

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 novembre 2021 à Poitiers

Par Aurélie SOUAT, née le 25/05/1992

**Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers  
leur médecin généraliste :  
Étude AVIC-MG en Deux-Sèvres et Vienne**

### **COMPOSITION DU JURY**

**Président :**

Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

**Membres :**

Monsieur le Docteur Michel SAPANET

Monsieur le Docteur Vincent HELIS

**Directeur de thèse :**

Madame le Docteur Stéphanie MIGNOT, Professeure associée



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 novembre 2021 à Poitiers

Par Aurélie SOUAT, née le 25/05/1992

**Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers  
leur médecin généraliste :  
Étude AVIC-MG en Deux-Sèvres et Vienne**

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président :**

Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

**Membres :**

Monsieur le Docteur Michel SAPANET

Monsieur le Docteur Vincent HELIS

**Directeur de thèse :**

Madame le Docteur Stéphanie MIGNOT, Professeure associée


**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
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- 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 viscérale et digestive (**retraite au 01/01/2022**)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile (**retraite au 01/11/2021**)
- 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, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie

- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation  
**(retraite au 01/12/2021)**
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- 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, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021**)
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (**en mission 1an a/c du 12/07/2021**)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- 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 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- 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

### **Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

### **Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales**

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

### **Professeurs associés de médecine générale**

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

### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

### **Enseignant d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié

### **Professeurs émérites**

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

### **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
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- 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, oncologie 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)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (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)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (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
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- 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
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## Remerciements

**À Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ** : vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, je vous en remercie très sincèrement. J'ai pu bénéficier d'une excellente formation lors de mon stage aux urgences du CHU de Poitiers, soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

**À Monsieur le Docteur Michel SAPANET** : je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

**À Monsieur le Docteur Vincent HELIS** : je te remercie d'être présent aujourd'hui et de faire partie de ce jury. Tu m'as accompagnée et soutenue tout au long de mon internat en tant que tuteur, je tiens à t'exprimer toute ma gratitude.

**À Madame la Professeure associée Stéphanie MIGNOT** : je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et d'avoir été présente tout au long de ce travail. Veuillez accepter toute ma reconnaissance.

Je remercie sincèrement toutes les personnes ayant rendu ce travail possible : Madame le Docteur Mathilde VICARD-OLAGNE, de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand à l'initiative de l'étude AVIC-MG, les responsables des structures d'aides qui ont accepté de participer à ce travail et se sont investis dans ce projet ainsi que les femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire.

Je remercie tous les médecins et équipes paramédicales qui ont contribué à ma formation tout au long de mes études.

**Au Docteur Benoit SERVANTIE et au Docteur Sandra GUIBERT** : Merci pour votre confiance et ces quelques mois à Surgères.

**Aux belles rencontres** : Morgane, Adrien, Paul, Solène, merci d'être là.

**Aux amis qui avec les années deviennent la famille** : Saer, Mona, Gab et Tanya.

**À mes parents** : Merci de m'avoir mené jusqu'ici, d'avoir assuré mon éducation et subvenu à mes besoins. Merci infiniment.

**À mon frère et ma sœur**, loin des yeux près du cœur. Malgré nos différences, je suis fière de vous.

**À ma belle famille**, merci pour votre bienveillance et pour tous les moments partagés.

**À Médithe**, ma belle-grand-mère.

**À Thomas, mon pilier. Je t'aime.**

# Table des matières

<b>1. Introduction .....</b>	<b>13</b>
<b>2. Les Violences Conjugales .....</b>	<b>15</b>
<b>2. 1. Aspects et facteurs de risques des violences conjugales.....</b>	<b>15</b>
2. 1. 1. Les différents types de violences conjugales .....	15
2. 1. 2. Facteurs de risques .....	16
<b>2. 2. Mécanisme d'emprise et cycle de la violence .....</b>	<b>18</b>
2. 2. 1. Mécanisme d'emprise .....	18
2. 2. 2. Cycle de la violence .....	19
<b>2. 3. Cadre législatif, politique et dispositifs d'alerte .....</b>	<b>21</b>
2. 3. 1. Cadre législatif et politique.....	21
2. 3. 2. Dispositifs d'alerte .....	23
<b>3. Répercussions des violences conjugales et place du médecin généraliste .....</b>	<b>24</b>
<b>3. 1. Conséquences sur les femmes et les enfants.....</b>	<b>24</b>
3. 1. 1. Conséquences sur les femmes.....	24
3. 1. 2. Conséquences sur les enfants.....	26
<b>3. 2. Mémoire traumatique .....</b>	<b>27</b>
<b>3. 3. Rôle du médecin généraliste.....</b>	<b>28</b>
<b>4. Matériel et méthodes .....</b>	<b>31</b>
<b>5. Résultats .....</b>	<b>33</b>
<b>5. 1 Caractéristiques de la population étudiée.....</b>	<b>34</b>
<b>5. 2. Caractéristiques des consultations en médecine générale .....</b>	<b>37</b>
<b>5. 3. Dépistage des violences conjugales en médecine générale.....</b>	<b>40</b>
<b>6. Discussion.....</b>	<b>46</b>
<b>6. 1. Forces et limites .....</b>	<b>46</b>
<b>6. 2. Population de l'échantillon.....</b>	<b>48</b>
<b>6. 3. Caractéristiques des consultations.....</b>	<b>49</b>
6. 3. 1. Nombre de consultations .....	49
6. 3. 2. Motifs de consultations .....	50
6. 2. 3. Consultations pour les enfants .....	52
<b>6. 4. Attente des femmes victimes de VC envers leur MG .....</b>	<b>53</b>
<b>6. 5. Le dépistage.....</b>	<b>55</b>
6. 5. 1. Le dépistage systématique.....	55
6. 5. 2. Les outils du dépistage .....	56
<b>6. 6. Obstacles à la révélation des violences conjugales.....</b>	<b>57</b>
6.6.1 Freins à divulguer les VC.....	57
6. 6. 2. Freins à dépister les VC.....	58

<b>6. 7. Perspectives .....</b>	<b>59</b>
6. 7. 1 Répondre aux attentes des femmes concernant les violences conjugales .....	59
6. 7. 2. Améliorer la formation des médecins généralistes.....	61
6. 7. 3. Un autre frein : le manque de disponibilité.....	62
6. 7. 4. Dépister les victimes ... mais aussi les auteurs des violences conjugales.....	62
<b>7. Conclusion.....</b>	<b>64</b>
<b>8. Bibliographie .....</b>	<b>65</b>
<b>9. Annexes .....</b>	<b>70</b>
<b>10. Résumé .....</b>	<b>84</b>
<b>11. Serment d'Hippocrate.....</b>	<b>85</b>

## **Liste des abréviations**

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ENVEFF** : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

**COVID 19** : Corona Virus Disease appeared in 2019

**AVIC MG** : Attente des femmes Victimes de violences conjugales envers leur Médecin Généraliste

**VC** : Violences Conjugales

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**MG** : Médecin Généraliste

**CVS** : Cadre de Vie et Sécurité

**ITT** : Interruption Temporaire de Travail

**VPI** : Violences entre Partenaire Intime

**MIPROF** : Mission Interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

**WAST** : Woman abuse Screening Tool

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**CHRU** : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

## **Liste des Figures**

**Figure 1.** Le modèle écologique (p. 17)

**Figure 2.** Le cycle de la violence (p. 20)

**Figure 3.** Diagramme de flux (p. 33)

**Figure 4.** Répartition des répondantes selon leur catégorie d'âge (p. 34)

**Figure 5.** Nombres d'enfants chez les répondantes (p. 35)

**Figure 6.** Types de violences subies par les répondantes (p. 35)

**Figure 7.** Personnes ayant orienté les femmes victimes de violences conjugales vers les structures d'aide (p. 36)

**Figure 8.** Nombre de consultations en médecine générale dans l'année pour les répondantes (p. 37)

**Figure 9.** Nombre de consultations en médecine générale dans l'année pour leur(s) enfant(s) (p. 38)

**Figure 10.** Motifs des consultations en médecine générale (p. 39)

**Figure 11.** Discussion avec le médecin généraliste sur la présence de violences conjugales (p. 40)

**Figure 12.** Souhait des répondantes d'être interrogées sur l'existence de violences conjugales par leur médecin généraliste (p. 41)

**Figure 13.** Avis des répondantes concernant le rôle du médecin généraliste et le dépistage des violences conjugales (p. 42)

**Figure 14.** Répondantes ayant le même médecin que leur conjoint ou ex-conjoint (p. 43)

**Figure 15.** Consultation en présence de l'auteur des violences (p. 43)

**Figure 16.** Influence du genre du médecin généraliste comme facteur facilitant pour aborder les violences conjugales (p. 44)

## **Liste des tableaux**

**Tableau 1.** Facteurs associés à la violence à l'égard des femmes. (p. 18)

*« Il y a une vérité universelle, applicable à tous les pays, cultures et communautés : la violence à l'égard des femmes n'est jamais acceptable, jamais excusable, jamais tolérable ».*  
(1)

Ban Ki-Moon, ancien secrétaire des Nations Unies

# **1. Introduction**

Les violences faites aux femmes constituent l'une des violations des droits humains les plus répandues, les plus persistantes et dévastatrices au monde. Et pourtant, elles restent insuffisamment dénoncées en raison de l'impunité, de la crainte de la stigmatisation, et du sentiment de honte qui les entourent.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les violences conjugales comme "tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée."(2) On estime que 30% des femmes dans le monde ont subi au moins une fois des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime. (1)

En 2019 en France, 146 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, ce qui représente 84% des morts au sein du couple. Parmi les femmes tuées par leur conjoint, 41% étaient victimes de violences antérieures de la part de leur compagnon.(3) Les violences physiques ne sont qu'une partie plus visible des violences conjugales. En moyenne, le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans qui, au cours d'une année, sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur conjoint ou ex-conjoint est estimé à 213 000. Ce nombre est largement sous-estimé car les violences psychologiques et verbales ne sont pas comptabilisées dans ces études.

L'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France) réalisée en 2000 à la demande du Service des Droits de la Femme est la première étude nationale de grande envergure en matière de violences conjugales. Ce travail, mené sur un échantillon de 6970 femmes, recense qu'1 femme sur 10 vivant en couple était victime de violences conjugales (VC).(4) L'ENVEFF a ainsi permis de mettre en évidence l'ampleur du silence et l'occultation des violences par les femmes qui les subissent.

La crise sanitaire de la COVID 19 a entraîné une augmentation des violences intrafamiliales. Le numéro dédié aux violences conjugales a recensé trois fois plus d'appel entre mars et mai 2020 par rapport à la même période en 2019 ( 25% pendant le confinement contre 9% des appels en 2019 ). Le nombre de victimes de coups et blessures a nettement progressé et dépassé le niveau des années précédentes ( +4 % par rapport à la même période de l'année 2019 ).(5)

Les conséquences de ces violences affectent les femmes à tous les stades de leur vie et sont multiples : sur la santé physique et mentale de la femme, impact sur les enfants, coûts sociaux et économiques élevés pour les femmes, leur famille et la société. Ces faits de violences conjugales sont souvent répétés, s'aggravent et s'accroissent avec le temps, d'où l'intérêt et l'importance d'un repérage précoce. Le rôle du médecin généraliste est donc central dans le dépistage des violences conjugales. En premier lieu, le médecin écoute sa patiente et va pouvoir lui rappeler ses droits. Il doit systématiquement évaluer la sécurité de la victime et rédiger le certificat médical descriptif. Et enfin, il pourra l'orienter vers des structures d'aides si cela est nécessaire.

Plusieurs études se sont intéressées au dépistage des violences conjugales en médecine générale. Ces travaux étaient principalement fondés sur des méthodes qualitatives à travers des entretiens semi-dirigés. Les données collectées montraient que les femmes victimes étaient favorables à un questionnement de leur médecin.

Une étude quantitative est actuellement en cours dans plusieurs régions françaises. Elle porte sur les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : l'étude AVIC-MG.

Cette thèse s'inscrit donc dans les suites de ce travail, et nous apporterons les données pour les départements des Deux Sèvres et de la Vienne.

L'objectif principal est d'observer si les femmes victimes de violences conjugales (VC) consultant auprès de structures d'accueil, souhaiteraient être interrogées sur les VC par leur médecin généraliste.

L'objectif secondaire est de décrire les caractéristiques de leur(s) consultation(s) en médecine générale au cours des 12 derniers mois.

Nous référencerons également les structures d'aides existantes dans les départements étudiés afin d'enrichir les données du site [declic.violence.fr](http://declic.violence.fr). Il s'agit d'un site d'aide à la prise en charge des violences conjugales destiné aux professionnels de santé.

## 2. Les Violences Conjugales

### 2. 1. Aspects et facteurs de risques des violences conjugales

#### 2. 1. 1. Les différents types de violences conjugales

La violence conjugale se distingue des conflits conjugaux dans lesquels deux points de vue s'opposent sur un plan égalitaire. Elle se caractérise par un rapport de force asymétrique où l'un des deux membres du couple exerce une domination sur l'autre, avec une volonté de contrôler son partenaire et de le maintenir sous emprise.

La violence s'installe progressivement dans un couple et passe souvent inaperçue au début. En effet, les premières manifestations ne sont en général pas brutales et peuvent être confondues avec des preuves d'amour : jalousie, repli sur le couple, ...

La violence conjugale peut se manifester sous diverses formes qui peuvent se cumuler.

Les **violences psychiques et verbales** sont souvent la première source de violence au sein du couple. Les victimes les définissent comme les plus douloureuses et destructrices. Le conjoint violent fait subir un harcèlement moral à sa victime. Il contrôle ses faits et gestes, l'isole de ses proches. L'auteur des VC procède ainsi à une déconstruction mentale et installe une emprise sur sa victime. Les agressions verbales, physiques et sexuelles apparaissent ensuite.

**Les violences physiques** sont la forme de violence la plus fréquente et la plus facilement décelable. Elles portent atteinte à l'intégrité physique de la personne. La victime qui a subi des violences psychologiques auparavant, se trouve démunie et sans mécanisme de protection.

Les **violences sexuelles** comprennent le viol, l'agression, le harcèlement sexuel et les pratiques sexuelles imposées. Elles sont souvent méconnues et restent taboues. L'article 222-22 définit le viol : « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit commis par la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise est un viol ». Le viol et les agressions sexuelles entre époux ne sont reconnus dans la loi que depuis 1992.

Les **violences économiques et administratives** s'installent progressivement. Le conjoint violent crée une dépendance financière, afin d'isoler socialement sa victime. C'est un moyen de contrôle et de pression sur l'autre.

Plus récemment, les **violences numériques** sont apparues et sont de plus en plus fréquentes. Le numérique offre aux auteurs de violences conjugales des moyens faciles, accessibles et instantanés pour davantage surveiller, contrôler et humilier les femmes. Cela peut entraîner de nouvelles formes de violences ou renforcer des violences physiques, sexuelles ou psychologiques au sein du couple.

On retrouve parmi ces violences numériques :

-le cybercontrôle : le partenaire contrôle et vérifie les déplacements et les relations sociales de sa victime.

-le cyberharcèlement : l'auteur des violences utilise les appels, sms, réseaux sociaux afin d'envahir le quotidien de sa victime.

-la cybersurveillance : il exerce un contrôle continu des déplacements, agissements et relations sociales au moyen des outils numériques, que ce soit à l'insu de la victime (logiciel espion) ou imposé (exigence de connaître les codes de la victime).

-les cyberviolences économiques et administratives : elles visent à réduire l'autonomie financière et/ou à contraindre les démarches notamment administratives de sa partenaire.

-les cyberviolences sexuelles : utilisation de moyens technologiques pour filmer ou prendre des photos pendant un acte sexuel et menacer de les diffuser pendant ou après la relation afin d'humilier sa victime et/ou de la soumettre.

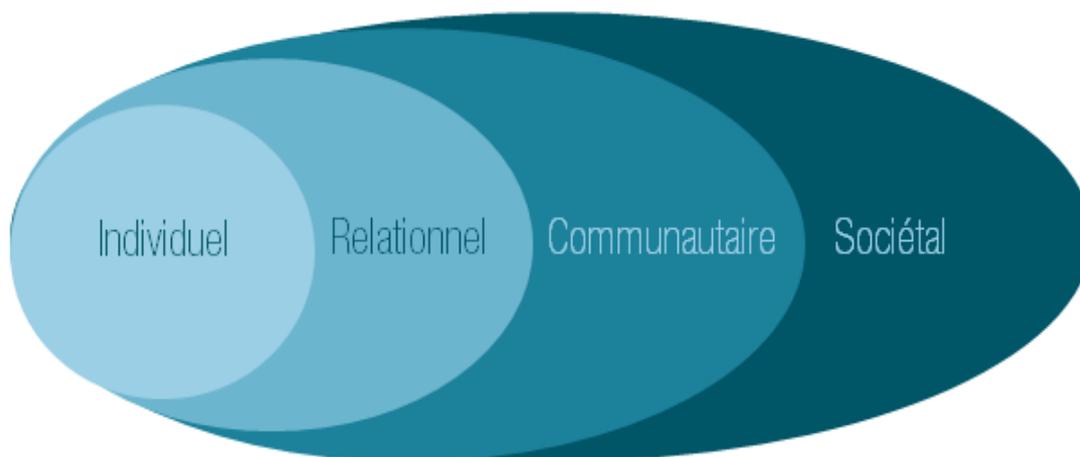
Les violences numériques ont les mêmes répercussions sur la santé physique et mentale et la vie sociale que les autres formes de VC.(6)

### 2. 1. 2. Facteurs de risques

Toutes les femmes quels que soient leur milieu socioprofessionnel, leur âge, leur orientation sexuelle, leur état de santé, leur handicap peuvent être victimes de violences conjugales.

Toutefois certains facteurs augmentant la probabilité pour une femme d'être victime de violence ont été authentifiés. Ces facteurs ne sont pas directement la cause de la survenue de violences au sein du couple, mais leur présence, voire leur association, augmente le risque d'être victime ou de développer de la violence dans un contexte conjugal. (7)

L'OMS a développé en 2002 le modèle écologique dans le cadre de la violence à l'égard des femmes (Figure 1). Ce modèle théorique considère l'humain comme un organisme biologique et un être social en constante interaction avec les différents niveaux environnementaux dans lesquels il évolue.



*Figure 1. Le modèle écologique.*

Dans ce modèle, les facteurs de risques sont classés selon quatre niveaux d'influence : individuel, relationnel, communautaire et sociétal.

La violence conjugale est la résultante d'interactions multiples et dynamiques entre ces facteurs de risques, que nous résumons dans le tableau 1 ci-dessous. Certains facteurs associés au risque qu'une femme soit exposée à la violence peuvent être les mêmes que ceux associés au risque qu'un homme commette des violences.

	<b>Agresseur</b>	<b>Victime</b>
<b>Facteurs individuels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Faible revenu/ statut socioéconomique</li> <li>◆ Faible niveau d'instruction</li> <li>◆ Chômage</li> <li>◆ Exposition à la violence interparentale, sévices sexuels pendant l'enfance</li> <li>◆ Trouble de la personnalité</li> <li>◆ Consommation de drogue ou d'alcool</li> <li>◆ Acceptation de la violence</li> <li>◆ Violence déjà commise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Jeune âge</li> <li>◆ Faible revenu/statut socioéconomique</li> <li>◆ Faible niveau d'instruction</li> <li>◆ Grossesse</li> <li>◆ Exposition à la violence interparentale, sévices sexuels pendant l'enfance</li> <li>◆ Dépression</li> <li>◆ Consommation de drogue ou d'alcool</li> <li>◆ Acceptation de la violence</li> <li>◆ Avoir déjà été victime de violence conjugale</li> </ul>
<b>Facteurs relationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Différence de niveau d'instruction</li> <li>◆ Partenaires multiples/infidélité</li> <li>◆ Conflits conjugaux/ insatisfaction dans le couple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Différence de niveau d'instruction</li> <li>◆ Nombres d'enfants</li> <li>◆ Conflits conjugaux/ insatisfaction dans le couple</li> </ul>
<b>Facteurs communautaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Normes sociales inégalitaires</li> <li>◆ Faible considération sociale et économique des femmes</li> <li>◆ Faibles sanctions juridiques/communautaires contre la violence conjugale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Normes sociales inégalitaires</li> <li>◆ Faible considération sociale et économique des femmes</li> <li>◆ Faibles sanctions juridiques/communautaires contre la violence conjugale</li> </ul>
<b>Facteurs sociétaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Acceptation sociale de la violence comme méthode de règlement des conflits</li> <li>◆ Pauvreté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Acceptation sociale de la violence comme méthode de règlement des conflits</li> <li>◆ Position inégalitaire des femmes dans la société</li> <li>◆ Pauvreté</li> </ul>

*Tableau 1. Facteurs associés à la violence à l'égard des femmes.*

## **2. 2. Mécanisme d'emprise et cycle de la violence**

### **2. 2. 1. Mécanisme d'emprise**

La violence au sein du couple a des effets dévastateurs pour les femmes qui en sont victimes. Il s'agit d'un important problème de santé publique dont souvent on ne perçoit que l'aspect le

plus visible, c'est-à-dire la violence physique. Or ce qui constitue la violence conjugale c'est une relation basée sur le contrôle et la domination.

La violence conjugale est un processus aux mécanismes complexes, dont il est important d'en comprendre les rouages afin d'aider les victimes à s'en libérer.

Lorsque nous entendons des récits effrayants et dramatiques, le premier réflexe pourrait être de se demander pourquoi la victime ne fuit pas ? Si les femmes restent c'est qu'elles se retrouvent piégées dans une relation d'emprise. En effet, la violence commence bien avant les coups.

L'emprise est un système de domination psychologique mis en place par une personne sur une autre. Le but étant de conditionner l'autre à répondre à ses attentes sans aucune considération pour son libre arbitre ni pour son bien-être. C'est par ce mécanisme que l'auteur des VC peut annihiler la volonté de sa victime. Celle-ci est alors au service psychique de la personne qui la contrôle.

La relation d'emprise est un concept développé en 1981 par R. Dorey.

Elle est caractérisée par 3 dimensions complémentaires :

- La première dimension évoque l'action d'appropriation par dépossession de l'autre : il s'agit de la mainmise de l'auteur, ce qui porte préjudice à autrui par une réduction de sa liberté.
- La deuxième dimension introduit la notion de domination.
- La troisième dimension est la résultante des précédentes, celui qui exerce son emprise grave son empreinte sur l'autre. Ce dernier perd son statut de sujet pour être relégué à celui d'objet.

Plusieurs stratégies peuvent être utilisées pour enfermer l'autre dans une relation d'emprise. En général, le conjoint violent masque ses intentions mais progressivement, il isole sa victime et la contrôle.

### 2. 2. 2. Cycle de la violence

En 1979, une psychologue américaine L. Walker expose la théorie que les violences conjugales se répètent de manière cyclique et évoluent par phase.

Le cycle de la violence est composé de 4 phases.

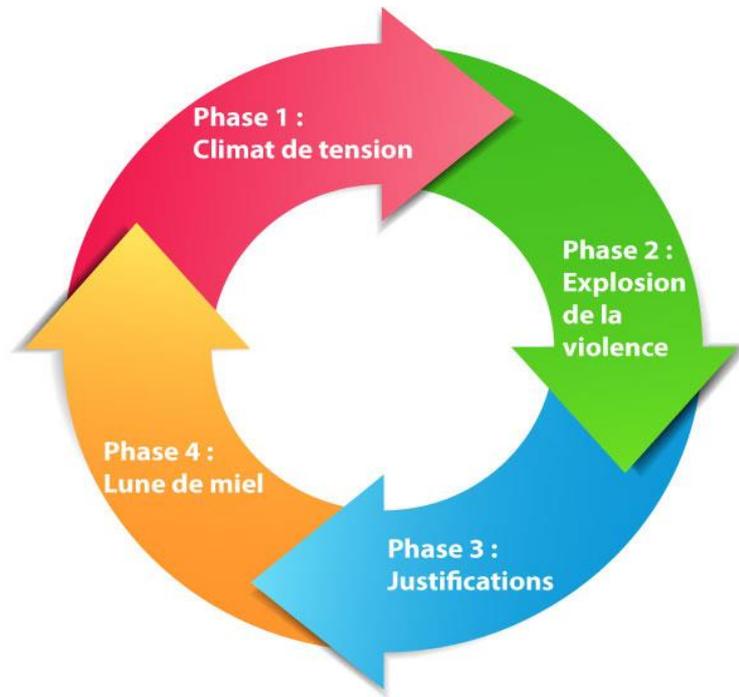


Figure 2. Le cycle de la violence.

### ***Phase 1 : climat de tension***

Au début du couple, tout va bien. Puis un climat de tension s’installe et la moindre petite chose est un prétexte à déclencher un incident (telle chose est mal rangée, elle a du retard, elle montre trop de joie quand elle voit telle personne, surcroît de travail, de fatigue...). Pour éviter une scène, la victime tente d’apaiser la tension de son partenaire par tous les moyens. Elle devance ses exigences et s’y plie. Elle a peur, est paralysée, tétanisée.

C’est lors de cette phase que le système d’emprise est mis en place.

### ***Phase 2 : l’explosion de la violence***

L’épisode violent aura lieu, quelle que soit sa nature. Le conjoint violent donne l’impression de perdre le contrôle de lui-même “il ne peut pas s’en empêcher”. La victime se sent démunie, détruite intérieurement. Elle est en état de sidération.

### ***Phase 3 : la justification***

Après son passage à l'acte, l'auteur des violences tente d'annuler sa responsabilité et de la transférer sur sa victime. Il va se justifier de diverses manières : « *Si elle avait bien rangé* », « *si elle avait été à l'heure* », « *si ...* »

De son côté, la victime doute et se remet en question. Elle se sent responsable de la violence subie et pense qu'elle doit changer de comportement pour que cette violence cesse.

### ***Phase 4 : la lune de miel***

Après l'épisode violent, le conjoint qui craint de perdre sa compagne commence à exprimer des regrets tout en minimisant les faits et justifiant son comportement. Il veut se réconcilier, demande "pardon", veut tout recommencer à zéro. Il redevient très amoureux, achète des cadeaux, s'investit dans les tâches ménagères. Il promet qu'il ne recommencera plus et de son côté la victime, espère, pardonne, elle veut y croire.

Ce cycle de la violence est une véritable spirale avec répétitions des périodes de violence puis de calme. Au fil du temps, la phase de lune de miel disparaît. Il faut prendre en compte que la fréquence et la gravité des agressions augmentent avec le temps pouvant mener jusqu'à l'homicide ou au suicide.

Il est important de connaître ce cycle de la violence afin d'accompagner les victimes et de comprendre certaines caractéristiques lors de la prise en charge, notamment la réversibilité de leur choix.

## **2. 3. Cadre législatif, politique et dispositifs d'alerte**

### **2. 3. 1. Cadre législatif et politique**

#### **Cadre législatif**

La reconnaissance des violences conjugales dans le cadre légal est relativement récente. Jusqu'en 1992, aucune loi concernant spécifiquement les violences à l'égard des femmes n'existait. La violence au sein du couple est reconnue par la loi n° 92-684 du 22 juillet 1992. Celle-ci inscrit que la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des « atteintes à l'intégrité de la personne ».

La loi du 6 mai 2004 relative au divorce prévoit la possibilité pour les hommes et femmes mariés victimes de VC, d'obtenir du juge des affaires familiales l'éviction du conjoint violent du domicile.

La loi du 9 juillet 2010 renforce la protection des victimes de violences conjugales et prend en compte les violences psychologiques. Le délit de harcèlement au sein du couple est reconnu.

En 2010, l'ordonnance de protection est créée. Elle permet d'interdire à l'auteur de violences d'entrer en contact avec sa victime pendant quatre mois maximum, durée portée à six mois en 2014. Cette même loi institue une journée nationale contre les violences faites aux femmes, organisée chaque 25 novembre, le même jour que la journée internationale de l'ONU.

### **Cadre politique**

Suite à l'enquête ENVEFF, le ministère de la santé a demandé un rapport sur les violences conjugales. Trois objectifs principaux s'en dégagent : recenser les données existantes sur les violences faites aux femmes, évaluer l'impact des violences sur la santé physique et mentale des victimes, présenter des propositions susceptibles d'améliorer le repérage des situations de violence par le corps médical. Ce travail est mené par le Professeur Roger Henrion entouré d'un comité d'experts. Dix actions prioritaires à mettre en œuvre rapidement sont proposées.(8) Il s'agit d'un début de prise de conscience en France de la problématique des violences conjugales.

Depuis 2004 cinq plans interministériels de lutte contre les violences conjugales ont suivi. Ils traduisent l'engagement de l'État afin de permettre aux femmes victimes de violences d'accéder à leur droit d'être protégées et accompagnées pour sortir des violences et se reconstruire.

Le 24 novembre 2004, le ministère a lancé un plan global de lutte contre les violences faites aux femmes, notamment les violences exercées dans le cadre conjugal. Ce plan est articulé autour de 10 mesures phares. Ce 1<sup>er</sup> plan de lutte (2005-2007) contre les violences apporte des réponses sociales, économiques et assure une meilleure protection juridique des femmes. Il prévoyait le développement de lieux d'accueil de jour et de places d'hébergement d'urgence en CHRS. Le 3919 est créé.

Un 2<sup>ème</sup> plan est élaboré sur la période 2008-2010, intitulé « douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes ». Il se décompose en 4 axes majeurs : mesurer, prévenir, coordonner, protéger.(9)

Le 3<sup>ème</sup> plan interministériel établi pour les années 2011-2013 répondait à la priorité dont faisait l'objet la lutte contre les violences faites aux femmes alors déclarée « grande cause nationale ». Ce plan venait compléter certaines des mesures déjà mises en œuvre sur les précédents plans. Il insistait sur la lutte contre les violences sexuelles.

Un 4<sup>ème</sup> plan de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes voit le jour sur la période 2014-2016. Trois axes principaux s'en dégagent : aucune violence déclarée ne doit demeurer sans réponse, protéger efficacement les victimes et mobiliser l'ensemble de la société. Il comprenait notamment la création d'une plateforme téléphonique d'écoute et d'orientation. Le manque de formation des professionnels au contact des femmes victimes de violences était mis en évidence.

Le 5<sup>ème</sup> plan de mobilisation et de lutte contre les violences (2017-2019) fixe trois objectifs (10) :

-sécuriser et renforcer les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences et assurer l'accès à leurs droits.

-renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants

-déraciner les violences par la lutte contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol.

Le Grenelle contre les violences conjugales est lancé par le gouvernement français entre le 3 septembre et le 25 novembre 2019. Plusieurs mesures ont été annoncées à la fin du Grenelle : rendre le 3919 plus accessible, et le rendre disponible en continu, proposition de dérogation au secret médical pour les cas urgents. Ces mesures sont transcrites dans la législation par la loi du 30 juillet 2020 qui comprend notamment la levée du secret médical quand les violences mettent en danger immédiat la vie d'une personne majeure qui se trouve sous l'emprise de l'auteur des faits.

### 2. 3. 2. Dispositifs d'alerte

Différents moyens sont déployés sur l'ensemble du territoire afin d'aider et protéger les femmes victimes de violences domestiques.

Un numéro national d'écoute téléphonique existe depuis 2007. Le 3919 assure ainsi une information à destination des femmes victimes de violences ou aux témoins de violences conjugales. L'appel est gratuit et anonyme.

Le dispositif Téléphone Grave Danger a été généralisé sur le territoire depuis 2013. Il est attribué sur décision du procureur de la République en cas de grave danger menaçant une victime de violences dans le cadre conjugal ou de viol. Ce téléphone dispose d'une touche dédiée permettant à la victime de joindre en cas de danger le service de télésoutien 24h/24, lui-même en lien avec les services des forces de l'ordre.

Une plateforme de signalement en ligne disponible en continu a été créée en 2019 pour permettre aux victimes de dialoguer anonymement avec un policier ou un gendarme formé aux violences sexuelles et conjugales.

Depuis septembre 2020, le bracelet anti-rapprochement est développé sur le territoire. Ce dispositif est mis en place sur avis du juge dans les cas les plus graves de violences conjugales. Il permet une géolocalisation permanente de la victime via un téléphone et de l'auteur des violences via son bracelet électronique. Si celui-ci s'approche de la victime, une alarme est déclenchée, permettant une intervention des forces de l'ordre si nécessaire.

La crise sanitaire du COVID 19 et le confinement ont eu un effet révélateur et parfois aggravant des violences conjugales. Ainsi dès le début du second confinement, le gouvernement a prévu de nouvelles mesures. On peut notamment citer le dispositif « alerte pharmacie » où les victimes ont la possibilité de se signaler en tant que telles au pharmacien qui contactera alors les forces de l'ordre.

### **3. Répercussions des violences conjugales et place du médecin généraliste**

#### **3. 1. Conséquences sur les femmes et les enfants**

##### 3. 1. 1. Conséquences sur les femmes

La violence conjugale, quelle que soit sa forme, présente un retentissement majeur sur la santé des femmes. L'état de peur dans lequel les maintient leur agresseur au même titre que les

violences physiques entraînent de graves conséquences sur la santé et sont à l'origine de troubles très variés. Les répercussions de ces violences surviennent à court et à long terme, et perdurent parfois longtemps après l'arrêt des violences.

Elles peuvent être d'ordre :

- Physique : lésions traumatiques, voir décès, symptômes physiques chroniques (douleurs lombaires, abdominales, céphalées, asthénie...)
- Mentale : dépression, troubles anxieux, troubles du sommeil, troubles des conduites alimentaires, tentative de suicide.
- Sexuelle : grossesse non désirée, avortement, IST, complications de grossesse, infections vaginales/urinaires, troubles sexuels
- Comportementale : usage nocif alcool/toxiques, multiples partenaires sexuels, choix de partenaires violents. (11)

Une étude américaine réalisée sur 2500 femmes révélait que les femmes victimes de violences conjugales présentaient en moyenne une augmentation de 60% des problèmes de santé (problèmes gynécologique, digestif, céphalées...), par rapport aux femmes n'ayant pas subi de violences domestiques. (12)

Il semble que les violences prolongées dans le temps aggravent les conséquences sur la santé des victimes. En effet, une enquête a été réalisée en Espagne en 2007 auprès de 1400 femmes. Cette étude retrouvait une association entre l'intensité et la durée des violences et une santé physique plus mauvaise. (13)

Une revue de littérature américaine parue en 2007 montrait que les violences physiques et sexuelles étaient associées à des comportements sexuels à risques, à des infections sexuellement transmissibles, à des risques de grossesse non désirée pouvant entraîner un avortement provoqué et à des dysfonctionnements sexuels et notamment des douleurs pelviennes chroniques. (14)

Les femmes subissant des violences ont plus fréquemment recours aux services de santé. Une étude américaine portant sur plus de 3000 femmes victimes de VC a montré que les coûts annuels des soins de santé chez les victimes de violences physiques par un partenaire intime étaient 42% plus élevés que pour les femmes non victimes. (15)

En France, une étude parue en 2010 s'est intéressée au coût global que génèrent les VC pour la collectivité. En effet, le poids économique des violences conjugales pour la société est considérable. Il s'agit des coûts pour le système des soins, dans le secteur médico-social et judiciaire et de pertes de production. (16)

Selon l'OMS, les violences entre partenaires intimes entraîneraient la perte d'une à quatre années de vie en bonne santé chez les femmes, et leurs dépenses annuelles en matière de santé seraient doublées.

### 3. 1. 2. Conséquences sur les enfants

Les femmes ne sont pas les seules victimes des violences subies. En 2018, 21 enfants ont été tués dans un contexte de violences au sein du couple et 29 enfants ont été témoins des scènes de crimes. (17)

L'exposition à la violence dans l'enfance a d'importantes répercussions sur l'ensemble de la personnalité de l'enfant, son organisation psychique ainsi que sur sa construction.

L'enfant peut être exposé à la violence dès la période prénatale. Les risques encourus sont alors multiples : IVG sous contrainte, grossesse non suivie, usage de toxiques, conséquences des violences physiques subies par la maman (retard de croissance, voire mort in utero). Au fur et à mesure, l'enfant manifestera plus de problèmes de santé que ceux non exposés à la violence. Des troubles psychosomatiques peuvent émerger par manque de soins ou traumatismes psychologiques : retard staturo-pondéral, trouble du langage, énurésie, infections respiratoires à répétition. (18)

Après la naissance, et tout au long de son développement, l'enfant pourra présenter des troubles psychologiques à type d'anxiété, de trouble du sommeil, idées suicidaires et de stress post-traumatique. Des études ont révélé que l'exposition à la violence conjugale durant l'enfance entraînait des syndromes de stress post-traumatique à l'âge adulte. (19)

Le développement comportemental et social de l'enfant sera également impacté. Ce dernier pourra avoir des comportements agressifs envers les autres enfants, mais également envers les adultes. Des comportements d'hyperactivité et de désadaptation sociale ont également été rapportés. Les troubles du comportement peuvent être à l'origine d'un désinvestissement scolaire, délinquance, conduites addictives, toxicomanie.

Le rapport Henrion, signalait que dans 10% des cas recensés, les violences s'exerçaient aussi sur les enfants. De plus ces enfants sont susceptibles de reproduire au cours de leur vie la violence, seul modèle de communication qu'on leur ait montré. (20)

### **3. 2. Mémoire traumatique**

La violence est à l'origine de troubles psycho traumatiques fréquents, pouvant s'installer de manière chronique.

Lorsque la violence se manifeste sous une forme extrême, l'amygdale est rendue hyperactive par la confrontation à un facteur de stress majeur et à l'absence de modulation, secondaire à un état de sidération du psychisme lors du traumatisme. (21)

L'hyperactivité de l'amygdale est responsable d'un état de stress représentant un risque majeur pour l'organisme sur le plan cardiovasculaire et neurologique (surproduction d'adrénaline et de cortisol). (22) Ce risque vital enclenche des mécanismes de sauvegarde neurobiologique permettant l'extinction de la réponse émotionnelle et ainsi de protéger le cœur et le cerveau. Des drogues morphine et kétamine like sont produites entraînant une anesthésie émotionnelle et physique.

Cette anesthésie émotionnelle génère un état dissociatif, où la victime est déconnectée de la situation qu'elle subit, et un souvenir traumatique. Ce dernier ne sera pas traité et encodé par l'hippocampe. Ainsi la mémoire sensorielle et émotionnelle des violences reste piégée dans l'amygdale. Cela correspond à la mémoire traumatique. (23)

Cette mémoire traumatique se réveillera dès qu'un évènement rappellera les violences subies. Les victimes ressentiront une peur permanente, et seront dans une situation d'insécurité totale. Elles vont donc mettre en place des conduites d'évitement et de contrôle de l'environnement. Quand cela n'est plus suffisant, les victimes vont chercher à s'anesthésier émotionnellement grâce à des conduites dissociantes. (24) Il s'agit de conduites à risques et de mises en danger (consommation alcool, toxique, prise de risque ...)

Ces mécanismes sont à l'origine d'une conséquence importante des violences conjugales : le stress post-traumatique. La victime revivra en permanence l'évènement traumatisant à travers des souvenirs, des rêves ou des flash-backs pouvant survenir à l'improviste, parfois longtemps après. Le stress post-traumatique peut fréquemment s'accompagner d'autres troubles :

dépression, consommation de toxiques, idées suicidaires, troubles de la personnalité, trouble du comportement alimentaire.

L'amélioration du repérage des victimes par les professionnels de santé impose une connaissance des mécanismes d'emprise et des conséquences sur la victime notamment psycho traumatique.

### **3. 3. Rôle du médecin généraliste**

#### **Rôle du médecin généraliste**

Les violences conjugales subies par les femmes sont donc à l'origine d'un retentissement majeur sur leur santé psychique et somatique, ainsi que sur celle de leurs enfants. C'est un véritable problème de santé publique, il est donc nécessaire de repérer ces violences le plus précocement possible. Le rôle du médecin généraliste est primordial. En effet, ce dernier est souvent le premier interlocuteur des femmes victimes de violence, ainsi qu'un acteur privilégié dans leur prise en charge. L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France montrait que les femmes victimes d'agressions physiques dans l'année précédente s'étaient en premier lieu confiées au médecin (24% des cas), bien devant les services de police (13%) ou judiciaire.

Le rapport Henrion a défini les principales missions du médecin face à une femme victime de violences conjugales. En premier lieu, l'accueil et l'écoute vont laisser l'opportunité à la victime de raconter son histoire et seront une première étape dans le soin. Dépister les violences devant des lésions physiques mais également devant certains motifs évocateurs de troubles psychiques ou dus à une somatisation. Le médecin va évaluer la gravité des lésions et juger si un risque élevé est présent. Cela va permettre d'orienter au mieux la victime. Il est également essentiel de réaliser un certificat médical descriptif et de déterminer une interruption temporaire de travail (ITT).

Une étude réalisée en 1999 par l'institut de l'Humanitaire auprès de médecins généralistes en Ile de France révélait que 60% des médecins avaient reçu dans l'année précédente des patientes victimes de VC . Parmi ces médecins moins de 8% effectuaient un dépistage actif. Dans 85% des cas c'est la femme qui s'était signalée comme victime de violences conjugales. (25)

Or, la plupart des victimes n'osent pas parler des sévices subis. Cela peut être par une non reconnaissance de cette violence subie, de la peur, du sentiment de honte, de la peur des conséquences.

Le rôle du médecin généraliste est central dans la prise en charge des victimes de violences conjugales. Lors de nos études, nous apprenons les six compétences spécifiques à la médecine générale. L'approche centrée sur le patient est liée à l'exercice de la médecine générale et est la base de notre travail.

### **Le dépistage en médecine générale**

Les médecins sont en première ligne pour repérer les femmes victimes de violence. On estime que 3 à 4 femmes sur 10 présentes dans nos salles d'attente seraient victimes de violences conjugales.(26)

Pourtant les médecins dépistent rarement les femmes victimes de violences conjugales. Plusieurs obstacles ont été identifiés : formation insuffisante, manque de sensibilisation, manque de temps, sentiment d'impuissance, crainte des révélations ou d'être intrusif ...(27)

La HAS préconise un repérage systématique des violences conjugales chez les patientes, notamment chez les patientes enceintes et en post partum. En effet, ces périodes sont particulièrement à risque d'apparition ou de majoration des violences.

Plusieurs thèses d'exercice pour le titre de docteur en médecine se sont intéressées aux attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste. Ces études qualitatives étaient réalisées auprès de femmes victimes de violences conjugales par des entretiens semi-dirigés. Elles ont mis en évidence que les femmes victimes consultant en médecine générale semblaient favorables à un questionnement par leur médecin. De part le choix méthodologique de l'étude, l'échantillonnage était de petite taille.

Il semble intéressant de réaliser en France une étude quantitative, de plus grande ampleur, sur les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste. Notre travail s'inscrit donc dans ce projet et concernera les départements des Deux-Sèvres et de la Vienne.

L'objectif principal est d'observer si les femmes victimes de violences conjugales consultant auprès des structures spécialisées dans leur accueil souhaitaient être questionnées sur les violences conjugales par leur médecin généraliste.

L'objectif secondaire est de décrire les caractéristiques de leur(s) consultation (s) en médecine générale au cours des 12 derniers mois.

## **4. Matériel et méthodes**

Notre étude s'intègre dans le projet AVIC MG. Il s'agit d'une étude descriptive transversale multicentrique, réalisée dans différentes régions françaises par des internes de médecine générale dans le cadre de leur thèse d'exercice : Auvergne, Sud Provence Alpes Côte d'Azur, Nouvelle Aquitaine, Ile de France, Bretagne, Pays de la Loire, Grand Est et Hauts de France.

Le recueil a été fait entre octobre 2020 et mars 2021.

### **Population de l'étude**

La cible était les femmes majeures victimes de violences conjugales, consultant dans les structures d'aide aux victimes et écrivant et lisant le français.

Le critère d'exclusion était la détresse psychologique et la nécessité d'une prise en charge urgente.

### **Associations participantes**

Le recensement préalable des structures d'aide a été réalisé dans chaque département.

### **Protocole**

Le questionnaire (Annexe 1) a été réalisé, sur la base des données de la littérature par un comité scientifique. Ce comité était composé de plusieurs chercheur(s)/euse(s) par régions et de deux experts nationaux : Gilles Lazimi et Humbert de Fréminville. Le questionnaire comprenait douze questions fermées à choix multiples et une question ouverte où les femmes victimes de violences conjugales pouvaient préciser par écrit leur(s) attente(s) envers les médecins généralistes. Le nom et les coordonnées d'un référent par structure étaient notés à la fin du questionnaire afin que les femmes remplissant le questionnaire puissent s'adresser à cette personne si elles étaient mises en difficulté.

Les questionnaires ont été déposés au sein de structures spécialisées dans l'accueil des victimes de violences conjugales précédemment répertoriées. Une affiche était placée dans les salles d'attentes pour informer de l'existence de l'étude. (Annexe 2)

A l'issue des entretiens, les professionnels des structures proposaient aux femmes éligibles de remplir le questionnaire. Elles pouvaient ensuite remplir le questionnaire dans un endroit protégé, librement et anonymement. Le recueil était fait dans des boîtes fermées.

## **Analyse statistique**

Le recueil des données a été réalisé avec le 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.

## **Ethique**

L'étude AVIC MG a reçu un avis favorable du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (Annexe 4) et de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

## 5. Résultats

Six structures ont participé à l'étude (Annexe 5), et 18 questionnaires ont pu être recueillis au total.

Chaque structure avait sa propre période de recueil. L'étude a démarré en octobre 2020 et s'est terminée pour les structures les plus tardives en mars 2021.

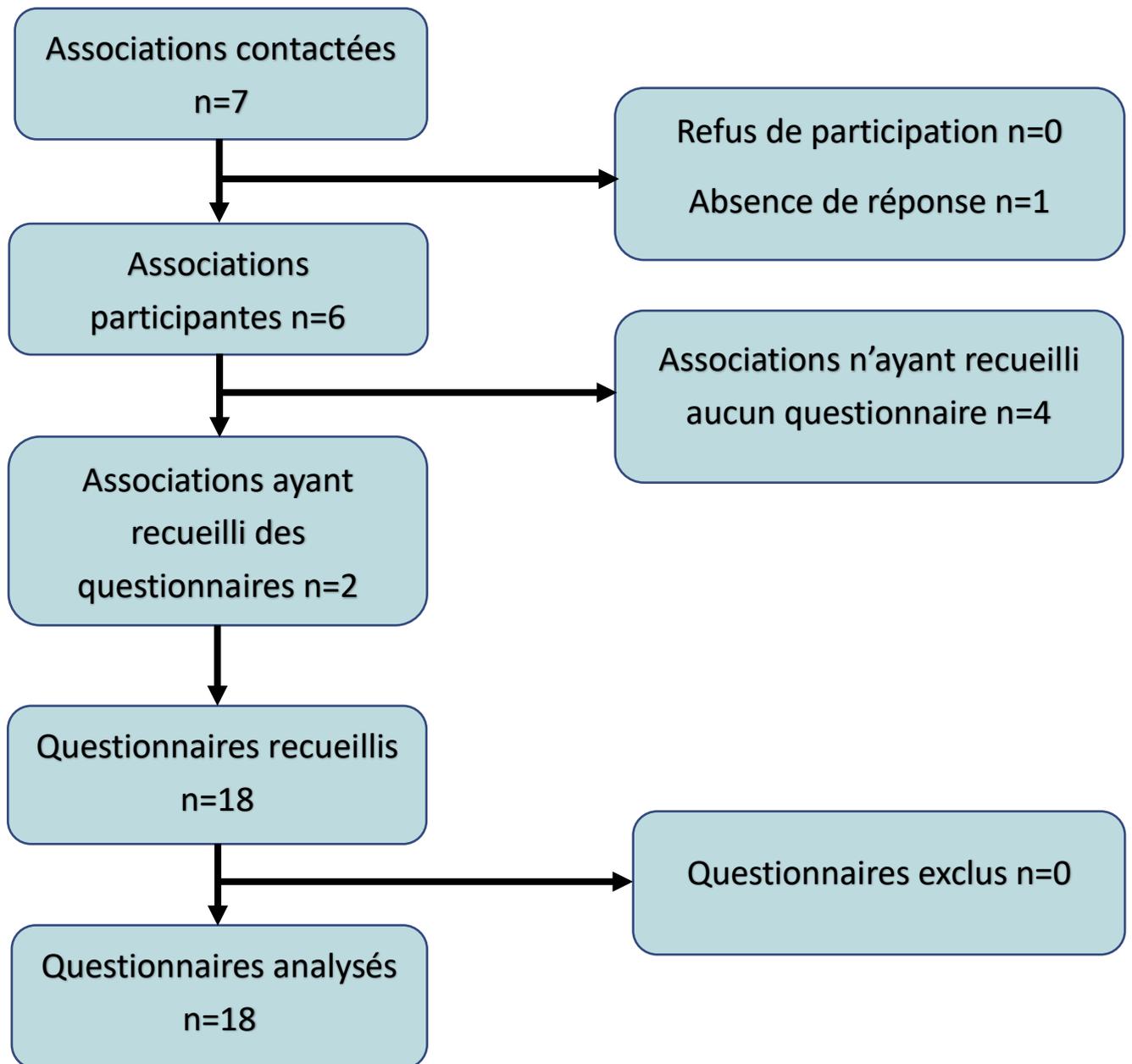


Figure 3. Diagramme de flux

## 5. 1 Caractéristiques de la population étudiée

### Âge des répondantes

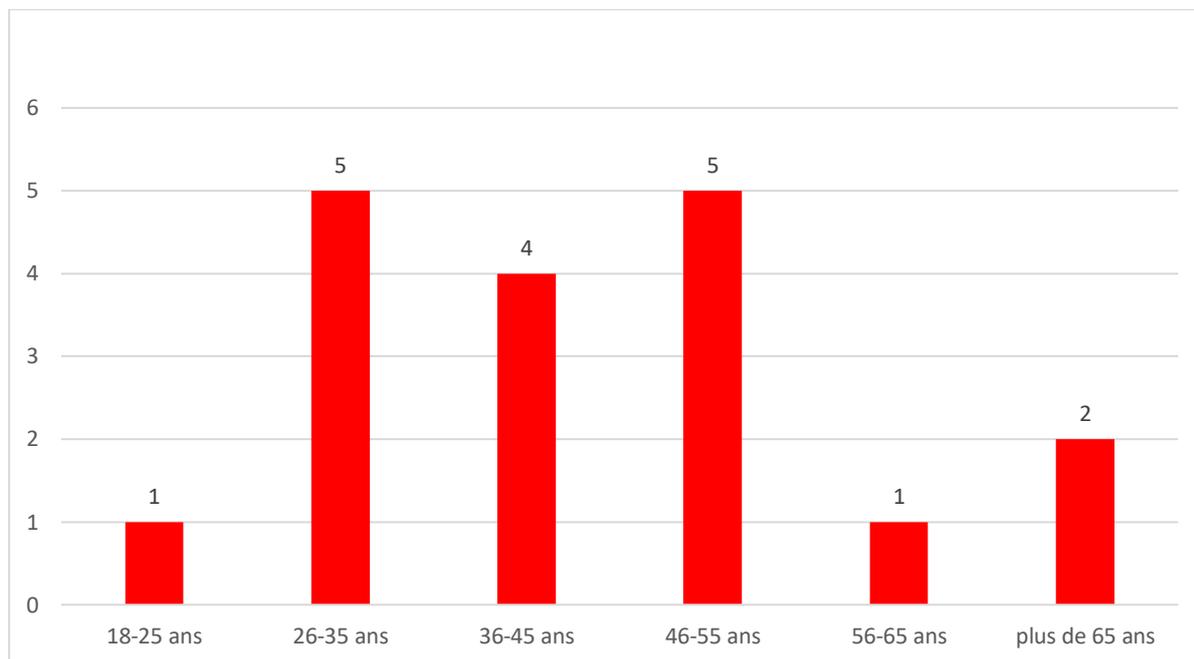


Figure 4. Répartition des répondantes selon leur catégorie d'âge (n = 18)

Trois catégories étaient plus représentées au sein de l'échantillon étudié : les 26-35 ans, les 46-55 ans avec chacune 27,7 % des répondantes ; les 36-45 ans avec 22 % des répondantes. Les catégories plus de 65 ans représentaient 11 % et les 18-25 ans et les 56-65 ans représentaient 5% chacune.

## Nombre d'enfants

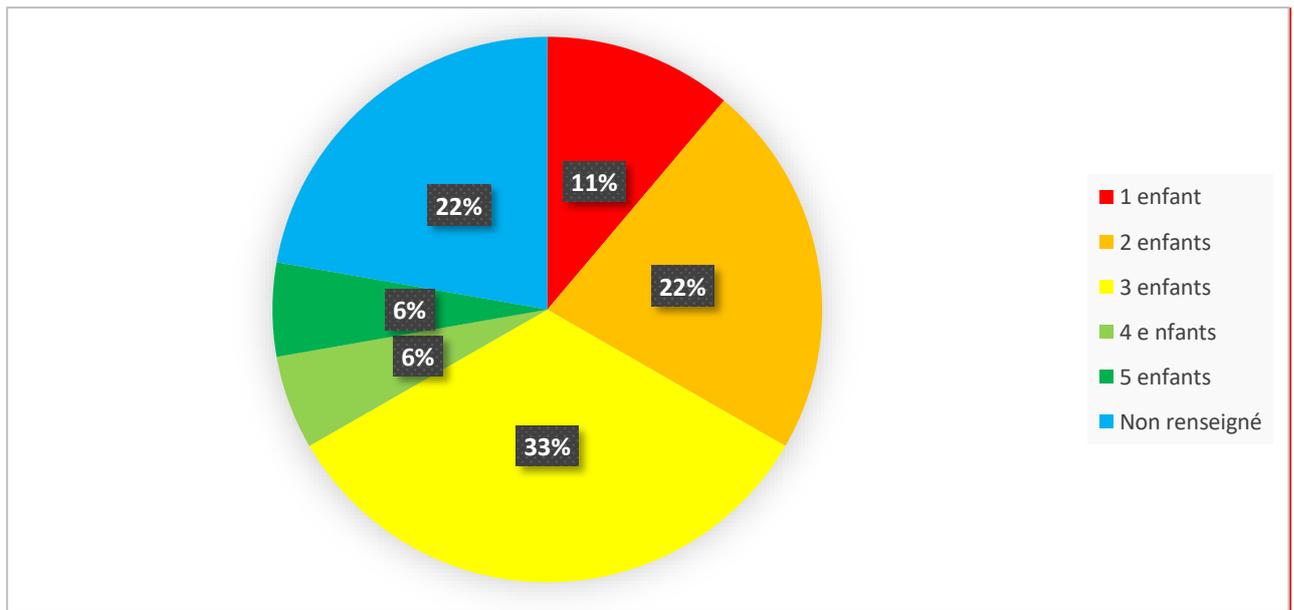


Figure 5. Nombres d'enfants chez les répondantes ( n = 18 )

89% des femmes ayant participé à l'étude avaient des enfants.

## Types de violences conjugales subies

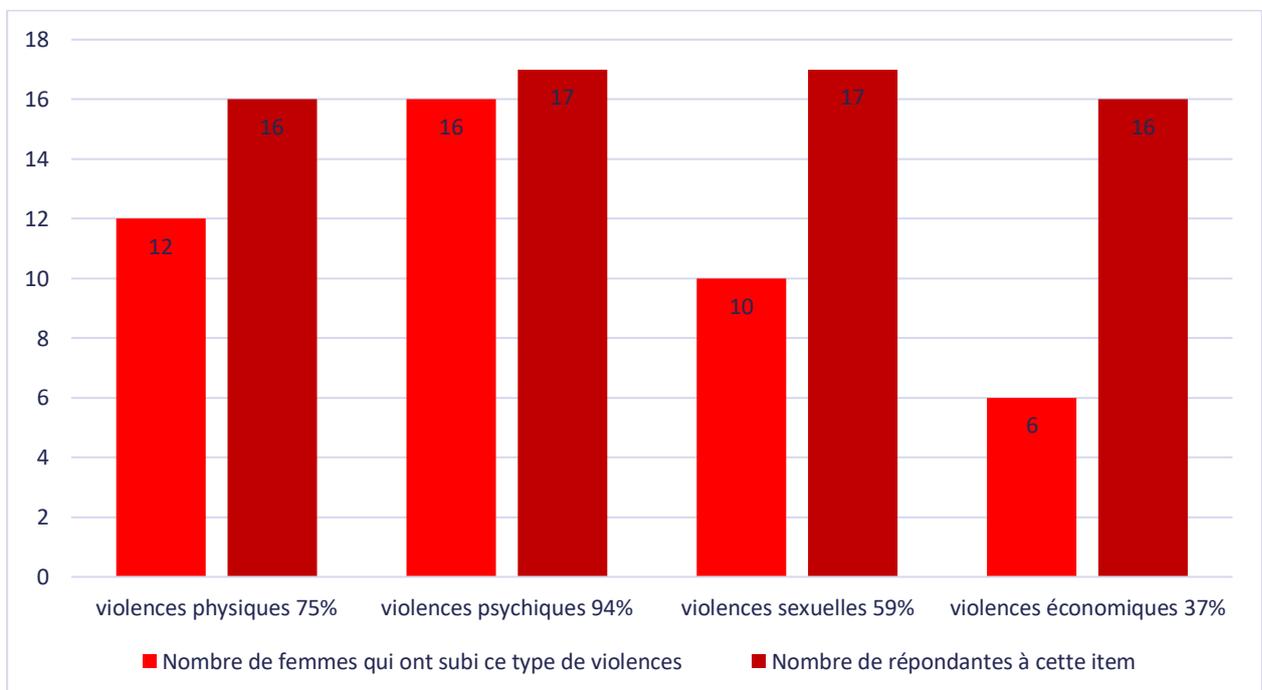


Figure 6. Types de violences subies par les répondantes

Les différents types de violences peuvent se cumuler. Les violences les plus fréquemment rapportées sont les violences psychiques à 94 %, s'ensuivent les violences physiques (75%), puis sexuelles (59%) et enfin économiques (37%).

### Orientation vers les structures d'aide

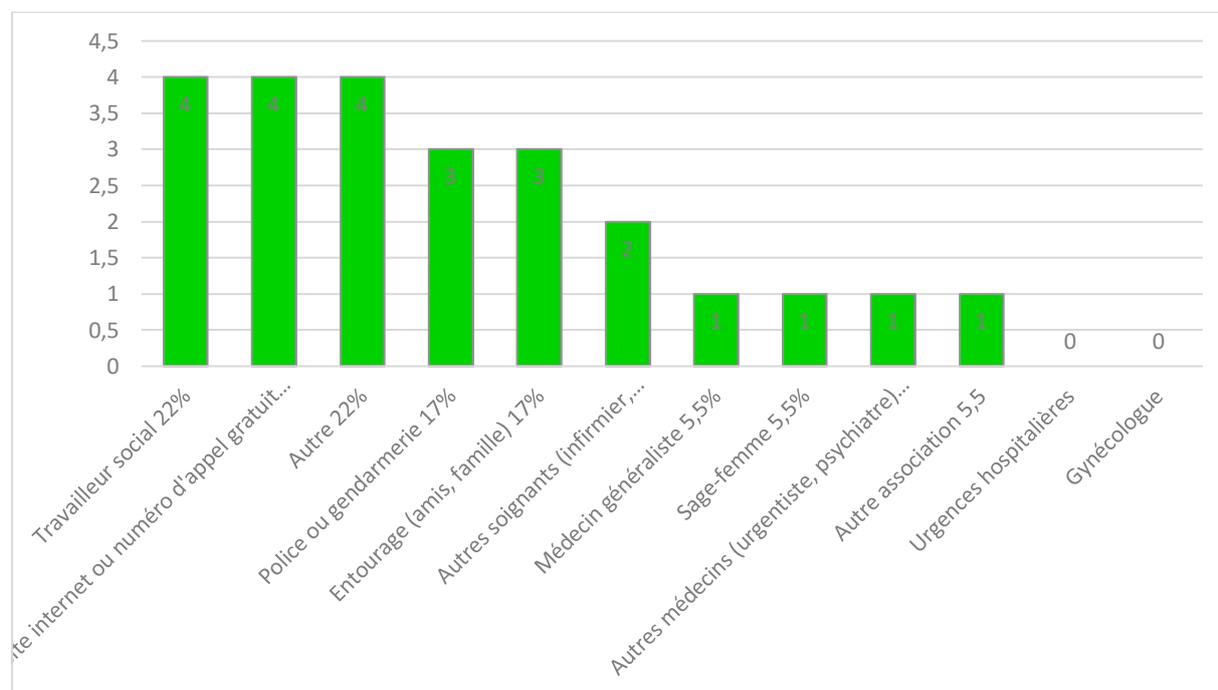


Figure 7. Personnes ayant orienté les femmes victimes de violences conjugales vers les structures d'aide (n = 18)

La plupart des victimes ont été orientées dans les structures d'aide par des travailleurs sociaux, les références sur internet et les numéros d'appels. 27% ont été adressées par un soignant, et 5% par un médecin généraliste.

Dans la zone d'expression libre « autre », 4 femmes ont mentionné « avocate », « juge des affaires familiales », « flyers », et le numéro du samu social « 115 »

## 5. 2. Caractéristiques des consultations en médecine générale

### Nombre de consultations chez le médecin généraliste dans l'année

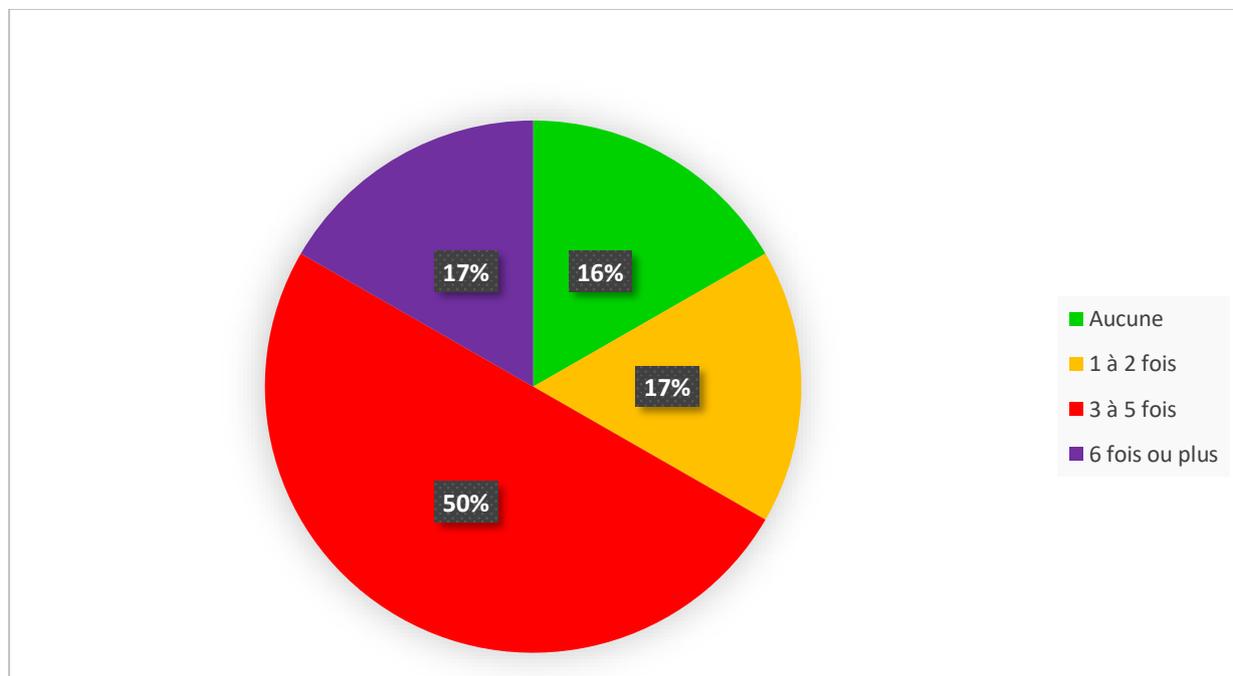


Figure 8. Nombre de consultations en médecine générale dans l'année pour les répondantes (n = 18)

La moitié des répondantes ont consulté entre 3 et 5 fois leur médecin généraliste dans l'année.

## Nombre de consultations chez le médecin généraliste pour leur(s) enfant(s) dans l'année

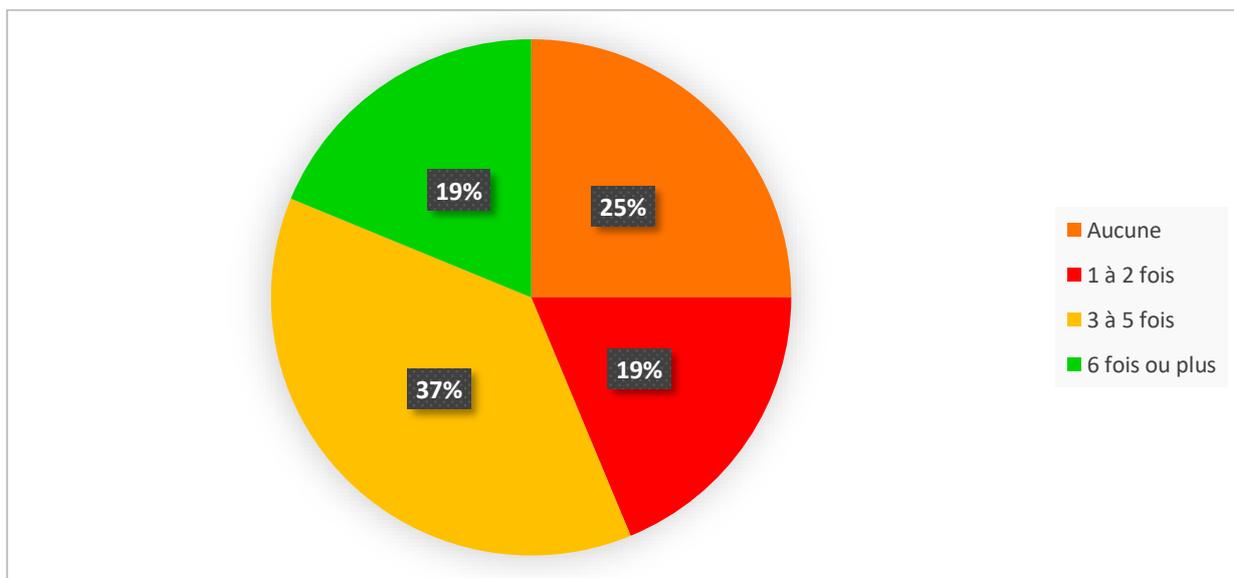


Figure 9. Nombre de consultations en médecine générale dans l'année pour leur(s) enfant(s) ( $n = 16$ )

75% des femmes victimes ont consulté au moins une fois dans l'année leur médecin généraliste pour leur(s) enfant(s).

## Motifs de consultation

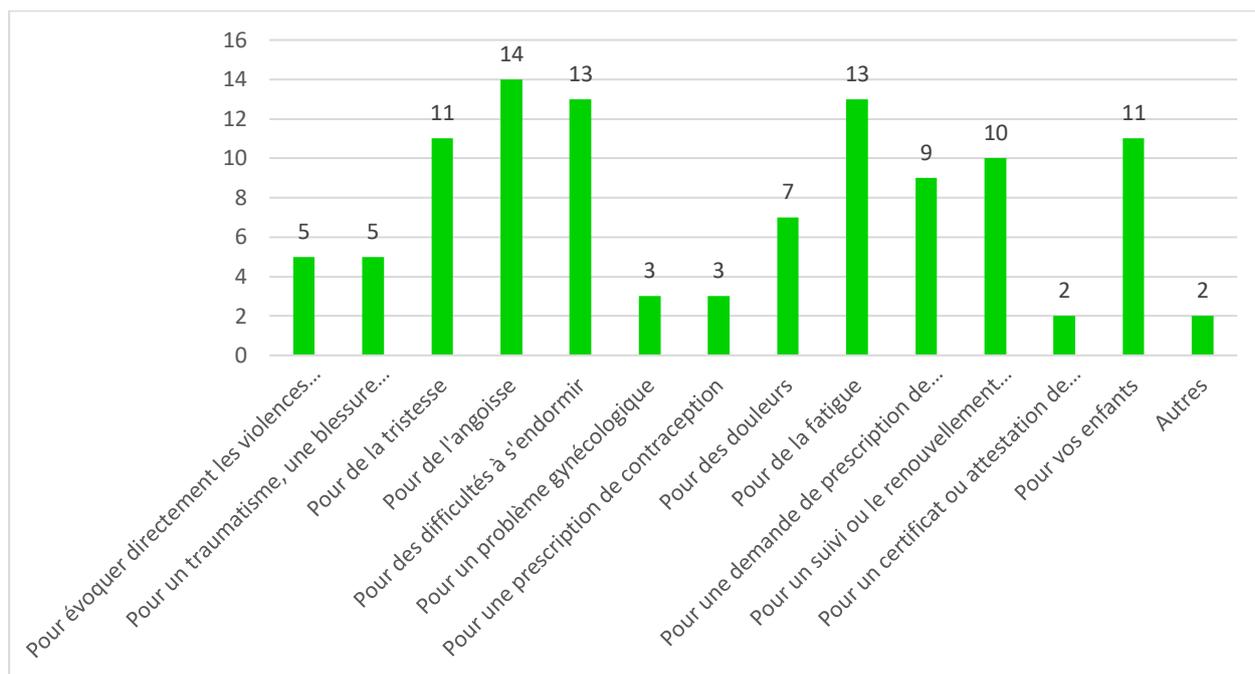


Figure 10. Motifs des consultations en médecine générale ( n=18)

Dans les motifs autres , on retrouve « suivi d'un cancer » et « demande d'aide pour les problèmes de couple suite à la dépression de mon conjoint ».

### 5. 3. Dépistage des violences conjugales en médecine générale

#### Évocation des violences conjugales avec un médecin généraliste

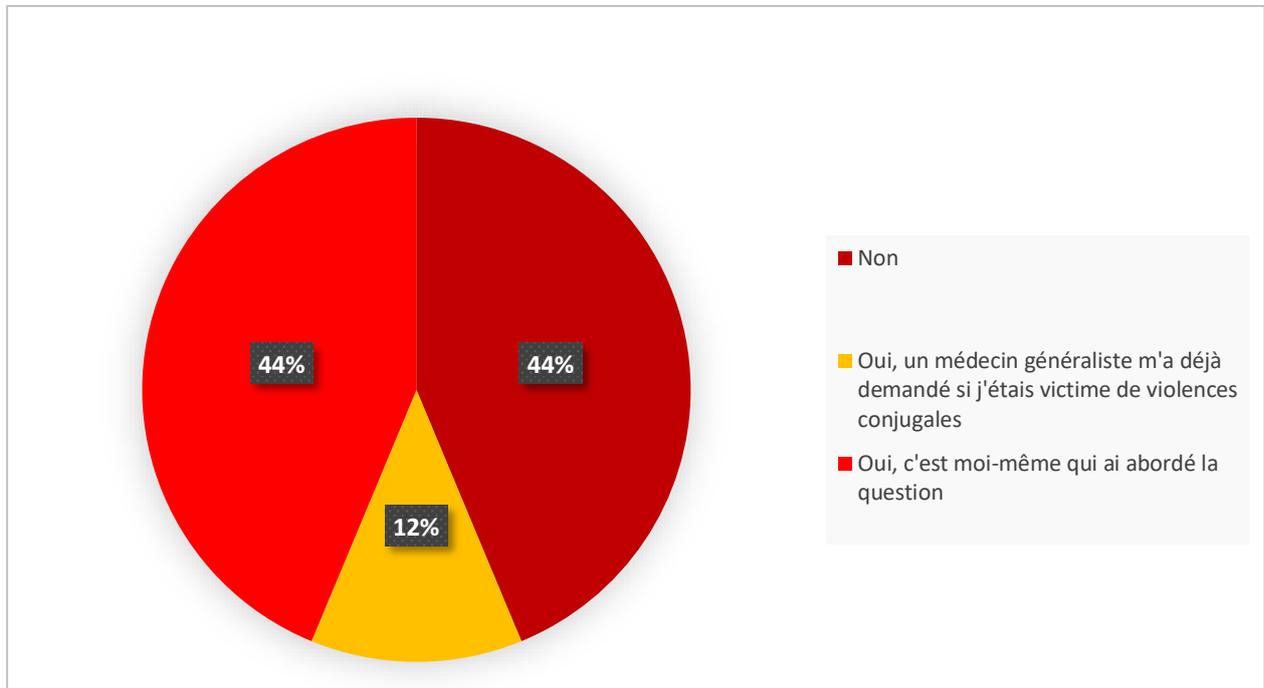


Figure 11. Discussion avec le médecin généraliste sur la présence de violences conjugales (n=16)

44% des répondantes n'ont jamais été interrogées par leur médecin généraliste sur l'existence de violences conjugales.

Dans la zone d'expression libre, ont été écrits « pour signaler une tentative de meurtre par strangulation », « les problèmes sont survenus suite à une grosse dépression de mon conjoint qui était suivi par notre médecin de famille », « le terme de VC n'a pas été directement abordé », « mon médecin m'a demandé si j'avais besoin d'être mise à l'abri en disant qu'elle pouvait m'aider et que je pouvais la joindre quand je voulais », « après avoir quitté mon conjoint »

## Souhait de la recherche des violences conjugales par le médecin généraliste

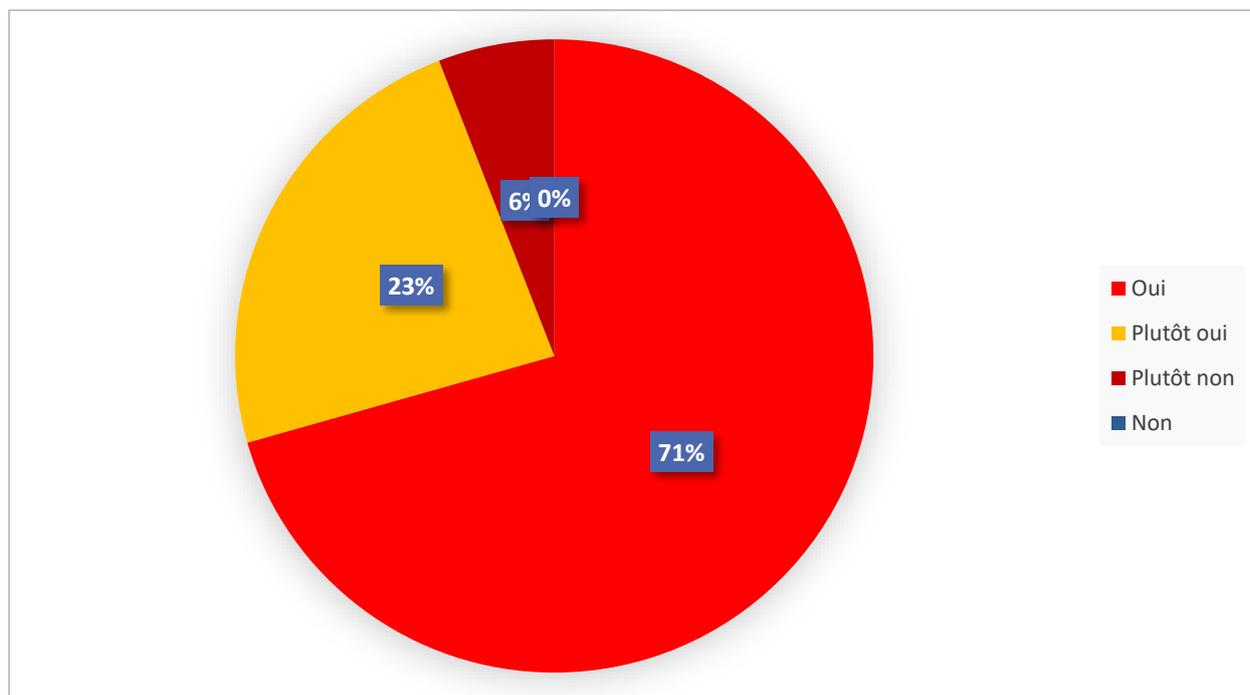
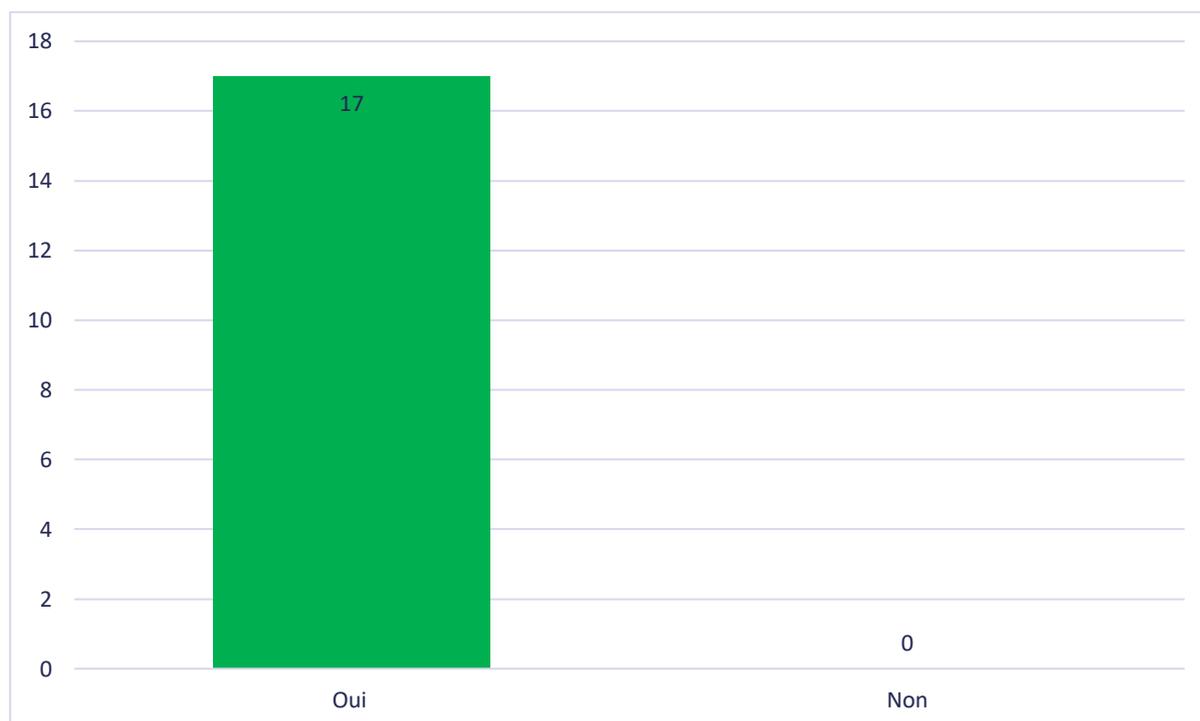


Figure 12. Souhait des répondantes d'être interrogées sur l'existence de violences conjugales par leur médecin généraliste (n=17)

Parmi les répondantes, 94% sont favorables ou plutôt favorables à ce que leur médecin généraliste aborde la question des violences conjugales.

## Un des rôles du médecin généraliste ?



*Figure 13. Avis des répondantes concernant le rôle du médecin généraliste et la recherche des violences conjugales (n=17)*

La totalité des répondantes pensent qu'aborder la question des violences conjugales fait partie du rôle du médecin généraliste.

### Consultation avec l'auteur des violences

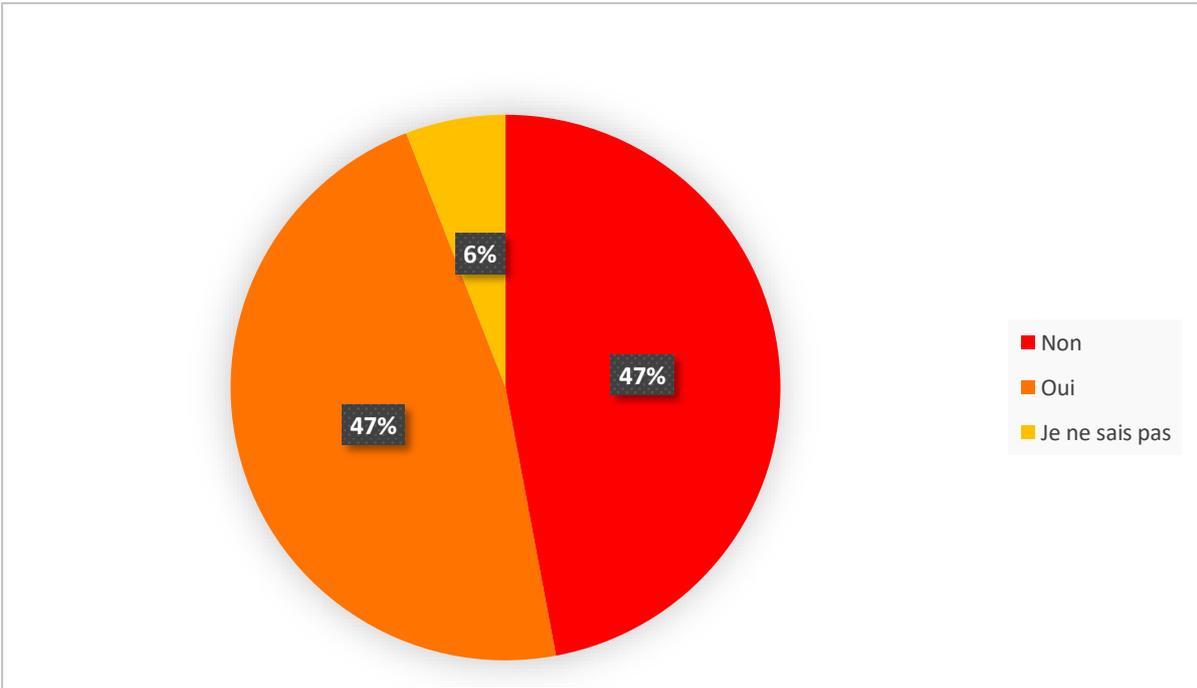


Figure 14. Répondantes ayant le même médecin que leur conjoint ou ex conjoint (n=17)

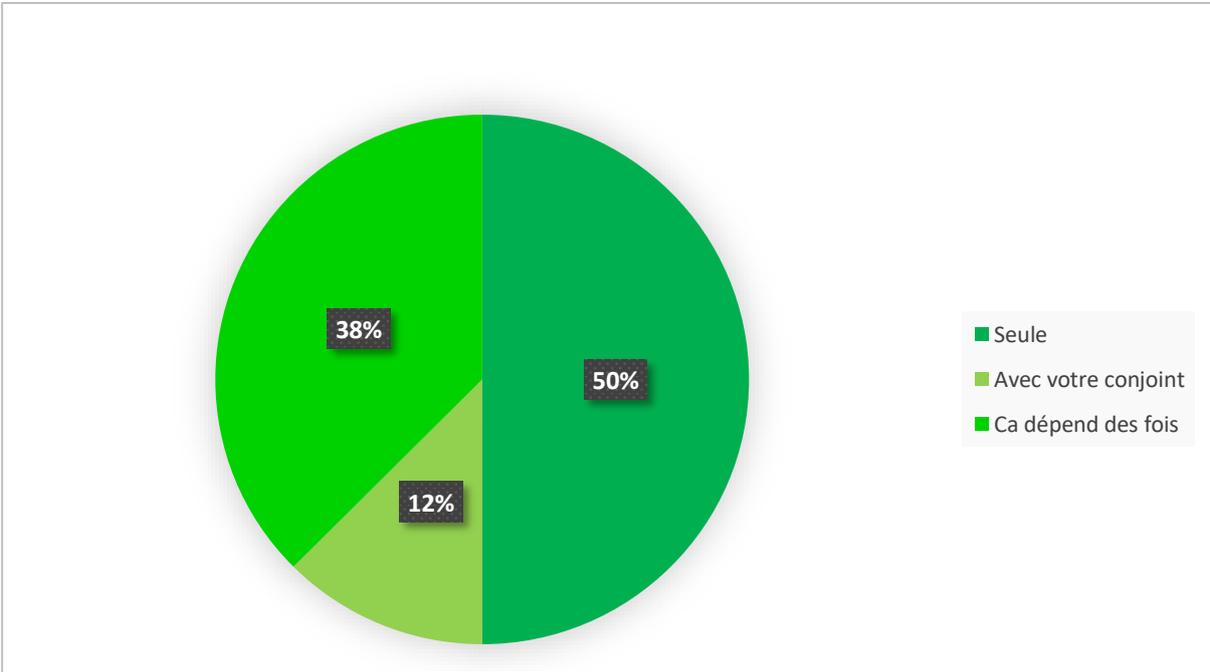
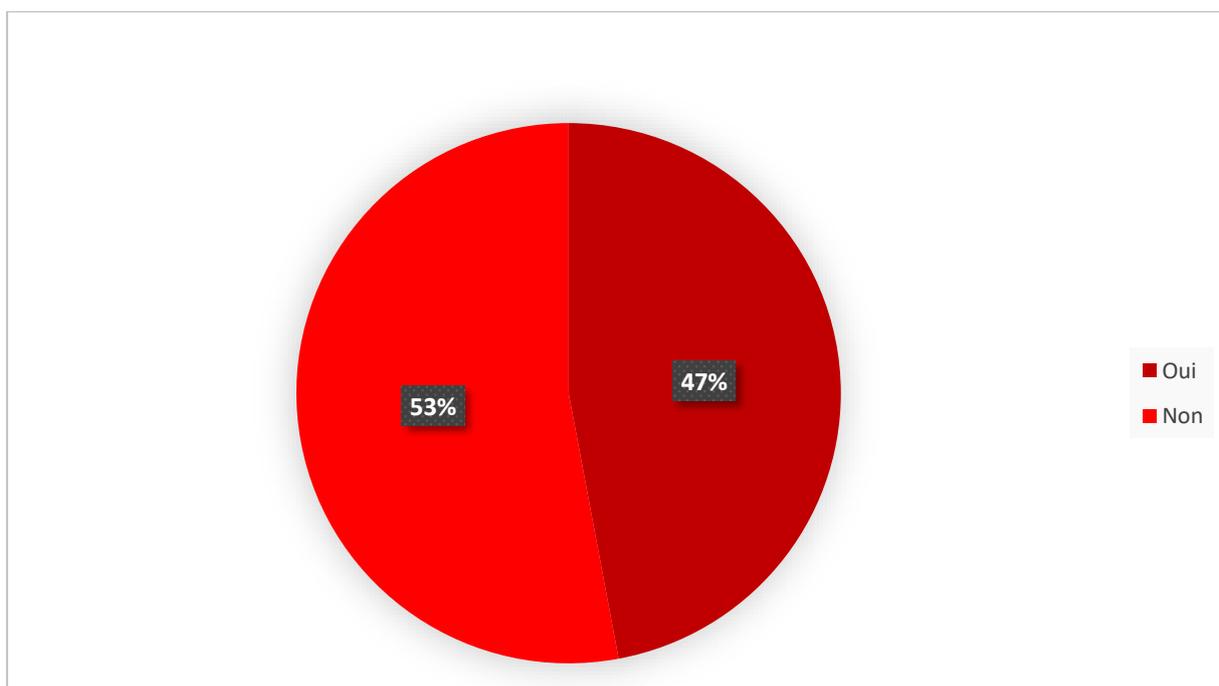


Figure 15. Consultation en présence de l'auteur des violences (n=8)

Dans 47% des cas, le médecin généraliste était le même pour la victime et l'auteur des violences. Parmi ces femmes, 50 % étaient reçues seules. Pour 38% cela dépendait des fois, et 12% étaient reçues systématiquement avec leur conjoint. 1 répondante a écrit à côté « il est toujours avec moi avec le médecin »

### **Influence du genre comme facteur facilitant pour aborder les violences conjugales**



*Figure 16. Influence du genre du médecin généraliste comme facteur facilitant pour aborder les violences conjugales (n=17)*

Un peu plus de la moitié des répondantes (53%) estimaient qu'il n'y avait pas plus de facilités à parler des violences subies selon le genre du médecin généraliste.

Dans la zone de commentaires libres, 4 femmes ont spécifié qu'elles pouvaient se confier plus facilement à des femmes médecins « plus facile de discuter de ses problèmes avec une femme », « je préfère me confier à une médecin femme », « je suis plus à l'aise avec les professionnels femmes », « je préfère une femme docteur ». 1 femme a écrit « comme je préfère les hommes, j'arrive plus à parler ». 1 femme n'a pas répondu à l'item et a écrit « ne sait pas »

## **Attente des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste**

Les répondantes pouvaient s'exprimer librement. Les réponses enregistrées sont disponibles ci-dessous.

« Le voir seul »

« Du fait que ce soit le même pour les 2 conjoints une non prise de partie serait nécessaire »

« N'a absolument pas tenu compte du rapport entre mon état physique & psychologique et le fait que je subisse des violences conjugales. Mon état psy n'étant pas du pour lui à ce que je subissais. Le seul sentiment que j'ai eu, c'est de passer pour une menteuse qui voulait enfoncer son conjoint. »

« Quand on a des enfants, c'est un endroit incontournable le cabinet médical. Il est primordial que les généralistes abordent les violences conjugales sans quoi il est difficile de faire ce premier pas. »

« Qu'il soit à l'écoute et qu'il nous dirige vers les bonnes personnes tel que spécialiste. »

« Non »

« Que le médecin généraliste prenne contact avec la gendarmerie pour qu'une éventuelle déposition de plainte ait plus de poids. Merci »

« Qu'ils puissent attester de l'état où ils nous reçoivent certaines fois. Qu'ils puissent signaler quand ils s'aperçoivent de violences au sein du couple (car ils le savent bien souvent ou le ressentent). »

« Mon médecin reste très à l'écoute de mes besoins et de ma situation. C'est une femme, avant j'avais un homme depuis l'enfance à qui je n'ai pu lui raconter ma situation par honte. Je suis plus à l'aise avec des professionnels femmes. »

« Être mieux comprises et écoutées et avoir des conseils. »

« Je me suis présentée chez le généraliste après une consultation chez une psychologue. Il n'a pas hésité à conclure que j'étais en dépression, certainement suite à la dépression de mon conjoint. Il m'a prescrit des médicaments, mais il n'a rien fait d'autre ! »

## **6. Discussion**

Notre objectif principal était d'évaluer si les femmes étaient en faveur de l'abord des VC par leur médecin généraliste. Sur 17 répondantes, 16 ont répondu par l'affirmative (oui ou plutôt oui). Seule 1 femme a émis un avis négatif (plutôt non).

L'objectif secondaire était d'étudier les caractéristiques de leur consultation en médecine générale. 83% des répondantes avaient consulté au moins une fois leur médecin généraliste dans l'année précédente pour elle-même et 75% avaient consulté au moins une fois pour leur(s) enfant(s).

Les motifs de consultation les plus fréquemment rapportés étaient l'angoisse à 82%, pour des difficultés à dormir et pour de la fatigue à 76%, pour de la tristesse à 65%. Peu de répondantes avaient consulté pour évoquer les violences subies ou pour des traumatismes physiques 29%, et seulement 11% pour un certificat ou une attestation des violences.

### **6. 1. Forces et limites**

#### **Forces**

Notre travail s'intègre dans l'étude AVIC MG, qui est de grande ampleur. En effet, au niveau national, plus de 1300 questionnaires seront analysés sur 10 régions. L'étude AVIC MG est donc multicentrique, ce qui augmente sa puissance statistique.

Ce projet est innovant de par son caractère quantitatif, la plupart des autres études de ce type étant basée sur des méthodes qualitatives.

Elle s'intéresse à un sujet d'actualité, et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales est perfectible. Elle s'intéresse aux avis des femmes victimes de violence conjugale et à leur ressenti. Cela peut permettre aux médecins généralistes de faire changer leur pratique.

Le recensement réalisé pour notre travail a permis de mieux connaître les structures d'aide locales et va permettre d'actualiser les données du site DeclicViolence.fr, accessible à tous les professionnels de santé. L'objectif est d'aider les médecins généralistes à connaître le réseau d'aide et à orienter leurs patientes.

## **Limites**

Un faible nombre de questionnaires a été rempli ce qui ne permet pas d'obtenir des résultats significatifs à notre échelle. Les contacts par mail et téléphone avec les structures ont été réguliers tout au long de l'étude, mais cela n'a pas permis d'enregistrer plus de réponses.

L'étude a été bien accueillie dans les structures de manière générale, à la fois par les personnels y travaillant et par les femmes victimes. Le principal problème rapporté par l'ensemble des associations est inhérent à la crise sanitaire du COVID 19. En effet, le second confinement a débuté peu de temps après le début du recueil. Les associations ont donc réduit le passage des victimes dans les structures, en privilégiant les contacts téléphoniques. Ainsi les femmes accueillies en présentiel étaient essentiellement des victimes en situation d'urgence, ce qui était le critère d'exclusion de notre étude.

Une structure d'accueil a distribué le questionnaire à des femmes qui l'ont amené chez elles afin de le remplir, cela ne rentrait pas dans le protocole de notre étude. Ces femmes n'ont jamais ramené le questionnaire rempli.

De plus, certaines structures ont mis en avant la charge de travail supplémentaire que l'étude représentait, alors qu'elles étaient déjà sollicitées régulièrement pour d'autres études ou pour des statistiques. Une association a également connu un arrêt maladie de longue durée, et la personne restante n'a donc pas eu le temps de s'investir dans le projet.

Le nombre de refus n'est pas connu malgré un document remis à toutes les associations afin de noter chaque refus. Les différentes structures ont cependant spécifié qu'elles n'avaient rencontré que peu de refus.

De plus le nombre de passages journaliers n'est pas connu.

On retrouve dans notre étude un biais de sélection. Seules les femmes pouvant lire et écrire sans aide ont été incluses. Une partie des victimes a donc été exclue.

Le questionnaire étant déclaratif, un biais de mémorisation est possible. Les répondantes ont pu oublier certains détails concernant leur consultation avec leur MG.

Notre étude comportait des biais méthodologiques. A la question 5 « pour quelle (s) raison (s) êtes-vous allée voir le médecin généraliste au cours des 12 derniers mois ? », il existait 13 propositions avec un choix binaire. Certaines femmes ont donc uniquement coché les réponses

affirmatives. On ne peut toutefois pas en conclure que la non-réponse est une réponse négative et inversement. A la question 6 « avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous êtes victimes avec un médecin généraliste ? » deux femmes ont coché deux réponses, possiblement car elles ont eu plusieurs médecins différents dans leur parcours. Or le logiciel n'acceptait qu'une seule réponse, donc nous n'avons pas pu prendre en compte leur réponse.

## **6. 2. Population de l'échantillon**

La majorité des répondantes avaient entre 26 et 55 ans (77%). L'analyse des données du 3919 pour l'année 2019, établissait que 53% des victimes avaient entre 20 et 39 ans et 11% entre 18 et 25 ans.(28) Les tranches d'âge utilisées dans notre questionnaire sont différentes de celle de l'analyse des données du 3919, la comparaison n'est donc pas pertinente. Les femmes victimes âgées de plus de 55 ans sont peu représentées (16%). Cette sous-représentation est également retrouvée dans le rapport sur les violences sexistes et sexuelles remis en 2020, où 5% des répondantes avaient plus de 60 ans (29). Or les violences existent à tous les âges. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette sous-représentation d'une part plus âgée des victimes de VC dans les études : une normalisation des écarts de pouvoir entre l'homme et la femme qui place la femme en position de subordination à son mari. Des valeurs traditionnelles peuvent faire en sorte que ces femmes choisissent l'unité familiale plutôt qu'une rupture. L'isolement est probablement plus grand sur le plan social et économique.(30)

Une majorité des répondantes avait des enfants (89%). Ces résultats sont comparables avec les données de 3919 où 4 femmes sur 5 avaient au moins un enfant soit 79%. Ces enfants étaient exposés aux violences et 33% étaient victimes de maltraitance. Les violences conjugales entraînent donc des conséquences non seulement sur les femmes mais également chez leurs enfants.

Les violences les plus fréquemment rapportées étaient les violences psychiques (94%) et les violences physiques (75%). Les violences sexuelles étaient également déclarées (59%), ainsi que des violences économiques (37%). Ces données sont superposables avec l'analyse des données issues des appels au 3919 en 2019 qui retrouvait des violences psychologiques chez 89% des victimes et des violences physiques chez 67% des victimes. Les violences économiques étaient révélées par 23% des femmes et les violences sexuelles par 8% des

victimes.(1) L'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) de 2019 relevait 86% de violences physiques et 29% violences sexuelles. Les violences sexuelles étaient plus fréquemment déclarées dans notre étude, l'anonymat du questionnaire ayant probablement facilité leurs révélations.

Nous avons comptabilisé uniquement les participantes ayant répondu oui ou non aux 4 types de violences. Ainsi 14 questionnaires ont pu être analysés, notre étude a montré que les femmes subissaient 2,7 types de violence. 70% des répondantes subissaient au moins 2 types de violences. Ces résultats concordent avec les autres études AVIC MG qui relevaient également un cumul des violences, et par le 3919 qui constatait 2,6 types de violences par femmes. Devant ces données, lorsque nous suspectons des violences conjugales en médecine générale, il est important d'explorer tous les types de violence.

### **6. 3. Caractéristiques des consultations**

Les caractéristiques des consultations des femmes victimes de VC au cours des 12 derniers mois ont été étudiées afin de savoir si elles étaient accessibles au repérage par leur MG.

#### **6. 3. 1. Nombre de consultations**

83% des répondantes avaient consulté au moins 1 fois dans l'année leur médecin généraliste pour elle-même. La majorité (66%) avaient consulté plus de 3 fois dans l'année.

16% parmi les répondantes n'avaient pas eu recours au médecin généraliste au cours des 12 mois écoulés. Cependant, ces femmes avaient fait appel au médecin pour leur(s) enfant(s).

Ces résultats corroborent les données des études AVIC MG obtenues dans les régions Limousin (88%) et Aquitaine (93%). Les femmes victimes de violences conjugales recrutées dans l'étude AVIC MG consultent donc fréquemment leur médecin généraliste pour elle-même mais également pour leur(s) enfant(s). Elles fréquentent donc les cabinets de médecine générale et peuvent donc être accessibles à la recherche de violences conjugales subies.

L'enquête CVS de 2019 rapporte qu'en moyenne 15% des victimes de VC entre 2011 et 2018 ont consulté un médecin traitant. (29) Toutefois ces résultats ne peuvent pas être corroborés aux

nôtres. En effet, le questionnaire utilisé spécifiait une consultation avec un médecin (sans qu'il soit précisé généraliste ou non) pour obtenir un certificat avec ITT ou un arrêt de travail. De plus seules les victimes vivant avec l'auteur des violences ont été interrogées.

Pour l'année 2019, les données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info » ont révélé que près d'1 femme victime sur 2 a consulté un médecin généraliste.(28) Ces éléments se rapprochent plus des résultats de notre enquête indiquant que les femmes victimes de VC dans les Deux Sèvres et la Vienne qui sont prises en charge dans les structures d'aide, consultent également leur médecin généraliste dans l'année précédente. Ainsi, elles sont accessibles au repérage en médecine générale.

### 6. 3. 2. Motifs de consultations

Les motifs de consultation ont été recueillis, permettant ainsi de savoir dans quel cas les victimes avaient recours au médecin généraliste. Le motif le plus fréquemment retrouvé était l'anxiété (77% des répondantes) suivi par la fatigue et les difficultés d'endormissement (72%).

L'anxiété, l'angoisse font partie des conséquences du stress quotidien auquel les femmes victimes de violence conjugale sont confrontées.

Dans l'étude des données du 3919 pour l'année 2019, 95% des victimes ressentaient de la peur, de l'anxiété, de l'angoisse et du stress, et 2 femmes sur 3 soit 64% rapportaient une perte d'estime de soi, dépression, lassitude, fatigue.(30)

L'impact psychologique est souvent un des premiers signes des violences subies. D'autres symptômes peuvent exprimer le mal être des victimes, notamment la fatigue, les douleurs chroniques.

Une étude a été menée en Australie en 2008 sur 1257 femmes fréquentant les cabinets de médecine générale par le biais de questionnaires d'auto-évaluation. Les données recueillies ont mis en évidence une association entre fatigue et violence conjugale.(31)

Des troubles du sommeil sont fréquemment rapportés, résultant soit du stress et de l'angoisse quotidienne, soit de la peur des violences elle-même.

Plusieurs travaux ont été menés afin d'observer la prévalence des symptômes dépressifs et d'anxiété chez les femmes victimes de violences entre partenaires intimes. Une étude réalisée en Espagne a comparé un groupe de femmes subissant des violences psychologiques et

physiques à un groupe témoin n'étant pas victime de violences entre partenaires intimes (VPI). Les femmes exposées à la VPI (physique et psychologique) présentaient une incidence et une gravité plus élevées de symptômes dépressifs, d'anxiété, de stress post-traumatique et d'idées suicidaires. (32)

La Fédération Nationale Solidarité Femmes et l'Union régionale Solidarité Femmes d'Ile-de-France, en partenariat avec le centre Hubertine Auclert a analysé les données recueillies par le 3919 en Ile-de-France pour l'année 2013. Sur 2654 femmes victimes de violence conjugale ayant répondu à la donnée conséquence sur la santé, 91,2% ont rapporté comme de la peur, anxiété, angoisse stress, 39,6% dépression, lassitude, fatigue.(33)

La prescription de médicaments psychotropes est plus fréquente chez les femmes victimes de violence conjugale, elles reçoivent 4 à 5 fois plus fréquemment des traitements psychotropes que le reste des femmes de la population générale.

Une étude menée aux Pays Bas a retrouvé une association entre prescription d'antidépresseurs et violences conjugales. (34) Cela va dans le sens d'une étude réalisée au Canada en 1999, sur 25 876 femmes. Chez les femmes, tous les types de consommation de médicaments étaient significativement plus élevés parmi celles déclarant des violences entre partenaire intime.(35)

Lors de l'étude réalisée en 2000 en Ile-de-France, un questionnaire avait été adressé à un échantillon de 1000 médecins généralistes concernant les 5 dernières patientes qui avaient subi des violences conjugales. Sur les 235 réponses obtenues, 50,1% des femmes consultaient pour obtenir un certificat médical, 40,1% pour des troubles psychologiques, 30,6% pour des lésions traumatiques, 31% pour une prescription d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, d'hypnotiques ou d'antalgiques. (25)

Les autres motifs de consultation étaient les demandes de soins pour le mari ou les enfants (6,9%), les affections génitales (2,5%)

Notre étude montre une différence notable sur la proportion de recours pour une demande de certificat ou une attestation des violences (11%). Les études réalisées en Limousin et en Nouvelle Aquitaine retrouvaient respectivement 36% et 30% de consultations pour ces motifs. Plusieurs éléments pourraient l'expliquer : la taille de l'échantillon tout d'abord. Les résultats de l'étude au niveau national permettront d'avoir un résultat plus représentatif. Il est également possible que les certificats aient été réalisés dans des services d'urgences, ou en unité médico judiciaire ou que ces derniers n'aient pas été nécessaires aux victimes.

Peu de femmes ont consulté pour évoquer directement les violences conjugales (27,7%).

Les motifs « problèmes gynécologiques » et « prescription de contraception » sont également peu fréquents (16, 6%). Ces données sont cohérentes avec les résultats des études AVIC MG en Aquitaine et en Limousin. L'étude du Dr Morvant va également dans ce sens (2,5% des consultations avaient comme motif des affections génitales). Cependant, plusieurs études ont montré un lien entre violences et problèmes gynécologiques. En 2012, Loeffen et Al ont mené une enquête transversale dans 12 cabinets de médecine générale aux Pays-Bas en 2012 sur 262 femmes. Les infections sexuellement transmissibles, les troubles menstruels, les problèmes sexuels, les avortements provoqués et les fausses couches étaient significativement plus fréquents chez les femmes subissant des violences conjugales.(36) Une étude menée en Allemagne sur 730 femmes a révélé une association statistiquement significative entre infection génitale/salpingite et violences entre partenaires intimes.(37)

Les conséquences des violences conjugales sur la santé des victimes sont donc multiples. Dans la majorité des situations, il s'agit de problèmes d'ordre psychologique. Cela n'est pas surprenant puisque 89% subissaient des violences psychologiques.

Les femmes ne consultent que peu pour évoquer directement les violences subies ou demander un certificat médical constatant les violences. Ce constat ne peut qu'encourager un dépistage systématique des violences conjugales en médecine générale.

Certains motifs de consultation doivent particulièrement faire interroger le médecin sur les violences conjugales tels que des symptômes dépressifs, des douleurs inexplicables.(38)

### 6. 2. 3. Consultations pour les enfants

Un élément à prendre en compte est que 75% des femmes ont consulté pour leur(s) enfant(s). Les motifs précis des consultations ne sont pas connus. Cependant, il est important de savoir que les enfants sont également des victimes des violences conjugales.

L'Observatoire des violences conjugales mené par la Fédération Nationale Solidarité Femmes en 2019 révélait que 43% des victimes ont dénoncé des conséquences sur la santé globale de leurs enfants (peur, angoisse, stress, trouble du comportement, etc...)(28)

De plus ces femmes pourraient également être accessibles à la recherche de violences conjugales. Cela a notamment été soulevé par une répondante à la fin du questionnaire dans la

partie expression libre « Quand on a des enfants, c'est un endroit incontournable le cabinet médical. Il est primordial que les généralistes abordent les violences conjugales sans quoi il est difficile de faire ce premier pas. »

Explorer les conditions de vie d'un enfant pourrait donc aider à dépister des situations de violences conjugales.

#### **6. 4. Attente des femmes victimes de VC envers leur MG**

Les résultats obtenus précédemment ont montré que les femmes victimes de violences conjugales qui se rendaient dans les associations d'aide, consultaient en médecine générale. Ainsi, elles sont candidates à un dépistage des violences conjugales. Mais quelles sont leurs attentes ?

94% des femmes interrogées étaient favorables à ce que leur médecin aborde la question des violences conjugales. La totalité des répondantes ont répondu que cela faisait partie du rôle du médecin généraliste. Les résultats de l'étude AVIC MG conduite dans les régions Limousin, Aquitaine, Centre Val de Loire révélaient les mêmes attentes.

Une enquête qualitative a été conduite dans le Rhône auprès de 11 femmes volontaires ayant été d'anciennes victimes de violences conjugales. Les informations recueillies ont révélé que pour ces 11 femmes, le médecin était au courant de l'existence de violences conjugales pour seulement 4 d'entre elles. Ces femmes auraient souhaité un questionnement de leur médecin au sujet des violences.(39) Une étude américaine évoquait que même si le médecin de famille n'avait pas joué de rôle important dans la prise en charge des violences subies, ces femmes exprimaient l'importance que leur médecin les interroge sur ces violences, et qu'il persiste à les interroger en cas de refus.(40)

Les femmes victimes de violences conjugales ont exprimé leur difficulté à parler des violences subies et de leur souhait d'être interrogées par leur médecin, lors d'une étude menée au Danemark.(41)

Les répondantes à notre questionnaire ont soulevé plusieurs attentes concernant leur médecin généraliste. Elles attendaient de leur médecin une attitude bienveillante et une absence de jugement. Elles souhaitaient également que leur médecin soit à l'écoute et qu'il puisse les orienter vers les spécialistes nécessaires. Plusieurs études qualitatives ont aussi mis en évidence

l'importance du comportement du médecin et notamment du rôle d'écoute, de compréhension et de soutien (39)(42)(43).

Deux répondantes évoquaient l'importance que le médecin recherche à connaître l'environnement de leur patiente. En effet, beaucoup de victimes ne demandent pas d'aide à leur médecin et n'aborde pas les violences conjugales directement, elles consultent pour des motifs variés (troubles d'ordre psychologique, douleurs, etc...). En s'intéressant au contexte de vie de leur patiente, le médecin laisse la possibilité aux victimes de se confier.(44)

Deux femmes ont exprimé leur souhait que le médecin puisse signaler les violences au sein du couple quand ils s'en aperçoivent et qu'il (le médecin) « prenne contact avec la gendarmerie pour qu'une éventuelle déposition de plainte ait plus de poids ». Ces deux cas relèvent de la levée du secret médical.

En effet, la loi du 30 juillet 2020 est venue modifier l'article 226-14 du code pénal relatif au secret médical. Jusque-là, le signalement de violences n'était possible sans l'accord de la victime que pour « un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ». Ce nouvel alinéa autorise le professionnel de santé à faire un signalement des violences exercées au sein du couple sans l'accord de la victime majeure lorsqu'il estime que la vie de la victime est en danger immédiat et qu'elle se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences. Le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime, et si le cas échéant l'informer du signalement fait.

Lorsque les violences ont été révélées par les victimes, elles attendent du médecin soutien, conseil, orientation vers les intervenants appropriés. Or des manquements sont souvent mis en évidence.

Dans notre étude, seulement 1 des victimes a été orienté vers une structure d'aide alors que 9 ont parlé des violences subies avec leur médecin généraliste. La plupart ont été dirigées vers les associations par les travailleurs sociaux (22%), les informations trouvées sur internet ou numéro d'appel (22%), et les services de police ou gendarmerie (17%). Ces données sont superposables à celles recueillies en Aquitaine et Limousin.

À la suite de l'étude menée par le Dr Morvant en 2000 sur 235 médecins ayant reçu des femmes victimes de violences conjugales, il a été constaté que les médecins orientaient principalement les patientes vers une psychologue (56%) et vers les services de police ou gendarmerie (56%). Le médecin n'avait orienté vers une structure d'aide que dans 23% des cas. De plus les ¾ des médecins (76%) n'avaient aucun contact avec les professionnels pouvant aider la patiente.(45)

Il ne semble pas que les médecins orientent plus fréquemment vers les numéros d'appel gratuit et notamment le 3919. En effet, l'étude du mode de connaissance du 3919 en 2019 révélait qu'il était principalement du aux recherches effectuées sur internet (32%). Les services de santé et de police ou gendarmerie n'orientent que peu les victimes vers le 3919 (3%)

Les réseaux d'aide ne sont probablement pas suffisamment connus par les médecins. Le médecin doit pouvoir s'appuyer sur un réseau d'aide local lorsqu'il est informé des violences conjugales. En effet, les professionnels participants sont complémentaires : psychologues, aide juridique, assistante sociale.

## **6. 5. Le dépistage**

Dans notre étude, seulement 2 femmes sur 16 ont été interrogées par leur médecin généraliste concernant les violences conjugales. La majorité n'a pas été dépistée soit parce qu'elles avaient abordé d'elles-mêmes le sujet avec leur médecin (7 femmes) soit parce qu'elles n'avaient jamais parlé des violences conjugales (7 femmes).

L'étude du Dr Cornilleau menée en 2011 auprès des médecins généralistes d'Ile-de-France a permis d'interroger les médecins sur les violences conjugales. Sur les 227 médecins ayant eu connaissance des violences conjugales vécues par leurs patientes, dans 18% des cas le médecin avait posé la question des VC, et 69% des femmes en avaient parlé spontanément. (46) Le dépistage des violences conjugales est donc mineur.

Selon le rapport de la MIPROF pour l'année 2019, 25% des femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles avaient consulté un médecin.(47) Peu de victimes ont donc entrepris la démarche de consulter un médecin pour aborder les violences conjugales

### **6. 5. 1. Le dépistage systématique**

Le dépistage systématique s'adresse à toutes les femmes, sans qu'il existe des signes d'alerte. Une grande partie des médecins caractérisent le dépistage systématique d'intrusif pour les victimes. La crainte de froisser la patiente a souvent été décrit, or comme notre étude l'a montré les femmes victimes de VC sont favorables à ce dépistage et le considèrent comme faisant partie intégrante du rôle du MG. Des études ont montré que les femmes non victimes de VC étaient également favorables à l'interrogation sur les VC. (48)

Même si la patiente n'a pas conscience qu'elle subit des violences conjugales et n'est pas prête à révéler les violences vécues, faire la démarche de poser la question peut favoriser la prise de conscience ultérieurement. En effet, nous utilisons quotidiennement en médecine générale l'entretien motivationnel pour accompagner nos patients vers le changement, par une approche centrée sur le patient. Cette méthode peut tout à fait s'appliquer au domaine des violences conjugales. Les femmes violentées sont souvent à un stade pré contemplatif. Elles n'ont pas qualifié ce qu'elles vivent en tant que violence conjugale, et ne sont donc pas prêtes au changement.(49)

Interroger sur les violences conjugales peut ainsi permettre d'explorer l'ambivalence de la patiente et offrir des perspectives de changement.(50)

Une revue de littérature publiée en 2015 a révélé que le dépistage augmentait l'identification des femmes victimes de violences conjugales. Cependant le nombre de victimes identifiées était en dessous du nombre de victimes estimées qui consultaient dans les structures de soins de santé. Aucune preuve de l'effet du dépistage systématique sur l'amélioration de la santé des femmes ni sur la réduction des violences subies n'a été démontrée.(51) Cependant peu d'études se sont intéressées à l'impact du dépistage sur la santé des victimes.

Plusieurs études ont révélé que les femmes dépistées sur les VC, étaient plus susceptibles de quitter leur conjoint violent. Une autre étude incluant 10 essais a retrouvé une réduction des abus physiques dans les un à deux ans suivant le repérage des violences conjugales, mais ne pouvait pas conclure à un effet bénéfique sur leur qualité de vie et leur santé mentale.(52)

Dans ses recommandations actualisées en décembre 2020, la HAS recommande de questionner systématiquement les femmes reçues en consultation même en l'absence de signe d'alerte, après avoir conclu que le questionnement sans point d'appel n'induisait pas d'effet néfaste chez les patientes.

### 6. 5. 2. Les outils du dépistage

Il apparaît que les violences sont insuffisamment dépistées en médecine générale pourtant souvent premier recours des femmes victimes de violences, notamment par manque de formations adaptées et d'outils simples.

En février 2021, Santé Publique France a publié une étude validant l'utilisation de la version française du WAST. Ce questionnaire a été développé en 1996 au Canada par JB Brown. Il comporte 8 questions fermées, les deux premières concernent les relations du couple de manière générale et les suivantes portent sur les violences physiques, psychologiques et sexuelles (Annexe 6). L'étude a été réalisée par le service de médecine légale du CHU de Clermont-Ferrand et portait sur 361 femmes. L'acceptabilité du WAST était très bonne (taux de réponse supérieur à 95%) et les performances diagnostiques excellentes : sensibilité à 97,7% et spécificité à 97,1%.(53)

D'autres outils sont également accessibles tels que les fiches de bonnes pratiques de la HAS sur comment repérer et comment agir (54)(55). Le CNOM propose une aide à la rédaction des certificats médicaux.(56) (Annexe 8)

Des kits de formation élaborés par la MIPROF sont disponibles sur le site [arretonslesviolences.gouv](http://arretonslesviolences.gouv) (Annexe 7). Ils s'adressent à l'ensemble des professionnels(-les) appelé(-ées) à intervenir auprès des femmes victimes de violences.(57)

## **6. 6. Obstacles à la révélation des violences conjugales**

### **6.6.1 Freins à divulguer les VC**

Une majorité de femmes n'abordent pas spontanément les violences conjugales avec les professionnels de santé. En effet, un certain nombre de barrières à la divulgation des VC ont été identifiées.

Prosman et Al ont interrogé 14 femmes victimes de violences conjugales concernant les freins au dépistage des VC. Il a été mis en évidence qu'un des obstacles à la révélation des violences conjugales est lié au fait que les femmes ne se définissent pas comme victimes de violences conjugales.(58) Cette non-reconnaissance de la violence en tant que telle est expliquée par les mécanismes psycho traumatiques engendrés par cette violence. Elles ont d'autant plus de mal à s'identifier comme victimes lorsqu'elles ne subissent pas de violences physiques. Cette étude a également révélé que les femmes victimes de VC n'ont pas conscience des conséquences de la violence et ne pensent pas avoir besoin de recourir à une aide médicale. Et lorsque les femmes ont pris conscience d'être victimes, d'autres obstacles se dressent à la révélation des violences subies : la peur de ne pas être crues, la culpabilité/la honte de demander de l'aide, la

crainte d'être séparées de leurs enfants, mais également l'inquiétude que leur agresseur découvre qu'elles se sont confiées.(44)(59)

Le manque de confiance envers son médecin et/ou une attitude non bienveillante du professionnel de santé peuvent également être une limite à la divulgation des violences.(60)

Le genre du médecin pourrait pour certaines patientes être un élément influençant la révélation des violences conjugales. Dans notre étude, 53% des répondantes considéraient que le sexe de leur médecin exerçait une influence pour dévoiler les violences. 4 femmes mentionnaient qu'elles se confiaient plus facilement avec une femme, 1 femme au contraire était plus à l'aise avec un homme. Il ne semble pas y avoir d'impact sur la révélation des violences conjugales selon le sexe du médecin, mais notre étude ne peut pas permettre de généraliser au vu de la petite taille de l'échantillon. Une autre étude a montré une préférence envers les femmes professionnelles de santé, tout en restant un facteur mineur.(60) Il semblerait qu'il s'agisse plutôt d'une préférence très personnelle.

Le fait d'avoir le même médecin pour une victime et son agresseur pourrait également être un frein à la révélation et/ou au dépistage des violences conjugales. Parmi les 8 femmes ayant le même médecin, 1 était systématiquement reçue avec son agresseur et n'a jamais abordé ou été dépistée sur les violences conjugales. Elle mentionnait d'ailleurs dans ses attentes envers le médecin de « le voir seule ». 50 % ont abordé ou ont été interrogées sur les VC contre 66% chez celles qui n'avaient pas le même médecin. Ces résultats ne semblent pas significatifs dans notre étude. Cependant un point important et recommandé par la HAS est de recevoir la femme seule en consultation.(7)

### 6. 6. 2. Freins à dépister les VC

Du côté des médecins les freins au dépistage des violences conjugales sont nombreux : les freins les plus fréquemment rapportés sont matériels, émotionnels et concernent les difficultés de prise en charge.

Une étude qualitative réalisée en Ile-de-France en 2013 par le Dr Morvant, auprès de 28 médecins généralistes a permis d'identifier les obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales.(61) Plusieurs points ont pu être mis en évidence. Tout d'abord une non-reconnaissance des violences conjugales en tant que problème médical, et la considération que

ces dernières appartiennent au domaine privé. Certains médecins ont souligné qu'à leur sens ce phénomène était peu rencontré dans leur pratique.(62)(61)

Quand les médecins recherchent les violences conjugales, ils se trouvent souvent confrontés à des patientes qui ont une attitude ambivalente. Leur comportement face à la situation peut changer d'une fois à l'autre et le médecin fait face à un sentiment d'impuissance, de découragement, et peut entraîner un désinvestissement du médecin sur cette situation. (27) Or cette ambivalence, ces revirements de situation sont inhérents au phénomène d'emprise.

Le manque de ressources est également un frein pour le dépistage : manque de connaissances, contrainte de temps, insuffisance de ressources pour aider les victimes.(63)(64)

Le manque de temps est un frein mis en avant à la fois par les médecins mais également par les patientes. En effet, le changement des conditions de travail depuis de nombreuses années contraint les médecins à avoir un nombre conséquent de consultations dans la journée. Il n'est donc pas évident d'avoir assez de temps pour rechercher les violences conjugales en sus du motif de consultation. Une étude révélait que les médecins salariés en centre de santé et en centres de planification pratiquaient plus le dépistage systématique car ils étaient davantage sensibilisés aux violences faites aux femmes et par ailleurs avaient un temps de consultation supérieur à la médecine générale.(27)

Enfin, des barrières plus personnelles sont mises en avant. Il s'agit de la peur de la réaction de la patiente, voire d'envahir sa vie privée. Dans l'étude du Dr Morvant, un médecin sur deux était mis en difficulté par le fait qu'il connaissait le mari. Certains médecins rapportent une inquiétude sur d'éventuelles représailles.(61)

## **6. 7. Perspectives**

### **6. 7. 1 Répondre aux attentes des femmes concernant les violences conjugales**

Les femmes victimes de violences conjugales souhaitent être dépistées et orientées. Ces attentes répondent aux recommandations de la HAS qui conseille le dépistage systématique même en l'absence de signe d'alerte.

En pratique cela sous-tend pour le médecin de se montrer disponible, de créer un environnement favorable, de garantir la confidentialité des échanges. En favorisant un climat de confiance, le médecin va pouvoir mener son entretien en questionnant systématiquement la patiente, par exemple en s'intéressant de manière générale au bien-être de la patiente dans sa vie privée et de son sentiment de sécurité. Il est utile de pouvoir réitérer ce questionnement lors des consultations futures. La révélation des violences est un moment qui requiert une écoute empathique et active, un soutien et une absence de jugement. En cas de découverte de violences conjugales, il est important de considérer l'impact sur les enfants. En effet, la violence au sein du couple expose l'enfant qui y est confronté à un risque de maltraitance. Le rôle du médecin comprend également l'information des patientes, l'accompagnement et l'orientation vers les structures d'aides adaptées.

Mettre en place des outils de communication dans les salles d'attente permet de sensibiliser les patientes et montre l'implication du médecin dans la problématique des violences conjugales. Il pourrait s'agir d'affiches, de flyers informant sur les violences et les conséquences sur leur victime. Des documents reprenant les coordonnées des partenaires du réseau d'aide locale faciliteraient l'orientation des victimes.

Un point mis en avant dans l'ensemble des études est la méconnaissance de la majorité des médecins sur les structures d'aides locales. Or, les violences conjugales représentent un problème multidisciplinaire trop étendu pour que le médecin généraliste en soit le seul acteur. La mise en place d'un réseau reliant tous les acteurs du suivi : médical, psychologique, social, judiciaire s'avérerait intéressante. Le service de médecine légale du CHRU Rangueil à Toulouse a mis en place le réseau PREvention Violence Orientation Santé (PREVIOS) depuis 2006. Il réunit les professionnels de trois secteurs d'activités : sanitaire, social et judiciaire qui participent pour la prévention des violences. Les missions en sont multiples : favoriser la prise en charge globale des victimes, témoins et auteurs des violences mais également la formation et la sensibilisation des professionnels.(66) Les consultations de prévention de la violence sont réalisées dans 3 hôpitaux de la région. A l'issue d'une consultation médico-légale, les victimes se voient proposer une consultation pour faire le bilan de leur situation sanitaire, sociale et psychologique et par la suite la mise en place des actions susceptibles d'améliorer leur situation. Une étude réalisée entre juin 2006 et 2007 sur un échantillon de 137 femmes incluses dans le cadre des consultations de prévention établissait que 94,2% des victimes souhaitaient poursuivre la prise en charge par un relais médical, associatif et/ou psychologique.(67)

### 6. 7. 2. Améliorer la formation des médecins généralistes

Une entrave majeure au dépistage mise en avant par les médecins généralistes est le manque de formation. Le 4<sup>ème</sup> plan de lutte contre les violences conjugales établissait comme enjeu central la formation des médecins de premiers recours. Le 5<sup>ème</sup> plan soulevait la nécessité de renforcer la formation des professionnels au contact des victimes de violences conjugales, y compris les médecins.

Dans son rapport d'activité sur les années 2013-2017, la MIPROF en collaboration avec l'ANEMF (Association Nationale des Étudiants en Médecine et de France) et le Département de médecine générale de l'université Pierre et Marie Curie a réalisé une enquête nationale auprès de 1472 étudiants en médecine. Ceux-ci reconnaissent le rôle important du médecin dans la prise en charge des victimes de violences et 95% d'entre eux étaient intéressés pour recevoir une formation sur les violences, sur leur dépistage et traiter les conséquences.(68)

Lors de notre cursus universitaire, le sujet des violences n'est abordé que par l'item 183 de l'ECN (Examen Classant National) et ne concerne que les violences sexuelles « Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles ». Les violences conjugales ne sont pas abordées dedans. Dans le cadre du DES (Diplôme d'Études Spécialisées) de médecine générale, certaines facultés abordent les violences dans leur globalité. Plusieurs facultés de médecine proposent des DU (diplômes universitaires) portant sur les violences faites aux femmes.

Sur le plan de la formation, des mesures existent déjà pour former les médecins dès leurs études mais un item sur les violences conjugales pourrait être ajouté au programme de l'ECN et des formations théoriques mais aussi pratiques pourraient être proposées dès le 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales. Des formations médicales continues (FMC) avec les acteurs locaux des associations d'aide contre les VC permettraient une meilleure connaissance des MG et plus de sensibilisation sur le sujet. Le site [declicviolence.fr](http://declicviolence.fr) permet notamment de retrouver une cartographie des structures d'aides locales aux victimes de VC pour la plupart des régions.

Cela passe aussi par la mise à disposition d'outils de formations, par exemple les 7 kits de formations élaborés par la MIPROF dont spécifiquement 3 à destination des professionnel(-les) de santé (Annexe 7) et les modèles de certificats (Annexe 8). Ces outils sont disponibles sur le site <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>

L'ensemble de ces éléments peut aider les médecins à solutionner certains de leurs freins et ainsi favoriser le dépistage.

### 6. 7. 3. Un autre frein : le manque de disponibilité

Un obstacle rapporté par les médecins est le manque de temps. En effet, les missions du médecin généraliste sont déjà nombreuses. De plus, le fonctionnement libéral et la rémunération à l'acte exposent les praticiens à des consultations rapides, phénomène probablement aggravé par la conjoncture démographique défavorable.

Des mesures incitatives pourraient aider à valoriser les médecins qui prennent le temps de rechercher les violences conjugales. Ils pourraient s'agir d'une consultation annuelle dédiée uniquement à la prévention des violences conjugales

Les médecins généralistes conventionnés perçoivent chaque année une rémunération sur les objectifs de santé publique (ROSP). Celle-ci repose sur plusieurs indicateurs de pratique clinique dont : le suivi de pathologies chroniques, la prévention et l'efficacité des prescriptions. La prévention des violences conjugales pourrait trouver sa place dans ces objectifs à atteindre. Bien que le ROSP souffre parfois d'une mauvaise opinion d'une partie du corps médical, il est un support pour une démarche d'investissement et d'amélioration des pratiques.

### 6. 7. 4. Dépister les victimes ... mais aussi les auteurs des violences conjugales

Il semble important de rechercher également les violences conjugales chez ceux qui les commettent. Repérer les violences chez ceux qui les commettent est complémentaire de la prise en charge des victimes. La réponse judiciaire doit s'accompagner d'un accompagnement spécialisé pour les auteurs afin de prévenir les récidives voire une recrudescence de la violence mais également éviter la répétition transgénérationnelle. Il est nécessaire que les enfants se structurent avec l'interdit des violences.(69)

A l'issue du Grenelle des violences conjugales, le Premier Ministre annonçait la création de centres de suivi et de prises en charge pour les auteurs de violences, à raison de 2 centres par région. Leurs rôles s'articulent autour de stages de responsabilisation, d'accompagnement thérapeutique et médical et d'accompagnement socio-professionnel.

Bien souvent, les auteurs de violences ne sont pris en charge que quand une plainte a été déposée et qu'un jugement les y a obligés. Mais nous savons que ce n'est le cas que pour une partie infime des auteurs de violences.

Le profil de l'homme violent est celui de « Monsieur tout le monde » selon la campagne de Fédération Nationale Solidarité Femmes de 2011.

L'union Européenne a produit en 2020 le manuel ENGAGE à destination des professionnels de première ligne pour repérer et inciter les hommes auteurs de violences conjugales à se faire aider. Le rôle du professionnel est de repérer dans le discours et le comportement les signes indiquant des violences conjugales ; aborder le problème ; informer clairement sur les violences et leurs conséquences ; motiver au changement et encourager l'auteur à suivre un programme spécialisé en lui fournissant les coordonnées, tout en s'assurant que la victime est prise en charge et en sécurité. Ce document liste une série d'indices dans le comportement pouvant être repérés lors de la consultation (Annexe 9).(70)

## **7. Conclusion**

Notre étude a révélé que les femmes victimes de violences conjugales consultant dans les associations d'aide aimeraient être questionnées sur les violences conjugales par leur médecin. Elles attribuent ce rôle au médecin généraliste et attendent une écoute empathique, dénuée de jugement et une orientation vers les structures spécialisées. Le référencement des associations d'aides locales sur le site [declicviolence.fr](http://declicviolence.fr) devrait aider les médecins à mieux connaître le réseau local et ainsi faciliter l'orientation des victimes. Les motifs de consultations sont rarement pour aborder directement les violences, mais le plus souvent pour des troubles psychologiques (anxiété, angoisse, troubles du sommeil), fatigue, douleurs. Certains motifs doivent donc particulièrement attirer l'attention des médecins.

Les femmes victimes interrogées dans notre étude sont donc en grande majorité en faveur d'un repérage des violences par leur médecin. Afin d'identifier les victimes de violences conjugales, les médecins pourraient pratiquer un dépistage systématique comme le recommande la HAS. Cependant, cette pratique ne s'est pas encore généralisée dans nos cabinets de médecine générale. En effet, les freins et les difficultés sont nombreux que ce soit pour le médecin ou la femme victime de VC, et la prise en charge s'avère compliquée pour le médecin. A défaut, un dépistage ciblé en fonction de tableaux cliniques évocateurs ou de facteurs de risques est impératif.

La mise en commun des études AVIC-MG régionales et l'analyse des données permettront d'obtenir des résultats sur un plus grand échantillon. D'autres études pourraient s'intéresser à l'ensemble des femmes victimes de violence dans la population générale. Des études de grande ampleur seraient nécessaires afin d'évaluer si le dépistage réduit les violences et a un impact positif sur la santé des victimes.

Lutter contre les violences conjugales est complexe. Prendre en charge les violences conjugales c'est prendre en charge la violence dans son ensemble, c'est favoriser une société égalitaire entre les femmes et les hommes et éduquer à la non violence et ce, dès l'enfance.

## **8. Bibliographie**

1. Ki-moon B. « Il y a une vérité universelle, applicable à tous les pays, cultures et communautés : la violence à l'égard des femmes n'est jamais acceptable, jamais excusable, jamais tolérable. ». :2.
2. HCDH | Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
3. l'Intérieur M de. Etude nationale relative aux morts violentes au sein du couple en 2019 [Internet]. <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiqués/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-20192>. [cité 6 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiqués/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-20192>
4. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/nommer-et-compter-les-violences-envers-les-femmes-une-premiere-enquete-nationale-en-france/>
5. Moiron-Braud E. Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions :85.
6. 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-protéger>
7. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2019;58.
8. SPF. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000 [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: /notices/violences-envers-les-femmes-et-etat-de-sante-mentale-resultats-de-l-enquete-enveff-2000
9. Plan\_VL-2pdf460b.pdf [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_VL-2pdf460b.pdf](https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_VL-2pdf460b.pdf)
10. 5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>
11. WHO\_RHR\_12.43\_fre.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86256/WHO\\_RHR\\_12.43\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86256/WHO_RHR_12.43_fre.pdf?sequence=1)
12. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. Arch Intern Med. 27 mai 2002;162(10):1157-63.
13. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. Eur J Public Health. 1 oct 2007;17(5):437-43.
14. Coker AL. Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health?: A Systematic Review. Trauma Violence Abuse. 1 avr 2007;8(2):149-77.

15. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Serv Res.* juin 2009;44(3):1052-67.
16. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. *Sante Publique (Bucur).* 16 sept 2010;Vol. 22(4):405-16.
17. Vacher A. Rédaction et Conception. :28.
18. Vasselier-Novelli C, Heim C. Les enfants victimes de violences conjugales. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 2006;n°36(1):185.
19. Taft CT, Schumm JA, Marshall AD, Panuzio J, Holtzworth-Munroe A. Family-of-origin maltreatment, posttraumatic stress disorder symptoms, social information processing deficits, and relationship abuse perpetration. *J Abnorm Psychol.* août 2008;117(3):637-46.
20. Henrion R. 32. Violences conjugales [Internet]. *Traité de santé publique.* Lavoisier; 2016 [cité 5 févr 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/traite-de-sante-publique--9782257206794-page-293.htm>
21. Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging Research—Past, Present, and Future. *Biol Psychiatry.* 15 août 2006;60(4):376-82.
22. Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *J Psychiatr Res.* 1 févr 2006;40(1):1-21.
23. Salmona M. La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité : ou comment devient-on étranger à soi-même. :19.
24. Salmona M. Chapitre 29. La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité [Internet]. *Troubles de la personnalité.* Dunod; 2013 [cité 7 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/troubles-de-la-personnalite--9782100598694-page-383.htm>
25. Morvant C, Lebas J, Cabanne J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales: repérer et aider les victimes. :17.
26. Déclic Violence [Internet]. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/>
27. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. :326.
28. Zegai M. Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info »Année 2019. 2019;43.
29. Dagorn PJ. Rapport sur les violences sexistes et sexuelles en ReNmoisuleve210len-oAvqemuibtarein2e020. :110.
30. Femmes âgées [Internet]. INSPQ. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/contextes-de-vulnerabilite/femmes-agees>
31. l'Intérieur M de. 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>

32. Zegai M. Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info » Année 2019. 2019;43.
33. 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.
34. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health* 2002. juin 2006;15(5):599-611.
35. *etude-etudeorvffnsf-web\_0.pdf* [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/etude-etudeorvffnsf-web\\_0.pdf](https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/etude-etudeorvffnsf-web_0.pdf)
36. Prosman G-J, Lo Fo Wong SH, Bulte E, Lagro-Janssen ALM. Healthcare utilization by abused women: A case control study. *Eur J Gen Pract.* 1 juin 2012;18(2):107-13.
37. Romans SE, Cohen MM, Forte T, Du Mont J, Hyman I. Gender and psychotropic medication use: The role of intimate partner violence. *Prev Med.* 1 juin 2008;46(6):615-21.
38. Loeffen MJW, Lo Fo Wong SH, Wester FPJF, Laurant MGH, Lagro-Janssen ALM. Are gynaecological and pregnancy-associated conditions in family practice indicators of intimate partner violence? *Fam Pract.* août 2016;33(4):354-9.
39. Mark H, Bitzker K, Klapp BF, Rauchfuss M. Gynaecological symptoms associated with physical and sexual violence. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* sept 2008;29(3):164-72.
40. *WHO\_RHR\_13.10\_fre.pdf* [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO\\_RHR\\_13.10\\_fre.pdf;jsessionid=6207E3CF9F82EA45E219BC1AB77BC6C4?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf;jsessionid=6207E3CF9F82EA45E219BC1AB77BC6C4?sequence=1)
41. 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.
42. 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.* 20 juin 2007;45(1):105-19.
43. 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.
44. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römken R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns.* mars 2008;70(3):386-94.
45. 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.

46. Narula A, Agarwal G, McCarthy L. Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. *Fam Pract.* 1 oct 2012;29(5):593-600.
47. Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Repérer et aider les victimes. :10.
48. cornilleau\_these.pdf [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/cornilleau\\_these.pdf](https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/cornilleau_these.pdf)
49. Vacher A. RÉDACTION ET CONCEPTION. :28.
50. Violences-sexuelles-faites-aux-femmes.pdf [Internet]. [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/05/Violences-sexuelles-faites-aux-femmes.pdf>
51. Khaw LBL, Hardesty JL. Leaving an Abusive Partner: Exploring Boundary Ambiguity Using the Stages of Change Model. *J Fam Theory Rev.* 2009;1(1):38-53.
52. Des outils pour améliorer le suivi : l'entretien motivationnel et le modèle des processus de changement de comportement | Déclic Violence [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://decliviolence.fr/p/des-outils-pour-ameliorer-le-suivi-lentretien-motivationnel-et-le-modele-des-processus-de-changement-de-comportement>
53. 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* [Internet]. 2015 [cité 29 sept 2021];(7). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007007.pub3/full>
54. Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [cité 4 oct 2021];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005043.pub2/full>
55. Guiguet-Auclair C. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool) / Validation of the french Woman Abuse Screening Tool (WAST) to routinely identify intimate partner violence. :9.
56. fs\_femmes\_violence\_reperer\_092019.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs\\_femmes\\_violence\\_reperer\\_092019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf)
57. fs\_femmes\_violence\_agir\_092019.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs\\_femmes\\_violence\\_agir\\_092019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_agir_092019.pdf)
58. cnom\_femmesvictimesdeviolences.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche\\_pratique/1hf4haj/cnom\\_femmesvictimesdeviolences.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1hf4haj/cnom_femmesvictimesdeviolences.pdf)
59. Outils de formation sur les violences au sein du couple | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple>
60. 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.* 2014;28(1):3-11.

61. Heron RL, Eisma MC. Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health Soc Care Community.* 2021;29(3):612-30.

62. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2002;109(1):9-16.

63. [Obstacles-reperage-et-prise-en-charge-violences-conjugales.pdf](https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2019/02/Obstacles-reperage-et-prise-en-charge-violences-conjugales.pdf) [Internet]. [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2019/02/Obstacles-reperage-et-prise-en-charge-violences-conjugales.pdf>

64. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *Women Health.* 1 août 2012;52(6):587-605.

65. Waalen J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. Screening for intimate partner violence by health care providers: Barriers and interventions. *Am J Prev Med.* 1 nov 2000;19(4):230-7.

66. [Présentation2015ActionsPREVIOS.pdf](http://site.reseauprevios.fr/wp-content/uploads/2016/08/PrC3A9sentation2015ActionsPREVIOS.pdf) [Internet]. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <http://site.reseauprevios.fr/wp-content/uploads/2016/08/PrC3A9sentation2015ActionsPREVIOS.pdf>

67. 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.

68. [Rapport-dactivites-MIPROF\\_2017-.pdf](https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/04/Rapport-dactivites-MIPROF_2017-.pdf) [Internet]. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/04/Rapport-dactivites-MIPROF\\_2017-.pdf](https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/04/Rapport-dactivites-MIPROF_2017-.pdf)

69. 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 11 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r19-597/r19-5975.html>

70. [engage\\_FR\\_190313\\_web.pdf](http://psytel.eu/engage_FR_190313_web.pdf) [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: [http://psytel.eu/engage\\_FR\\_190313\\_web.pdf](http://psytel.eu/engage_FR_190313_web.pdf)

## 9. Annexes

### Annexe 1 : Questionnaire étude AVIC MG

1. **Quel est votre âge :**  
18-25 ans       26-35 ans       36-45 ans       46-55 ans       56-65 ans       Plus de 65 ans
  
2. **Avez-vous des enfants ?** oui       non       Si oui, combien ? ....
  
3. **De quel(s) type(s) de violence avez-vous été victime de la part de votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) :**
  - **PHYSIQUES** (recevoir des coups, des claques, ... être 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 victimes avec un médecin généraliste ?**

- oui, un médecin généraliste m' a déjà demandé si j'étais victime de violences conjugales
- oui, c'est moi même qui ai abordé la question
- un médecin m' a déjà posé la question mais je n' ai pas répondu
- non
- Je ne me rappelle 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 :

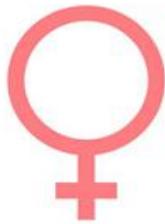
.....  
.....

**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

Pour tout renseignement, vous pouvez nous contacter par mail : [asouat@gmail.com](mailto:asouat@gmail.com)



## Etude **AVIC-MG**

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

## 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  
Dr Stéphanie Mignot, médecin généraliste





Etude **AVIC-MG**



## **Attentes des femmes Victimes de violences Conjugales envers leur Médecin Généraliste**

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 ..., dans le cadre de leur thèse d'exercice de médecine à l'université de Poitiers

[morgane.pouliquen@etu.univ-poitiers.fr](mailto:morgane.pouliquen@etu.univ-poitiers.fr) ou [audrey.souat@etu.univ-poitiers.fr](mailto:audrey.souat@etu.univ-poitiers.fr)

## Annexe 4 : Accord Comité Éthique CNGE



### **Comité Ethique du CNGE**

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : [comite-ethique@cngc.fr](mailto:comite-ethique@cngc.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 5 : Tableau des associations contactées pour l'étude AVIC-MG dans les départements des Deux-Sèvres et de la Vienne

<b>Département</b>	<b>Association</b>	<b>Ville</b>
Deux-Sèvres (79)	CIDFF 79	Niort Permanences : Bressuire, Parthenay, Thouars
	France Victimes 79	Niort Permanences : Bressuire, Saint Maixent, Parthenay, Thouars
	UDAF 79	Niort
	Intermède Nord 79	Bressuire
Vienne (86)	CIDFF 86	Poitiers Permanences : Chatellerault, Montmorillon
	Dispositif d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales de la Croix-Rouge Française	Poitiers
	Service d'aide aux victimes PRISM -ADSEA 86	Poitiers

**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 rabaisée 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

WAST : *Woman Abuse Screening Tool*.

<p style="text-align: center;"><b>ANNA</b></p> <p>Les violences au sein du couple</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kit de formation contenant un court métrage et un livret d'accompagnement</li>   <li>- Aborde : <ul style="list-style-type: none"> <li>→ le mécanisme des violences conjugales</li> <li>→ le repérage par les professionnel(-le)s de santé</li> <li>→ la prise en charge et l'orientation</li> </ul> </li>   <li>- Contient des fiches réflexes spécifiques à chaque profession (masseur-kinésithérapeute, infirmier-e, dentiste, urgentiste,...)</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>ELISA</b></p> <p>Les violences sexuelles</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kit de formation contenant un court métrage et un livret d'accompagnement</li>   <li>- Aborde : <ul style="list-style-type: none"> <li>→ les conséquences des violences sexuelles pour la victime</li> <li>→ les spécificités de l'entretien avec une femme victime de violences sexuelles</li> <li>→ le repérage par le questionnement systématique</li> <li>→ la prise en charge, le certificat médical et l'orientation</li> </ul> </li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>TOM et LENA</b></p> <p>L'impact des violences au sein du couple sur les enfants</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kit de formation contenant un court métrage et un livret d'accompagnement</li>   <li>- Aborde : <ul style="list-style-type: none"> <li>→ les mécanismes des violences conjugales et leur impact sur les enfants</li> <li>→ les entretiens du-de la professionnel-le avec l'enfant et la mère victimes</li> <li>→ la prise en charge et l'orientation par le-la professionnel-le</li> </ul> </li> </ul>

## Annexe 8 : Modèle certificat médical

### Modèle de certificat **médical** initial

sur demande spontanée de la victime  
(d'après la HAS)

Ce certificat doit être remis à la victime uniquement  
(ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé,  
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).  
Un double doit être conservé par le médecin signataire.

Nom et prénom du médecin : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : \_\_\_\_\_

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom, date de naissance) \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, le \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) \_\_\_\_\_<sup>2</sup>,

en présence de son représentant légal<sup>3</sup>, Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_<sup>1</sup>.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_.

Il/Elle déclare<sup>4</sup> « avoir été victime d'une agression \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (lieu) \_\_\_\_\_ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires ( \_\_\_\_\_ )<sup>5</sup> ont été prescrits et ont révélé \_\_\_\_\_<sup>6</sup>.

Un avis spécialisé complémentaire ( \_\_\_\_\_ )<sup>7</sup> a été sollicité et a révélé \_\_\_\_\_<sup>8</sup>.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi<sup>9</sup>.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de \_\_\_\_\_ »<sup>10</sup>.

La durée d'incapacité totale de travail est de \_\_\_\_\_ (nombre de jours en toutes lettres) \_\_\_\_\_ à compter de la date des faits, sous réserve de complications<sup>11</sup>.

Certificat établi, le \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) \_\_\_\_\_<sup>2</sup>, à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_<sup>1</sup> et remis en main propre.

Signature<sup>12</sup> et cachet  
d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.

Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

<sup>1</sup> En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

<sup>2</sup> La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

<sup>3</sup> Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

<sup>4</sup> Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

<sup>5</sup> Mentionner les examens complémentaires réalisés.

<sup>6</sup> Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

<sup>7</sup> Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

<sup>8</sup> Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

<sup>9</sup> À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

<sup>10</sup> Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

<sup>11</sup> La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.

<sup>12</sup> Signature à la main obligatoire.

Annexe 9 : Série d'indices pour repérer les auteurs de violence conjugale en consultation

- 
- Il accompagne toujours sa compagne, même pour des rendez-vous de routine, et insiste pour assister au rendez-vous (et elle semble déçue ou pressée de finir)
- 
- Il parle à sa place, l'interrompt, la corrige, ne la laisse pas parler, la discrédite ou la dévalorise, et essaie de prendre les décisions à sa place
- 
- Il justifie ou minimise les blessures de sa compagne ou son état psychologique, qui peuvent être causés par les violences
- 
- Il la rend responsable des problèmes
- 
- Il a du mal à gérer son anxiété et son stress ; il a des sautes d'humeur et/ou élève la voix
- 
- Il a deux attitudes contrastées : silencieux, sur ses gardes, refusant de répondre aux questions, ou bien exubérant, parlant trop, utilisant un langage grossier, des sourires forcés, s'impliquant trop, notamment quand c'est à elle de s'exprimer
- 
- Il a un comportement non verbal menaçant, il gesticule en envahissant l'espace de sa compagne
- 
- Il est violent envers elle au cours de l'entretien ou dans la salle d'attente
- 
- Il tente de manipuler ou de contrôler sa compagne, le/la professionnel-le, ou la situation (par exemple, les questions posées ou la durée de l'entretien)
- 
- Il est agressif ou méprisant envers les femmes employées par la structure
- 
- En sa présence, sa compagne baisse les yeux, garde le silence ou semble soumise
- 
- Elle n'est pas la même lorsqu'il est présent et lorsqu'il ne l'est pas
- 
- Il l'accuse d'être à l'origine du conflit, ou nie tout conflit
-

Annexe 10 : Tableau de recensement des structures d'aide locales dans les Deux-Sèvres

	NOM de la STRUCTURE	NOM de la PERSONNE	TYPE de SERVICES (adéquats, sociaux juridiques, psychologiques...) et/ou PROFESSIONNELS présents dans la structure	ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE	TELEPHONE	MAIL	HORAIRES	ELEMENTS SUPPLEMENTAIRES
Référent d'épousement pour les violences conjugales (VC)			Mme Sandra GIBAUD Mme Sandra GIBAUD psychologue et/ou PROFESSIONNELS présents dans la structure	05 49 18 67 79						
Association d'aide aux victimes de violences conjugales	1 rue René Naudin 79	Mme Agnès FÉCHEREAU	• espace d'écoute • espace de soutien juridique • conseil (conjoint, famille) • médiation familiale	3 rue Duquesnoy	79100	BRESCOURRE	06 80 08 47 53	violences.conjugales@ccf79.org	10h-16h	
Association d'aide aux victimes de violences conjugales	CDHF 79	Mme Stéphanie QUEBECQ	• accueil, écoute, accompagnement des femmes victimes de violences conjugales et services • accompagnement, information juridique • conseil en famille	4 rue François Villé	79100	MORT	05 49 17 38 61	cdhf79@orange.fr	lundi, mardi, jeudi et vendredi de 08h30-12h30 et de 14h30-17h30 Toujours sur rendez-vous mercredi de 08h30-12h30	Partenaires : Breizhenn Paroisse St Thouars sur rendez-vous uniquement
Association d'aide aux victimes de violences conjugales	France victimes 79	Mme Margaux FÉDONT	• écoute, accompagnement et orientation des victimes de violences conjugales • information juridique, aide et accompagnement dans les démarches judiciaires et administratives	7 4 rue Max Linder	79100	MORT	05 49 15 64 04	Francevictimes79@orange.fr	9-12h et 14h30-16h30 Toujours sur rendez-vous uniquement	Partenaires : Breizhenn St-Martin Paroisse St Thouars sur rendez-vous uniquement
Association d'aide aux victimes de violences conjugales	UDAF 79	Mme Nathalie Marion	• écoute, information et orientation des femmes victimes de violences conjugales	171 avenue de Nantes	79100	MORT	05 49 47 67 90	Association.UDAF79@ccf79.org	lundi, mardi, jeudi, 10h-16h30 vendredi, 10h-16h sur rendez-vous	
Hébergement d'urgence (événement de caractère exceptionnel)	N°VERT 24 24 77 115 L'École - Site La Colline		AUX HEURES D'OUVERTURE	35 rue César Saint Hubert	79100	MORT	05 49 15 00 15			
Services médico-judiciaires de victime obligée proche d'accueil des victimes	Unité Médico-judiciaire pour mineurs victimes - N°18 enfance		TYPE de SERVICES (pour les mineurs, les femmes enceintes...) et/ou PROFESSIONNELS présents dans la structure	ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE	TELEPHONE	MAIL	HORAIRES	ELEMENTS SUPPLEMENTAIRES
Référent hospitalier "Violences faites aux femmes" (en dehors urgences et les week-ends)	Dr Anthony LAFFITE		Service des urgences CH Nord-40 avenue Charles de Gaulle	40 avenue Charles de Gaulle BP 70600	79100	MORT	05 49 77 63 16			
SEBUCES (Services d'urgence) Services judiciaires - sociaux VC	Tribunal de grande instance de Mort		ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE	TELEPHONE	MAIL	HORAIRES	ELEMENTS SUPPLEMENTAIRES	
cellule d'épousement d'information pré-conjugales	Services Accusés délinquants Aide Sociale à l'Enfance Maison Départementale de l'Enfance Association pour le soutien des victimes de la violence		ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE	TELEPHONE	MAIL	HORAIRES	ELEMENTS SUPPLEMENTAIRES	
Autres associations spécialisées...	Service urgences pédiatriques Service pédiatrique Service Social P de Mine Distant		ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE	TELEPHONE	MAIL	HORAIRES	ELEMENTS SUPPLEMENTAIRES	
Services de santé			ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE	TELEPHONE	MAIL	HORAIRES	ELEMENTS SUPPLEMENTAIRES	
Centre des urgences			ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE	TELEPHONE	MAIL	HORAIRES	ELEMENTS SUPPLEMENTAIRES	
Structure pour les femmes victimes et/ou victimes	L'APPUI		Espace Femmes 250 avenue de Paris	79100	MORT	05 49 05 18 45	lappui@ccf79.org			espace de respiration pour la prévention et la lutte contre les violences au sein d'un couple et femmes



## **10. Résumé**

**Contexte** : Les violences conjugales (VC) concernent une femme sur dix et on estime que 30 à 40% des femmes dans les salles d'attente du médecin généraliste seraient victimes de VC. Le médecin généraliste (MG) a donc une place centrale dans l'identification et la prise en charge des VC.

**Objectifs** : Observer si les femmes victimes de VC souhaiteraient être questionnées à ce sujet par leur médecin généraliste, décrire la population des femmes victimes et leurs caractéristiques de consultations en médecine générale au cours des 12 derniers mois.

**Matériels et méthodes** : Étude épidémiologique descriptive multicentrique conduite entre octobre 2020 et mars et 2021 dans les Deux-Sèvres et la Vienne. Un auto-questionnaire de 13 questions était proposé aux femmes majeures victimes de VC écrivant et lisant le français qui consultaient dans les structures d'aides aux victimes.

**Résultats principaux** : 6 associations ont participé et 18 questionnaires ont été analysés. 94% des femmes auraient souhaité que la question des VC soit abordée par le médecin généraliste et la totalité des répondantes estimait que cela faisait partie du rôle du médecin généraliste. 83 % avaient consulté au moins une fois dans l'année leur médecin généraliste pour elle-même et 75% avaient consulté au moins une fois pour leur(s) enfant(s). Les motifs les plus fréquemment rapportés étaient l'angoisse (77%), la fatigue et les difficultés d'endormissement et de la tristesse (61%). 56 % avaient abordé les VC avec un MG, la plupart d'elles-mêmes (44%).

**Conclusion** : Les femmes victimes de violences conjugales consultant dans les associations d'aide aimeraient être questionnées à ce sujet par leur médecin. Elles estiment qu'aborder la question des VC fait partie du rôle du médecin généraliste et en attendent une écoute empathique dénuée de jugement et une orientation vers les structures spécialisées.

**Mots clés** : violences conjugales ; violences faites aux femmes ; attentes des victimes ; dépistage ; médecin généraliste

## 11. Serment d'Hippocrate

### 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 !

