nationale AVIC-MG pourrait ensuite être complétée par une autre étude menée dans la population générale car les répondantes des études AVIC-MG avaient déjà parlé des violences subies au moins au sein de l'association d'aide spécialisée et étaient plus enclines à en parler à leur MG. Cela ne correspond pas à la majorité des femmes qui subissent des VC (53).

Il serait intéressant de réaliser de nouveau l'étude AVIC-MG d'ici quelques années, avec le recueil du taux de participation à l'étude et après la réalisation complète de la carte interactive des associations d'aide spécialisée sur le site internet de Declicviolence (<http://www.decliviolence.fr/>). Le questionnaire pourrait être amélioré avec un choix de réponse unique plus adapté que le mode binaire. Également, cette nouvelle étude chercherait à savoir si les femmes victimes de VC sont reçues seules en consultation de médecine générale, indépendamment du fait qu'elles soient suivies par le même MG que leur (ex)-partenaire. L'influence de ce facteur sur l'abord des VC en consultation de médecine générale serait alors mesuré avec plus de puissance.

7.2. Formation des médecins

Une meilleure formation des MG aux VC et à leur prise en charge est impérative pour répondre à la fois aux attentes des femmes victimes mais aussi pour que les MG soient plus à l'aise avec le sujet et dépistent davantage. Le département de médecine générale (DMG) de la faculté de médecine de Strasbourg propose aux internes de médecine générale une formation optionnelle aux VC depuis 2017, en partenariat et au sein de l'association SOS Femmes Solidarité (80). Lors de cette dernière, sont d'abord présentés les VC et les mécanismes d'emprise, l'organisation du réseau local d'associations d'aide spécialisée, puis une mise en pratique est proposée aux étudiants à l'aide de jeux de rôle. Ce type de formation pourrait être

proposée par l'ensemble des DMG des facultés de médecine, et être rendue obligatoire. Elle pourrait également être intégrée à la formation médicale continue des MG et leur permettre à la fois d'améliorer leurs connaissances théoriques et pratiques sur les VC et avoir un premier contact avec une association locale spécialisée dans l'aide aux victimes.

Actuellement, quelques outils d'aide au repérage et à la prise en charge des VC sont à la disposition des MG. Il s'agit de vidéos, fiches pédagogiques et affiches à destination des salles d'attente des professionnels de santé, disponibles sur le site internet du gouvernement (<https://arretonslesviolences.gouv.fr>). Le site internet de Declicviolence aide également au repérage et au suivi des VC en médecine générale. Les références de ces sites, les dernières recommandations de la HAS ainsi qu'une affiche à destination des salles d'attentes pourraient être envoyées aux MG.

7.3. Coordination et prévention

Les femmes ayant répondu à notre questionnaire souhaitaient également une prise en charge coordonnée des VC entre les MG, les travailleurs sociaux et ceux de la justice. A l'image du réseau PRÉvention Violence Orientation Santé (Previos), créé en 2005 à l'initiative du service de médecine légale du centre hospitalier régional et universitaire de Rangueil à Toulouse, on pourrait imaginer des consultations pluridisciplinaires de prévention à destination des femmes victimes de VC. Ces consultations réuniraient un médecin, un juriste et un psychologue. Une étude réalisée entre 2006 et 2007 sur le fonctionnement de ce dispositif auprès de 137 femmes, a montré que 94% d'entre elles souhaitaient continuer le suivi spécialisé, qu'il soit médical, psychologique ou au sein d'un milieu associatif (81). Cela permettrait donc d'améliorer le suivi de ces patientes.

La prévention en matière de VC a également toute sa place auprès des auteurs de faits de VC et des enfants qui en sont témoins.

La prise en charge des auteurs de VC est essentielle à la protection des victimes. En ce sens, un numéro vert d'aide qui leur est dédié a été créé en avril 2020. Fin janvier 2021, 400 auteurs avaient appelé et 70% d'entre eux avaient accepté un suivi psychologie à l'issue de l'échange. Également, suite aux mesures du Grenelle des

violences conjugales de 2019, le gouvernement a fixé l'ouverture de deux centres de suivi et de prise en charge des auteur(e)s de violences conjugales par région (82).

Quant aux enfants, nous savons qu'avoir été témoin de VC est un facteur de risque de reproduction de ces violences à l'âge adulte (31). L'unité hospitalière de l'enfance en danger de Toulouse a par ailleurs créé une consultation spécialement dédiée aux enfants témoins de VC (81).

Il pourrait donc être recommandé aux MG de parler des VC avec les auteurs et les enfants témoins.

Plus largement, il est important de continuer à promouvoir l'égalité filles-garçons à l'école comme initié par la Convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif (83), car la violence du genre à l'école constituerait un facteur de risque de VC à venir (84).

VI- CONCLUSION

Les femmes consultant dans les associations d'aide spécialisée en Charente et Charente-Maritime souhaiteraient que le MG aborde les VC, et elles considèrent que c'est de son ressort.

Ces femmes sont repérables car elles consultent leur MG majoritairement au moins trois fois par an et principalement pour des douleurs, de la fatigue, de l'insomnie et des troubles psychologiques. Ces symptômes généraux devraient interpeller les MG et les encourager à dépister davantage les VC.

Cependant, le repérage des femmes victimes de VC, par le MG, ainsi que l'orientation de ces dernières vers des structures d'aide spécialisée, sont encore insuffisants. Les répondantes de notre questionnaire attendent des médecins qu'ils aient une attitude d'écoute, d'empathie et qu'ils leur viennent en aide sans les juger. Elles souhaiteraient être mieux informées, conseillées et orientées.

Pour répondre à ces attentes, il paraît indispensable que la formation des MG à ce sujet soit plus complète et pragmatique, et qu'ils aient une meilleure connaissance des réseaux d'aide de proximité. La carte interactive des associations d'aide aux victimes disponible sur le site internet de Declicviolence que notre travail a permis de compléter, constituera un outil pratique dans l'orientation des femmes victimes.

Également, pour lever le sentiment d'impuissance et d'isolement des MG, il serait intéressant d'effectuer un travail coordonné de prise en charge et de prévention avec les travailleurs sociaux et la justice. Ce travail doit être envisagé auprès des femmes victimes mais aussi des auteurs et des enfants témoins de VC.

Tous ces éléments permettront peut-être aux MG d'intégrer plus aisément le dépistage systématique des VC dans leur pratique, comme recommandé par la HAS.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé | Violence à l'encontre des femmes: un problème mondial de santé publique d'ampleur épidémique [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/fr/
2. Lecomte D, Tucker ML, Fornes P. Homicide in women, a report of 441 cases from Paris and its suburbs over a 7-year period. *J Clin Forensic Med*. 1998;(5):15-6.
3. Astin, Ogland-Hand, Coleman. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparaisons with maritally distressed women. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1995;63(2):308-12.
4. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale. *Popul Sociétés*. janvier 2001(364):1-4.
5. Lebas J., Morvant C., Cabanne J., Leclercq V., Chauvin P. Violences conjugales: repérer et aider les victimes. *Rev Prat MG*. 2005;945-54.
6. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J. Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone. *Am J Public Health*. mars 2005;95(3):465-70.
7. Les enfants victimes de violences conjugales | Cairn.info [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2006-1-page-185.htm>
8. Cavalin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. :9.
9. Etude de faisabilité d'une évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple en France. Rapport au Service des droits des femmes et de l'égalité. Paris; 2006 p. 111. (La documentation française).
10. Collectif. Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France. Paris: Secrétariat d'état aux Droits des Femmes; 2000 p. 15.
11. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnelles de santé. Rapport au ministre chargé de la santé. Paris; 2001 p. 64.

12. Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. *Aust N Z J Public Health*. oct 2001;25(5):433-7.
13. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012;52(6):587-605.
14. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: Abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns*. 1 mars 2008;70(3):386-94.
15. Wester W, Wong SLF, Lagro-Janssen ALM. What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. *Women Health*. 2007;45(1):105-19.
16. 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.
17. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess Winch Engl*. mars 2009;13(16):iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347.
18. Dequiré A-F. Les violences faites aux femmes dans le monde : une pandémie ? *Pensee Plurielle*. 2019;n° 50(2):21-33.
19. Ronai E. L'émergence de la problématique des violences faites aux femmes dans le débat public [Internet]. *Violences conjugales : un défi pour la parentalité*. Dunod; 2015 [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales-un-defi-pour-la-parentalite--9782100709861-page-55.htm>
20. Vaillé H. Les femmes victimes de violences conjugales [Internet]. *Violence(s) et société aujourd'hui*. Éditions Sciences Humaines; 2011 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/violences-et-societe-aujourd-hui--9782361060145-page-33.htm>
21. Faits et chiffres [Internet]. Amnesty International Suisse. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.amnesty.ch/fr/themes/droits-des-femmes/faits-chiffres-et/faits-et-chiffres>

22. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-chiffres-de-reference-sur-les.html>
23. Basselier N. Commission violences sexistes et sexuelles. La Rochelle; 2020 nov.
24. Dagorn J. Rapport sur les violences sexistes et sexuelles en Nouvelle-Aquitaine. 2020 nov.
25. Différences entre conflit de couple et violences conjugales – Solidarité Femmes Loire Atlantique [Internet]. [cité 5 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/2-differences-entre-conflit-de-couple-et-violences-conjugales/>
26. Direction des affaires criminelles et des grâces. Les violences au sein du couple. Paris: Ministère de la Justice; 2011 nov p. 9.
27. Daligand L. Chapitre III. Le cycle de la violence. Que Sais-Je. 29 déc 2016;62-85.
28. CP - Cyberviolences conjugales : mieux comprendre pour mieux protéger | Centre Hubertine Auclert [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://m.centre-hubertine-auclert.fr/article/cp-cyberviolences-conjugales-mieux-comprendre-pour-mieux-protger>
29. Manseur Z. Entre projet de départ et soumission : la souffrance de la femme battue. Pensee Plurielle. 2004;no 8(2):103-18.
30. Salmona M. Chapitre 10. Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales [Internet]. Violences conjugales et famille. Dunod; 2016 [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100749386-page-98.htm>
31. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Recommandations. 2019 juin.
32. Organisation mondiale de la santé. La violence exercée par un partenaire intime. 2012 p. 4.
33. Organisation Mondiale de la Santé. Violence against women: a priority health issue. Genève; 1997 p. 28.
34. Couturier M. Les évolutions du droit français face aux violences conjugales. Dialogue. 26 mai 2011;n° 191(1):67-78.
35. Ronai E, Durand E. Violences conjugales-Le droit d'être protégée. 257-9 p.

36. La lutte contre les violences faites aux femmes : état des lieux | Vie publique.fr [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/19593-la-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes-etat-des-lieux>
37. 2006-2016 : un combat inachevé contre les violences conjugales [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r15-425/r15-4251.html>
38. Ministère français des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 5ème plan de lutte contre toutes les violences faites aux femmes. 2016 p. 80.
39. « Ne frappez pas » : la délégation aux droits des femmes appelle les médias à relayer massivement le numéro d'écoute destiné à éviter le passage à l'acte des auteurs de violences - Sénat [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/presse/cp20200421.html>
40. Sur le bilan de la lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants au sein de la famille : conséquences du confinement, défis du déconfinement [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r19-597/r19-5972.html>
41. Nationale Gendarmerie. Violences conjugales : pharmacies et centres commerciaux associés au dispositif d'alerte [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.gendarmerie.interieur.gouv.fr/zooms/dispositif-d-alerte-des-violences-conjugales-pharmacies-sms>
42. Goubail L. Haute Autorité de santé. 2019;58.
43. Outils de formation | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-de-formation>
44. American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. Arch Fam Med. 1 sept 1992;1(1):39-47.
45. Flores J, Maurice P, Lampron C, Arseneau L, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale [Internet]. Montréal, Qué.: Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec; 2010 [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.deslibris.ca/ID/223012>
46. Guiguet-Auclair C, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool). Bull Epidémiol Hebd. 2021;(2):32-40.

47. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco AD, Chastaing J, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. *Médecine*. 10 déc 2014;10(9):423-8.
48. Wong SLF, Wester F, Mol S, Römkens R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. *Br J Gen Pract*. 1 mai 2007;57(538):396-400.
49. Bigot A. Impact d'un dépliant pédagogique sur les violences conjugales à destination des internes de médecine générale: une étude comparative en Poitou-Charentes. [Thèse d'exercice]. Poitiers 2018.
50. Mu-Sek-Sang R. Le dépistage systématique des violences conjugales: étude réalisée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2017. [Thèse d'exercice]. Poitiers; 2017.
51. Bonnet P. État des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne. [Thèse d'exercice]. Poitiers; 2017.
52. Le financement de la lutte contre les violences faites aux femmes : une priorité politique qui doit passer de la parole aux actes [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r19-602/r19-602_mono.html
53. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite humaine. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2018. 2019 nov. Report No.: 14.
54. Peyrelongue M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste: Étude AVIC-MG en Aquitaine. [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2020.
55. Grignou M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste: Étude AVIC-MG en région Centre-Val de Loire [Thèse d'exercice]. Tours; 2021.
56. Lelong L. Repérage et orientation des femmes victimes de violences conjugales en Limousin en 2019: les réseaux disponibles et attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste. [Thèse d'exercice]. Limoges; 2020.
57. Riobé J. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste: Étude AVIC-MG dans les départements des Bouches du Rhône, du Var, du Vaucluse, des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes. Marseille; 2020.

58. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>. [cité 6 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
59. Jacquot J. AVIC-MG: Attentes des femmes Victimes de violences Conjugales envers leur Médecin Généraliste: Etude quantitative en Alsace. Strasbourg; 2020.
60. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-1042107,6661347,2576337,1619645&c=indicator&i=rp.age0024nn&i2=tcrd021.estim_pop_part_des_0_24ans&s=2017&s2=2021&view=map2
61. 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.
62. Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne. Violence à l'égard des femmes: une enquête à l'échelle de l'UE: les résultats en bref. Luxembourg; 2014.
63. 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;(92):75-81.
64. Boisman A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. [Thèse d'exercice]. Grenoble; 2012.
65. Fromental C, Ricaud L, Boyer P, Université Toulouse 3 Paul Sabatier (1969-....), Université Paul Sabatier (Toulouse), Faculté des sciences médicales Rangueil. Vécu du médecin généraliste face au dépistage des violences conjugales faites aux femmes en Haute-Garonne: étude qualitative en 2011. [S.l.]: [s.n.]; 2011.
66. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev. 22 juill 2015;(7):CD007007.
67. 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. :163.

68. 3ème cycle : Internat [Internet]. Faculté de Médecine et de Pharmacie. [cité 16 juin 2021]. Disponible sur: <https://medphar.univ-poitiers.fr/accueil/formations/medecine/3eme-cycle-internat/>
69. Auslender V. Les violences faites aux femmes: enquête nationale auprès des étudiants en médecine. [Thèse d'exercice]. Pierre et Marie Curie Paris 6; 2015.
70. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. [Paris]; 2012.
71. Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Taft A. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 1 juill 2008;58(552):484-7.
72. Martinez F, Uriburu ME, Pierre M, Latoures A. Violences à l'encontre des femmes en île-de-france: situations et parcours de femmes victimes de violences conjugales, données 2013. Observatoire Régional des Violences faites aux femmes; 2015.
73. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrell D, et al. Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. Am J Prev Med. févr 2007;32(2):89-96.
74. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de littérature. [Thèse d'exercice]. Clermont Auvergne; 2017.
75. Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. BMJ. 13 mars 2004;328(7440):621-4.
76. Are gynaecological and pregnancy-associated conditions in family practice indicators of intimate partner violence? - PubMed [Internet]. [cité 23 juin 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27073193/>
77. 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.
78. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
79. Prosman G-J, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. Scand J Caring Sci. mars 2014;28(1):3-11.

80. Frey C. Améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale: quel serait le contenu de la formation « idéale » ? [Thèse d'exercice]. Strasbourg; 2019.
81. Bazex H, Thomas A, Combalbert N, Lignon S. La création d'un réseau pluridisciplinaire de prévention de la violence conjugale. *L'Encéphale*. 1 févr 2010;36(1):62-8.
82. Penna A. , Le Berre R., Legrand A. Auteurs de violences conjugales. *Lien Soc*. 23 mars 2021;1290(5):18-24.
83. Grenelle des violences conjugales : Jean-Michel Blanquer et Marlène Schiappa s'engagent pour la prévention et l'égalité filles-garçons [Internet]. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 29 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/grenelle-des-violences-conjugales-jean-michel-blanquer-et-marlene-schiappa-s-engagent-pour-la-1862>
84. Durif-Varembont J-P, Mercader P. Les violences de genre à l'école, terreau des violences conjugales ? *Rech Fam*. 4 avr 2019;n° 16(1):117-28.

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

Film réalisé par Johanna Bedeau et Laurent Benaïm. Acteurs-actrices : Aurélie Petit et Marc Citti.

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

Un court-métrage : « Anna »

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

« Un livret d'accompagnement à la formation »

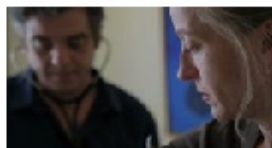
Ce livret, élaboré avec le concours d'un collège de formateur-trice-s, d'enseignant-e-s, de professionnel-le-s de santé et d'expert-e-s aborde de façon explicite et détaillée :

❖ Le mécanisme des violences conjugales :



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

❖ Le repérage



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

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

❖ La prise en charge et l'orientation



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

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

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

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

Annexe 1 : Kit pédagogique ANNA à destination des professionnels de santé

Version française du WAST, questionnaire de dépistage des violences conjugales

Questionnaire WAST

Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?

- ☐ Très tendue ☐ Assez tendue ☐ Sans tension

2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?

- ☐ Très difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Sans difficulté

3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Annexe 2 : Questionnaire de dépistage des VC, Woman Abuse Screening Tool (WAST)

Département	Association	Réseau/Ville
Charente (16)	CIDFF 16	CIDFF / Angoulême
	CHRS Parenthèse	Dispositif téléphonique départemental/ Angoulême
	France Victime 16	France Victime/ Angoulême
	Femmes Solidaires 16	Angoulême
Charente-Maritime (17)	CIDFF 17	CIDFF/ La Rochelle
	Tremplin 17	Saintes
	EPD les 2 Monts	Jonzac
	Altéa Cabestan	Rochefort
	Altéa Cabestan	La Rochelle
	L'Escale	La Rochelle

Annexe 3 : Tableau des associations contactées pour l'étude AVIC-MG en Charente et Charente-Maritime

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 poussée, ...) 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 aux 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'angoisse 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 victime 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 pas

Commentaires éventuels :

.....

.....

7. Est-ce que vous auriez (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
- ☐ Autres(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

11. Si OUI, comment ce(s) médecin(s) généraliste(s) vous reçoivent-ils en consultation ?

- ☐ Seule
- ☐ Avec votre conjoint
- ☐ Ça dépend des fois

12. Est-ce que le fait que le médecin généraliste soit un homme ou une femme peut influencer votre facilité à lui parler des violences que vous subissez ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Commentaires éventuels :

.....
.....

13. Avez-vous d'autres choses à nous dire concernant vos attentes envers les médecins généralistes ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si certaines questions vous ont mises mal à l'aise ou si vous en ressentez le besoin, nous nous tenons à votre disposition :

(nom et coordonnées du psychologue ou référent de la structure)

Pour tout renseignement, vous pouvez nous contacter par mail : morgane.pouliquen@etu.univ-poitiers.fr

Annexe 4 : Questionnaire de l'étude AVIC-MG

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,



Morgane Pouliquen et Aurélie Souat, médecins généralistes, en thèse de médecine générale sur l'étude AVIC-MG

Annexe 5 : Affiche informative disposée dans les salles d'attentes des associations participantes à l'étude



Etude **AVIC-MG**



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

Madame,

Dans le cadre d'une étude nationale, validée par le Collège national de Médecine générale, 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, et le questionnaire qui vous est proposé est strictement anonyme. A ce titre, il n'a nécessité aucune démarche de conformité au Règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi Informatique et libertés. 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.

Si vous souhaitez plus d'informations sur cette étude, vous pouvez contacter, les personnes en charge de la mise en œuvre de l'étude dans les départements du Poitou-Charentes, dans le cadre de leur thèse d'exercice de médecine à l'université de Poitiers :

morgane.pouliquen@etu.univ-poitiers.fr ou aurelie.souat@etu.univ-poitiers.fr

Annexe 6 : Affiche informative adjointe à la boîte de recueil des questionnaires AVIC-MG



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 7 : Accord CNIL concernant l'étude AVIC-MG

DEPARTEMENT	TYPE	NOM de la STRUCTURE	NOM de la personne	TYPE de SERVICES proposés et/ou PROFESSIONNELS présents dans la structure	ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE	NUMERO de TELEPHONE	HORAIRES	Permanences dans d'autres lieux	ELEMENTS SUPPLEMENTAIRES
16- Charente	Kerérent départemental										
16- Charente	Référent hospitalier "violences faites aux femmes"	Urgences CH Angoulême	Dr BLANCHER Emmanuel	Médecin urgentiste, spécialiste en médecine légale	Rond point de Girac	16959	Angoulême	05-45-24-42-46			
16- Charente	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	FRANCE VICTIMES 16	Mme DECOSTERD Isabelle	Informations sur les droits et comment les faire valoir	2 rue de Beaulieu	16 000	Angoulême	05-45-92-89-40	Du lundi au vendredi: 09h-12h et 14h-17h	Comissariat Angoulême, Place du champ de mars tous les lundis	mail: francevictimes16@gmail.com
16- Charente	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	CIDFF 16	Mme MOREAU Stéphanie	- Juristes - Psychologues - Conseillères conjugale/famille - Sexologue	16, rue des Boissières	16 000	Angoulême	05-45-92-34-02	Du lundi au vendredi: 09h-12h et 14h-17h	Confolens, Ruffec, Cognac, Barbezieux	mail: cidff.charente@cidff16.org

16 -Charente	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	CHRS Parenthèse	Mme GARCIN Chantal	• Hébergement • Accueil de jour • Accompagnement socio-éducatif • Educateurs, Aides médico psychologiques, Psychologues	10-12 Passage Marengo	16 000	Angoulême	• Sur rdv au 05-45-38-51-33 • Numéro vert de dispositif départemental: 0800-16-79-74 24h/24 et 365/an qui détermine l'orientation vers les partenaires (CIDFF, ASVAD, assistante sociale)	Du lundi au vendredi: 09h-12h et 14h-17h sauf le lundi après-midi Sur rdv entre 12h-14h et 17h-19h	Barbezieux, Chalais, Confolens, Mansle, Ruffec, Roumazières	mail: chrsparenthese@mairie-angouleme.fr
16- Charente	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	Femmes solidaires 16	Mme DIOP Khade	• Ecouter, soutenir et accompagner les femmes dans différentes démarches juridiques et sociales • Accueil très souvent de femmes immigrées ne parlant pas le français • Personnel bénévole: travailleuses actives ou retraitées spécialisées dans le droit ou la santé.	28, rue Mirabeau	16 000	Angoulême	06-43-83-24-65	Le 2ème vendredi du mois de 14 à 17h et un mercredi par mois de 15h à 17h30		mail: femmes-solidaires@laposte.net et
16- Charente	Hébergement d'urgence	CHRS Parenthèse	Mme GARCIN Chantal	• Psychologues • Conseillères en insertion professionnelle	10-12 Passage Marengo	16 000	Angoulême	• Sur rdv au 05-45-38-86-99 • Numéro vert de dispositif départemental: 0800-16-79-74 24h/24 et 365/an qui détermine l'orientation vers les partenaires (CIDFF, ASVAD, assistante sociale)	Du lundi au vendredi 9h-17h30 et le week end, l'écouter d'astreinte se déplace sur le lieu d'hébergement de la victime pour un 1er contact		

16- Charente	Services judiciaires	Tribunal de Grande Instance			Palais de Justice Place Francis Louvel	16 007	Angoulême	05-45-37-11-00				
16- Charente	Services judiciaires	Point Justice - Maison de la Justice et du Droit			Rue René Pajot	16 000	Angoulême	05-45-24-68-01	•Appeler pour connaître les permanences •Consultation gratuite J14 avocat les mercredis de 14h à 17h	Barbezieux, Cognac, Confolens, Soyaux, Ruffec, Montmoreau st Cybard		
16- Charente	Ordre des avocats					16 007	Angoulême	05-45-37-16-80				
16- Charente	Services destinés aux enfants	Conseil départemental de la Charente - Direction de la protection de l'enfance	Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)	Recueil, traitement et évaluation des informations relatives à l'enfance en danger ou en risque de l'être	permanence gratuite	16 917	Angoulême	05-16-09-76-20 ou 05-16-09-67-85 ou N°vert "Allô enfance en danger" au 119	Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h		mail: crip16@lacharente.fr	
16- Charente	Services destinés aux enfants	Association pour la Protection, l'information et la Défense de l'Enfance (APIDE)		•Permanence téléphonique 24h/24 pour signaler des enfants en difficulté •Défense de l'enfant par les avocats de l'association •Point d'accès aux droits pour les enfants de 0 à 18 ans victimes de violences ou en conflit d'intérêt avec leurs représentants légaux		16 007	Angoulême	05-45-61-20-02				

16- Charente	Services destinés aux enfants	Maisons départementales de santé		•Protection maternelle et infantile (PMI) •Prévention et protection de l'enfance dans le cadre des missions d'aide sociale à l'enfance (ASE)	20 Maisons départementales des solidarités à travers tout le département	16 959	Angoulême	05-45-24-41-29	Accueil physique du lundi au vendredi de 9h à 12h et 14h à 17h Accueil téléphonique du lundi au vendredi de 8h45 à 12h et de 13h45 à 17h.		
16- Charente	Services destinés aux enfants	Urgences pédiatriques	Dr ROULLAUD Sylvie		Centre hospitalier d'Angoulême Rond point de Girac	16 959	Angoulême	05-45-24-41-29			
16- Charente	Services destinés aux enfants	Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)		Equipe pluridisciplinaire assurant l'accueil, l'écoute et les soins auprès des enfants et de leur famille	Rue Robert Schuman	16 000	Angoulême	05-45-91-76-00		Barbezieux, Chalais, Cognac, Jarnac, Rouillac	
16- Charente	Services destinés aux enfants	Enfance en danger- N°vert 24h/24 7/7			National			119			
16- Charente	Services destinés aux enfants	Praticiens libéraux									
16- Charente	Structure pour les hommes violents et/ou victime	Association d'Enquête et de Médiation (AEM 16)		•Groupe de responsabilisation des auteurs de violences conjugales condamnés par le Tribunal à un sursis avec obligations de soins •Suivi thérapeutique des auteurs	111 avenue du Général De Gaulle	16 800	Soyaux	05-17-20-01-67			mail: aem16@assoaem.org

DEPARTEMENT	TYPE	NOM de la STRUCTURE	NOM de la personne	TYPE de SERVICES proposés et/ou PROFESSIONNELS présents dans la structure	ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE	NUMERO de TELEPHONE	HORAIRES	Permanences dans d'autres lieux	ELEMENTS SUPPLEMENTAIRES
17- Charente-Maritime	Référent départemental pour les violences conjugales										
17- Charente-Maritime	Référent hospitalier "violences faites aux femmes"		Dr HERY Nolwenn	médecin urgentiste	Service d'urgences adultes CH la Rochelle	17 000	La Rochelle			Service d'urgences du CH de Rochefort	
17- Charente-Maritime	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	CIDFF La Rochelle	Mme BASTARD Michèle	• Information juridique • Ecoute psychologique • Groupe de paroles	88 rue de Bel Air	17 000	La Rochelle	05-46-41-18-86 (La Rochelle)	Du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h	La Rochelle , Rochefort, Saintes, Royan, Marans, Marennes, Saint-Jean-D'Angely, Jonzac	• membre des réseaux FNCIDFF et France Victimes • mail: contact@cidff17.org
17- Charente-Maritime	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	CIDFF Saintes		• Information juridique • Ecoute psychologique • Groupe de paroles	Cité entrepreneuriale le Batiment Charente 18 boulevard Guillet Maillet	17 100	Saintes	05-46-74-73-17			

17- Charente-Maritime	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	Tremplin 17 Saintes	Mme NEULAT Sandrine	• Hébergement d'urgence et temporaire • Accueil de jour avec accompagnement social • Intervenant social en police et gendarmerie	24 avenue du président Salvadoré Allendé	17 100	Saintes	05-46-74-43-21	Du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h30	mail: polesocial.saintes@tremplin17.fr
17- Charente-Maritime	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	Tremplin 17 Royan	Mme RONTET Cédric	• Hébergement d'urgence et temporaire • Accueil de jour avec accompagnement social • Intervenant social en police et gendarmerie	1 rue de la Providence	17 200	Royan	05-46-39-04-00	Du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h30	mail: polesocial.royan@tremplin17.fr
17- Charente-Maritime	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	Tremplin 17 St Jean d'Angely	Mme GUITTON Chantal	• Hébergement d'urgence et temporaire • Accueil de jour avec accompagnement social • Intervenant social en police et gendarmerie	37 boulevard Joseph Lair	17 400	St Jean d'Angely	05-46-24-07-35	Du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h30	mail: polesocial.st.jean.dangely@tremplin17.fr
17- Charente-Maritime	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	Tremplin 17 Montendre	Mme PAPUCHON Christine	• Appartement d'urgence • Accompagnement social	1 place de l'Eglise	17 130	Montendre	05-46-70-69-20	Du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h30	mail: polesocial.montendre@tremplin17.fr

17- Charente-Maritime	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	EPD les 2 Monts	Mme DUVIGNE AU Yolaine	• Accueil de proximité dans la commune la plus proche du domicile des victimes de la Haute-Saintonge par une assistance sociale: conseil juridique et orientation vers les partenaires compétents. • Possibilité d'hébergement temporaire.	4 rue de Roch	17 210	Montlieu-la-Garde	05-46-04-59-10 ou 06-70-40-98-33	Du lundi au vendredi de 9h au 17h			
17- Charente-Maritime	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	Altea Cabestan Rochefort	Mme AUGEREAU Isabelle	• Centre d'hébergement et réinsertion sociale (CHRS) • Educateurs spécialisés, conseillers économique et social	10 T Rue du Maréchal Gallieni	17 300	Rochefort	05-46-99-72-00	Du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h			
17- Charente-Maritime	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	Altea Cabestan La Rochelle	Mme BERNAUD Jocelyne	Centre d'hébergement et réinsertion sociale (CHRS)	411 avenue Jean Guilton	17 000	La Rochelle	05-46-42-62-74	Du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h			Intervenant social: Sandrine Cam 06-31-91-22-58 s.cam@tremplin17.fr
17- Charente-Maritime	Hébergement d'urgence	Tremplin 17 Saintes	Mme NEULAT Sandrine	Centre d'hébergement et réinsertion sociale (CHRS)	24 avenue du président Salvador Allendé	17 100	Saintes	05-46-74-43-21	Le week end et après 17h30 s'adresser aux commissariats de police et brigades de gendarmerie	Royan, St Jean d'Angély, Montendre	• Commissariat de Police de Royan: 05-46-39-40-10 • Brigade de Gendarmerie de Saujon: 05-46-02-80-17 • Brigade de gendarmerie de La Tremblade: 05-46-36	

17- Charente-Maritime	Hébergement d'urgence	L'Escale	Mme PROTTEA U-SANCHEZ Sarah	• Hébergement d'urgence et d'insertion • Réinsertion économique et sociale des femmes • Prise en charge globale par une assistante sociale	Service hébergement: 21, avenue des Cordeliers Accueil de jour comme de nuit: Rond point du Champ de Mars	17 000	La Rochelle	05-46-00-20-30 ou 05-46-67-12-58			
17- Charente-Maritime	Services médico-judiciaires / service de victimologie / pôle d'accueil des violences										
17- Charente-Maritime	Services judiciaires	Tribunal judiciaire			10 rue du Palais	17 028	La Rochelle	05-17-83-93-70			
17- Charente-Maritime	Services judiciaires	Tribunal judiciaire			Square Maréchal Foch	17 100	Saintes	05-17-28-39-00			
17- Charente-Maritime	Services judiciaires	Point Justice - Maison de la Justice et du Droit			Square de La Passerelle Mairie annexe de Mireuil	17 000	La Rochelle	05-46-09-92-01	Permanences assurées par CIDFF 17 sur rendez-vous tous les lundis de 14h à 17h		
17- Charente-Maritime	Ordre des avocats	La Rochelle			32 rue Gargouill	17 000	La Rochelle	05-46-41-47-06			
17- Charente-Maritime	Ordre des avocats	Saintes			Square Maréchal Foch	17 100	Saintes	05-46-93-04-39			

17- Charente-Maritime	Services destinés aux enfants	Direction de l'enfance et de la famille Département de la Charente-Maritime	Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)	85 boulevard de la République	17 076	La Rochelle	05-46-31-70-00			
17- Charente-Maritime	Service destiné aux enfants	CH La Rochelle	Dr LAPEYRE Delphine	Urgences pédiatriques	rue du Dr Schweitzer	17 019	La Rochelle	05-46-45-50-50	autres services d'urgences pédiatriques: Rochefort, Saintes	
17-Charente-Maritime	Service destiné aux enfants	Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)	Equipe pluridisciplinaire assurant l'accueil, l'écoute et les soins auprès des enfants et de leur famille	34 place de Verdun	17 000	La Rochelle	05-46-41-07-46		Rochefort, Saintes, Saint Genis de Saintonge, Surgères	
17-Charente-Maritime	Service destiné aux enfants	Maison des Adolescents et des Jeunes adultes de Charente -Maritime (MADJA 17)	•Accueil, écoute, accompagnement, orientation, prévention des jeunes entre 12 et 25 ans •2 Infirmiers, 2 psychologues, 3 éducateurs spécialisés	5 ter avenue Kennedy	17 000	La Rochelle	05-46-50-01-49	sur rendez-vous	mail: contact@maisonsdesadolescents17.fr	
17- Charente-Maritime	Service destiné aux enfants	Praticiens libéraux								
17- Charente-Maritime	Service destiné aux enfants	Enfance en danger- N°vert 24h/24 et 7j/7		National				119		
17- Charente-Maritime	Struture pour les hommes violents et/ou victimes	Association d'Enquête et de Médiation (AEM 17)	•Groupe de responsabilisation et suivis thérapeutiques des auteurs condamnés par le Tribunal à un sursis mise à l'épreuve avec obligation de soins •Juristes, psychologues et travailleurs sociaux	32. rue Saint Lé,	17 000	La Rochelle	05-46-30-00-05		mail: aem17@assoaem.org	

Annexe 8 : Tableaux de recensement des réseaux d'aide de proximité aux victimes et auteurs de violences en Charente et Charente-Maritime, également disponibles sur le site internet de [Declicviolence](http://Declicviolence.fr).

RÉSUMÉ

Contexte : Près d'un tiers des femmes âgées de 15 à 49 ans à travers le monde déclarent avoir subi des violences conjugales (VC). Le médecin généraliste (MG) est souvent le premier interlocuteur de ces victimes mais il dépiste peu.

Objectifs : Observer si les femmes victimes de VC consultant dans les associations d'aide aux victimes souhaitent être questionnées à ce sujet par le MG, décrire la population de ces femmes et les caractéristiques de leur(s) consultation(s) en médecine générale au cours des douze derniers mois.

Matériel et méthode : Etude épidémiologique descriptive multicentrique conduite dans les départements de Charente et Charente-Maritime pendant quatre mois entre octobre 2020 et mars 2021. Auto-questionnaire de 13 items recueilli auprès de femmes majeures victimes de VC consultant dans des structures de soutien aux victimes.

Résultats : Dix associations ont participé et 98 questionnaires ont été analysés. 85% des femmes auraient souhaité que le sujet des VC soit abordé par le MG et 91% estimaient que cela faisait partie de son rôle. 89% des femmes consultaient au moins une fois le MG au cours des 12 derniers mois, principalement pour des symptômes généraux tels que la fatigue (74%), les douleurs (71%) et l'insomnie (68%) ou des troubles psychologiques (angoisse, prescription de psychotropes). La moitié avait parlé des VC au MG, pour la plupart de leur propre initiative (46%). Cependant, seul 7% d'entre elles ont été orientées vers une structure d'aide spécialisée par leur MG.

Conclusion : Les femmes victimes de VC consultant dans les structures d'aide spécialisée en Charente et Charente-Maritime sont accessibles au repérage par le MG. Elles souhaitent être interrogées à ce sujet par le MG, qu'il les écoute avec empathie et sans jugement, et qu'il sache les informer et les orienter vers des structures d'aide aux victimes. Il a par conséquent un rôle primordial dans la prévention, le dépistage et l'orientation des victimes. Une formation plus pragmatique, une meilleure connaissance des réseaux d'aide de proximité ainsi qu'un travail coordonné avec les travailleurs sociaux et la justice permettraient aux MG d'assumer plus amplement ce rôle.

Mots clés : violences conjugales, attentes des femmes victimes, médecin généraliste, dépistage.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



RÉSUMÉ

Contexte : Un tiers des femmes âgées de 15 à 49 ans à travers le monde déclarent avoir subi des violences conjugales (VC). Le médecin généraliste (MG) est souvent le premier interlocuteur de ces victimes mais il dépiste peu.

Objectifs : Observer si les femmes victimes de VC consultant dans les associations d'aide aux victimes souhaitent être questionnées à ce sujet par le MG, décrire la population de ces femmes et les caractéristiques de leur(s) consultation(s) en médecine générale au cours des douze derniers mois.

Matériel et méthode : Etude épidémiologique descriptive multicentrique conduite dans les départements de Charente et Charente-Maritime pendant quatre mois entre octobre 2020 et mars 2021. Auto-questionnaire de 13 items recueilli auprès de femmes majeures victimes de VC consultant dans des structures de soutien aux victimes.

Résultats : Dix associations ont participé et 98 questionnaires ont été analysés. 85% des femmes auraient souhaité que le sujet des VC soit abordé par le MG et 91% estimaient que cela faisait partie de son rôle. 89% des femmes consultaient au moins une fois le MG au cours des 12 derniers mois, principalement pour des symptômes généraux tels que la fatigue (74%), les douleurs (71%) et l'insomnie (68%) ou des troubles psychologiques (angoisse, prescription de psychotropes). La moitié avait parlé des VC au MG, pour la plupart de leur propre initiative (46%). Cependant, seul 7% d'entre elles ont été orientées vers une structure d'aide spécialisée par leur MG.

Conclusion : Les femmes victimes de VC consultant dans les structures d'aide spécialisée en Charente et Charente-Maritime sont accessibles au repérage par le MG. Elles souhaitent être interrogées à ce sujet par le MG, qu'il les écoute avec empathie et sans jugement, et qu'il sache les informer et les orienter vers des structures d'aide aux victimes. Il a par conséquent un rôle primordial dans la prévention, le dépistage et l'orientation des victimes. Une formation plus pragmatique, une meilleure connaissance des réseaux d'aide de proximité ainsi qu'un travail coordonné avec les travailleurs sociaux et la justice permettraient aux MG d'assumer plus amplement ce rôle.

Mots clés : violences conjugales, attentes des femmes victimes, médecin généraliste, dépistage.