



HAL
open science

Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG en Aquitaine

Mathieu Peyrelongue

► **To cite this version:**

Mathieu Peyrelongue. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG en Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02531592

HAL Id: dumas-02531592

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02531592>

Submitted on 3 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DISCIPLINE : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 16 Janvier 2020 par

PEYRELONGUE Mathieu

Né le 6 mai 1989 à Libourne

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

Directrice de thèse : Docteur Camille LEVEQUE

Rapporteur de thèse : Docteur Marco ROMERO

MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Président du jury

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Juge

Madame le Docteur Karine DABADIE

Juge

Monsieur le Docteur Marco ROMERO

Juge/Rapporteur

Madame le Docteur Camille LEVEQUE

Directrice

Table des matières

REMERCIEMENTS :	4
ABREVIATIONS :	7
INTRODUCTION :	9
Épidémiologie des VC	11
Facteurs de risques et répercussions des VC	12
Sur le plan politique et législatif	13
Place du médecin généraliste dans la prise en charge des VC.....	15
MATERIELS ET METHODES	18
RESULTATS	21
DISCUSSION	28
Forces et limites de l'étude.....	28
Les attentes des femmes victimes de VC	29
Le repérage des femmes victimes de VC	31
Les barrières à la divulgation des VC.....	32
Les attentes des femmes envers leur médecin.....	34
Outils disponibles et initiatives locales	35
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES	41
Annexe 1 : Tableau de M. Suderman et P. G. Jaffe – L'enfant exposé à la violence conjugale et familiale : guide à l'attention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada, 1999.....	41
Annexe 2 : Tableau récapitulant les associations ayant été contactées lors de l'étude AVIC-MG.....	43
Annexe 3 : Questionnaire de l'étude AVIC MG	45
Annexe 4 : Affiche à déposer dans la salle d'attente des associations	46
Annexe 5 : Avis du comité d'éthique pour l'étude AVIC-MG	47
Annexe 6 : Affiche boîte de recueil	48
Annexe 7 : Tableau sur l'attente des femmes victimes de VC vis-à-vis de leur médecin par région	49

Annexe 8 : Tableau de l'analyse en sous-groupe sur la part des femmes ayant parlé des VC à leur médecin en fonction d'avoir ou pas le même médecin traitant que leur (ex-)partenaire.....	49
Annexe 9 : Tableau de l'analyse en sous-groupe sur la part des femmes ayant parlé des VC à leur médecin si elles consultent seule ou avec leur conjoint.....	50
Annexe 10 : Plaquette d'information Gironde	51
Annexe 11 : Plaquette d'information Lot-et-Garonne	52
Annexe 12 : Plaquette d'information Pyrénées Atlantiques	53
Annexe 13 : Plaquette d'information Landes.....	54
Annexe 14 : Plaquette d'information Dordogne	55
Serment d'Hippocrate	56
RESUME :	57

REMERCIEMENTS :

Aux membres du jury qui ont accepté de juger ce travail :

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur des Universités, directeur du Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux.

Médecin généraliste à Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Dr Marco ROMERO

Maitre de conférences associé, Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux.

Médecin généraliste à Samadet

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner et de juger mon travail de thèse en tant que rapporteur et jury.

Merci de l'attention avec laquelle vous avez étudié ce travail et de la disponibilité dont vous avez fait preuve. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma haute considération.

A Monsieur le Dr Philippe CASTERA

Professeur Associé, Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux.

Médecin généraliste à Bordeaux

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et d'évaluer mon travail, veuillez agréer l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Dr Karine DABADIE

Praticien Hospitalier, Responsable d'unité du CAUVA, CHU de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer le contenu de ma thèse. Je vous témoigne ma sincère gratitude et ma grande reconnaissance.

A Madame le Dr Camille LEVEQUE

Médecin généraliste

Camille, déjà plus de 10 ans... Le temps passe vite. Je t'ai vu t'épanouir aussi bien dans ta vie privée que professionnelle. Heureux de te connaître, je te souhaite le meilleur dans ta nouvelle aventure luxembourgeoise. Merci infiniment de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir accompagné tout au long de ce projet en tant que directrice. Petite pensée pour nos soirées thèse au Hooks, toujours très studieuses.

Merci à ceux qui ont participé à l'aboutissement de ce travail :

Un grand merci à toutes les associations qui ont participé à ce projet. Votre enthousiasme lors de la présentation de ce projet m'a motivé tout au long de ce travail. Votre empathie, votre persévérance et votre pugnacité dans votre travail au quotidien est un exemple à suivre.

Merci à toutes les femmes qui ont accepté de remplir le questionnaire, même dans des moments difficiles.

Aux médecins qui ont participé à ma formation tout au long de mes études.

A toute l'équipe du cabinet médical de Saint André de Cubzac : Sandrine, la taulière, la bonne humeur incarnée, un régal de travailler avec toi, Magalie, toujours à l'écoute, toujours disponible dans les moments de doute, Martine, un vrai plaisir de vous remplacer, Madeleine, Erwan, David, Patrick.

Merci à ma famille :

A mes parents, merci d'avoir toujours été là pour moi, je sais que je pourrais toujours compter sur vous. C'est grâce à vous si je suis arrivé jusqu'ici. Merci d'être vous, ne changez rien.

A ma sœur Emma, Maël, Charlie et Aloïs, une bien belle famille. Bonne humeur, altruisme, joie de vivre vous caractérise si bien. Hâte déjà de partager d'autres moments avec vous lors de notre prochain périple. Emma, je suis très fier de toi.

A mon grand-père, champion des Landes de pétanque, ma marraine, Thierry, Gaëlle, Elina, Bernard, Christine et mon parrain.

A mes grands-mères. Je pense à elles en ce jour particulier.

Merci à mes amis :

Aux Merignacouais :

Déjà 20 ans d'amitié et c'est parti pour durer ! On a grandi ensemble, on a pris des chemins différents mais sans jamais s'éloigner. Restez comme vous êtes avec toutes vos qualités et vos (rares ?) défauts : Vinc, Pitoo, Dadoune, Arturo, Vivi. Mention spéciale à Vinc, papa du groupe et dans la vraie vie, des bisous à Lise.

A Benoit qui a pris le train en marche et qui s'en est pas mal sorti. Une motivation à toute épreuve, le roi des photomatons.

A la team croix jaune/la bienveillance et les années étudiantes, de beaux moments :

Guigui, premier jour à MMPP, cela commence à dater. On a traversé ces 12 dernières années ensemble et on s'en est plutôt pas mal tiré, qui l'eût cru.

Beber, Innocent Badger, grand mérignacouais, une amitié qui est née après t'avoir tendu la main dans la cour de récré. On a refait 100 fois le monde lors de nos retours en vélo.

Daniel Rozier, vampire de Haut-Lèveque, éplucheur d'oignon de compétition, premier colocataire et un début d'internat sur les chapeaux de roue. Thierry Bougné, son alter égo, un voyage Inde/Népal fabuleux, tous ces week-ends passés ensemble, les aprem chez kiki. Ne changez rien vous êtes au-dessus. Sans oublier leurs fidèles compagnons, Dr Lulu en tête, Ben, PLF, Mr Guillaume Coupet.

Fabio, du Vietnam en passant par Périgueux, de ton appart à la ruche, du Boom au Burning Man, toujours présent et dans les bons coups. On en a passé du temps ensemble. L'homme aux 1000 surnoms : La diva, Kaporal Marcel, le baroudeur.

Alex la main d'or et son comparse Jimmy, toujours en forme pour aller boire un verre après 150 h de boulot dans la semaine, Toto le geek reconverti, Vava l'homme le plus costaud du Sud-Ouest, Ambroise le sous-marin, Paulo Gonzo faux crabi mais vrai pancake (où l'inverse ?), Cigismond toujours organisé et prévoyant, El professor Mr Cadier, Antho l'exilé messin, Mathou les bons tuyaux, Cycy, Martin, Lucas sans oublier la team

présidentielle qui aura enflammé nos soirées : Felight Flash, Didier la gouje, Senator opsius el président.

Brice, Team P1, content de ton parcours et heureux pour toi.

Aux rencontres de l'internat :

A périgieux : Romaing prrrrope, Oliv l'homme aux 3 couleurs, Pierre, Chloé, Marie et le démon, un bijou, expert en maniement de couteaux et hurlement en tout genre.

Un semestre tout en finesse, le début d'une longue et grande amitié.

A la ruche : Eva, Juline l'enfant du soleil, Jess, Quentin l'étoile filante, JeanJean le gars sûr. 6 mois de bonheur complet et totale.

Aux rencontres qui ont suivi, JJJLady, Nounouk, Margaux (les sportives accros à la gym et la natation), Charles, coiffeur émérite. Max, qui m'a fait découvrir une nouvelle passion.

A l'ensemble du personnel du Mushroom café ainsi que Gaspard et Julie du feu Hooks, deux endroits qui m'ont fait vivre de très agréables moments.

A ma belle-famille grenobloise, Pascale et Bernard, Tim et Estelle, Chacha et Lukas.

Juju, merci de m'avoir supporté et d'avoir enduré mes ronchonnages. Je suis heureux de partager tous ces moments avec toi et je sais qu'il y en aura bien d'autres.

ABREVIATIONS :

AVIC MG : Attentes des femmes victimes de violences conjugales vis-à-vis de leur médecin généraliste

VC : Violences conjugales

ENVEFF : Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

INED : Institut national d'étude démographique

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

CVS : Cadre Vie et Santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

CIDFF : Centres d'information sur les droits des femmes et des familles

CNIDFF : Centre National d'information des droits des femmes et de la famille

FNSF : Fédération nationale solidarité femmes

DRDFE : Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité

DDDFE : Délégués départementaux aux droits des femmes et à l'égalité

INTRODUCTION :

Définition des violences conjugales (VC)

Les Nations unies définissent la violence à l'égard des femmes comme « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (1).

Cette définition englobe les VC qui sont définies par des violences commises envers un partenaire intime, actuel ou ancien.

Les VC peuvent donc être de différents types, bien souvent ils se cumulent entre eux (1;2) : **La violence physique** est la forme de violence la plus connue et la plus facilement décelable.

La violence psychique et verbale peut passer inaperçue pendant des années aux yeux du public, elle est souvent la première source de violence au sein d'un couple.

La violence sexuelle reste méconnue et encore taboue incluant le viol, les agressions sexuelles, le harcèlement sexuel.

La violence économique s'installe souvent progressivement, notamment avec la dépendance financière que crée l'auteur des violences en isolant socialement sa victime, en l'empêchant de travailler.

Il ne faut pas confondre VC et conflit conjugal. Dans un conflit conjugal, deux points de vue s'opposent avec une notion d'égalité. Dans les VC, il existe une emprise de l'agresseur sur sa victime avec un rapport de domination ; les faits de violences s'aggravent et s'accroissent pour accentuer ce rapport de force (3).

Les épisodes de violences ont tendance à se répéter de manière cyclique, cette évolution en plusieurs phases a été théorisée par L.Walker en 1979 (4).

Le cycle de la violence conjugale

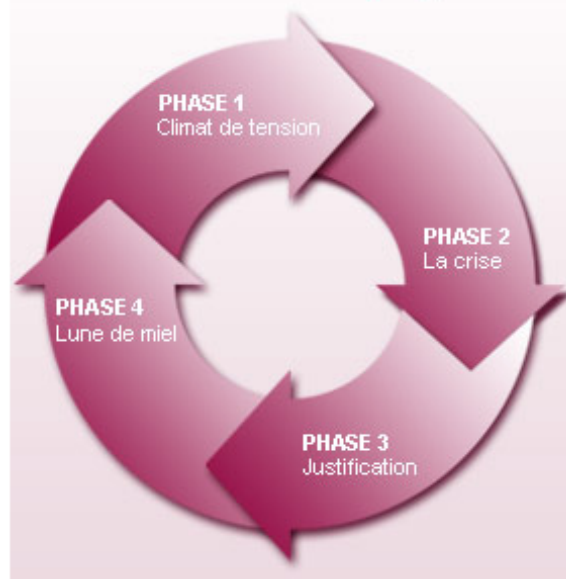


Figure 1 : Le cycle de la violence conjugale d'après L.Walker

Dans un premier temps, on observe **la phase de tension** où tout est prétexte aux reproches, la pression s'intensifie au fur et à mesure au sein du couple. Puis vient la **phase de violences**. Elle est suivie de **la phase de justification** pendant laquelle l'auteur tente d'expliquer ses actes et de porter la responsabilité sur sa victime, de la culpabiliser. Elle vise à banaliser les violences commises. Enfin, la phase « **lune de miel** » est une période d'accalmie, l'auteur promet que cela ne se reproduira plus, qu'il fera des efforts : un sentiment d'espoir renaît.

Sans intervention, le cycle se répète, avec une escalade dans la sévérité et la fréquence de la violence. Avec le temps, les deux dernières phases vont avoir tendance à disparaître pour ne laisser place qu'aux phases de tensions et de violences.

La connaissance de ce caractère cyclique est essentielle pour comprendre les victimes et leurs demandes d'aide. En effet, la phase de violence est la plus propice à une intervention extérieure, la victime pourra rechercher l'aide d'une association, prendre la décision de déposer plainte, voire de fuir le domicile. Lors des autres phases la victime reste sous emprise.

Épidémiologie des VC

La première enquête nationale de grande ampleur relative aux violences envers les femmes est l'ENVEFF (enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) datant de 2000 (5) : près d'une femme sur dix a été victime de violences conjugales au cours des 12 derniers mois et près de la moitié d'entre elles n'avaient jamais parlé des agressions subies avant cette enquête.

En 2015, l'INED (Institut national d'étude démographique) a réalisé une deuxième étude de grande ampleur, l'enquête Virage (enquête Violences et rapports de genre) (6). Les premiers résultats portent sur les violences sexuelles : 0,52 % des femmes déclaraient avoir subi au moins une forme de violences sexuelles de la part de leur (ex-)partenaire au cours des 12 derniers mois.

Par ailleurs, La MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains), créée en 2013, publie annuellement un état des lieux sur les violences faites aux femmes en se basant notamment sur les enquêtes CVS (Cadre Vie et Santé) (7). En 2017, 130 femmes ont été tuées par leur (ex-)partenaire, 219 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de VC physiques et/ou sexuelles dans l'année et 3 femmes sur 4 avoir subi des faits répétés. Près de la moitié des victimes n'avait fait aucune démarche auprès d'un professionnel de santé ou d'une association (44 %).

Au niveau international, une première enquête menée par l'OMS dans 10 pays, publiée en 2006, observait une prévalence de violences physiques et/ou sexuelles, par un partenaire intime, allant de 15 % (au Japon) à 71 % (en Éthiopie) (8). Les VC existent dans tous les pays et dans tous les groupes sociaux, économiques, religieux et culturels. Elles nécessitent une lutte mondiale.

Une autre étude de l'OMS de 2013 (9) constatait que sur le plan mondial, 30 % des femmes ont subi une forme quelconque de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire intime. De plus, 38 % des meurtres de femmes dans le monde sont le fait des VC.

Facteurs de risques et répercussions des VC

Les VC résultent d'une combinaison de facteurs dits à risques. Ils ont été classés sur 4 niveaux : sociétaux, communautaires, relationnels et individuels (3)(10;11).

Parmi les sociétaux, on peut citer l'importance des inégalités entre femmes et hommes aux niveaux social, économique, sexuel et la banalisation de la violence.

Parmi les communautaires, on retrouve l'isolement ou la faible insertion sociale, la pauvreté et l'exclusion.

Les principaux facteurs relationnels sont les conflits dans le couple, les hommes ayant de multiples partenaires, l'écart entre les niveaux d'instruction (femme plus instruite) et la différence d'âge entre les partenaires du couple (victime plus jeune). La grossesse et l'annonce d'une séparation sont deux situations identifiées comme particulièrement à risque d'apparition ou d'aggravation des VC.

Certains facteurs individuels sont retrouvés chez les victimes et les auteurs : jeune âge, faible niveau d'instruction, exposition à la violence pendant l'enfance.

Les VC ont de nombreuses répercussions sur la santé des femmes.

Pour rappel, 130 femmes ont été tuées en France en 2017 par leur (ex-) partenaire soit un décès tous les 2,8 jours (7) et 38 % des meurtres de femmes dans le monde sont dus aux VC (9).

En plus des lésions traumatiques, les femmes victimes de VC présentent deux à trois fois plus de problèmes gynécologiques que dans la population générale (12;13) (infections sexuellement transmissibles, douleurs pelviennes, dyspareunies...).

Les conséquences psychologiques occupent une place centrale et plusieurs études (13-17) ont établi un lien entre VC et anxiété, dépression, état de stress post-traumatique, trouble du sommeil, abus de substance (drogues, alcool, psychotrope) et risque suicidaire :

- Selon l'enquête ENVEFF (5), 5 % des femmes victimes de VC ont fait une tentative de suicide contre 0,2 % chez les femmes n'ayant pas subi de violences.
- Les femmes victimes de VC reçoivent 4 à 5 fois plus fréquemment des traitements psychotropes (16) et la consommation de drogues est 2 à 4 fois plus élevée que chez les non victimes.

- Les symptômes dépressifs sont 2 à 5 fois plus fréquents et les symptômes anxieux 2 à 3 fois (13). Une étude hollandaise a montré que plus de trois quart des femmes dépressives avaient connu des VC au cours de leur vie (17). La moitié des femmes violentées présente un état de stress post traumatique (16).

Les VC peuvent aussi aggraver ou déséquilibrer des pathologies chroniques (asthme, diabète, insuffisance cardiaque...) ou entraîner des troubles psychosomatiques qui expriment le mal-être des victimes (douleurs chroniques, céphalées, asthénie, engourdissement...)

Les VC ont aussi des répercussions sur les enfants qui y sont exposés. En 2017, 25 enfants sont morts du fait des VC selon la MIPROF (7). Les différentes répercussions en fonction de l'âge de l'enfant (18) sont classées en 3 types (Annexe 1) : impact sur la santé physique et mentale, sur le développement global et sur le fonctionnement social. L'exposition aux VC pendant l'enfance est un facteur de VC futures en tant qu'auteur ou victime. Une étude réalisée en 2014 (19) montre que les répercussions des VC chez les enfants exposés et leur mère sont corrélées à l'intensité des violences subies.

Enfin, une étude publiée en 2010 a évalué le coût économique des VC en France (20) : il a été estimé à 2,5 milliards d'euros par an (entre 1,7 et 3,5 milliards d'euros, en 2006). Le coût pour le système de soins serait de 483 millions d'euros. La part la plus importante est le coût secondaire aux pertes de production dues aux décès, aux incarcérations et à l'absentéisme qui représentent 1 099 millions d'euros, soit plus de 40 % du coût global.

Sur le plan politique et législatif

A la suite de l'enquête ENVEFF, le Professeur Roger Henriot a rédigé, entouré d'un comité d'experts, un rapport sur les violences conjugales demandé par le ministère de la santé (21). Ce rapport avait 3 objectifs :

- Recenser les données existantes sur les violences faites aux femmes : littérature, études épidémiologiques, expériences innovantes... ;
- Évaluer l'impact des violences sur la santé physique et mentale des femmes victimes ;

- Présenter des propositions susceptibles d'améliorer l'information et la formation du corps médical sur le repérage des situations de violence, de faciliter les conditions d'une prise en charge rapide et adaptée des victimes, d'assurer un accompagnement et un suivi des conséquences de ces maltraitances.

Ce comité a émis dix actions prioritaires urgentes à appliquer. Cela a constitué un début de prise de conscience en France de la problématique des VC.

Il a été suivi, depuis 2004, par cinq plans interministériels visant à mesurer et prévenir les violences faites aux femmes, coordonner l'action des acteurs et protéger les femmes victimes (22).

Le premier plan (2005- 2007) a permis grâce à ces 10 mesures de fournir des réponses sociales, économiques et juridiques aux femmes.

Le second plan (2008-2010) contenait douze objectifs incluant notamment le renforcement de la prise en charge de l'entourage des victimes.

Le troisième plan (2011-2013) insistait sur la lutte contre les violences sexistes et sexuelles au travail, le viol, les mariages forcés, la polygamie ainsi que la prostitution.

Le quatrième plan (2014-2016) incluait une mesure phare, le dispositif de « téléphone grave danger » (TGD) qui permet de cibler les femmes en extrême danger et de les munir d'un téléphone d'appel d'urgence.

Le dernier et cinquième plan est toujours en cours (2017-2019), il s'articule sur 3 points : sécuriser et renforcer les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences ; 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 cadre législatif a aussi évolué en parallèle au fil des ans. La loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 insiste sur le fait que la qualité de conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante au cours de violences commises. La loi du 26 mai 2004 relative au divorce prévoit la possibilité, pour les hommes et femmes mariés victimes de VC, d'obtenir du juge aux affaires familiales l'éviction de leur conjoint violent du domicile. Cette mesure d'éviction est également possible à tous les stades de la procédure pénale, quel que soit le lien qui unit la victime à l'auteur des violences à partir de 2006. La loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 vise à faciliter le dépôt de plainte des victimes et prévoit « l'ordonnance de

protection ». L'objectif est de renforcer la protection de la victime de violences indépendamment d'une procédure pénale en cours ou d'une procédure de divorce.

Début septembre 2019, le Grenelle des violences conjugales s'est ouvert afin d'améliorer la prise en charge des victimes de VC. Depuis, 11 groupes de travail se sont mis en place sur différentes thématiques : violences intrafamiliales, éducation, handicap, accueil dans les commissariats et gendarmeries, outre-mer, santé, monde du travail, hébergement, justice, violences psychologiques et emprise, violences économiques. Dans le domaine de la santé, plusieurs propositions ont émergé : favoriser le travail en réseau, faciliter le dépôt de plainte, mettre en place des centres référents pour la prise en charge des femmes victimes, élaborer un brevet contre la violence, promouvoir la recherche sur ce sujet, faciliter la prise en charge des soins psychologiques, former les professionnels de santé, dépister systématiquement les addictions lors de plaintes pour violences. Une proposition concernant le secret médical émane du ministère de la Justice qui souhaite « *permettre au médecin et à tout soignant de porter à la connaissance des autorités, sans l'accord de la victime, des faits de violences conjugales en cas de risque sérieux de renouvellement de celles-ci* ». Des nouvelles mesures se basant sur ces différentes propositions seront prises durant la fin d'année 2019.

Place du médecin généraliste dans la prise en charge des VC

Le rapport Henriot a placé le médecin au centre de la prise en charge des femmes victimes de VC. Par la suite, Le III^e Plan interministériel a préconisé de mobiliser les professionnels de santé en vue d'un meilleur repérage et traitement de ces violences.

L'enquête ENVEFF a montré que les femmes victimes d'agressions physiques au sein du couple se confiaient en premier lieu au médecin (22 % des cas), avant la police et la gendarmerie (13 % des cas), la justice ou les associations (5). Ces chiffres sont stables car, en 2017, les patientes se tournent toujours principalement vers un médecin (27 %) ou vers un psychiatre/psychologue (30%) (7).

Les médecins ont un rôle clé dans le dépistage des violences et la rédaction du certificat médical initial mais aussi un rôle de soin en écoutant les femmes, en les conseillant, en les informant de leurs droits et en les orientant au mieux des circonstances (21).

Plusieurs études qualitatives se sont intéressées aux rapports entre les femmes victimes de VC et leur médecin ainsi qu'à leurs attentes envers eux.

En 2007, aux Pays-Bas, des chercheurs ont questionné 12 femmes victimes de VC vivant en refuge (23) : huit n'avaient pas parlé des VC à leur médecin par honte, peur des représailles, manque de confiance ou car elles pensaient que ce n'était pas le rôle du médecin de s'occuper des VC. Bien que le médecin généraliste n'ait pas joué un rôle prépondérant dans leur prise en charge, une attitude ouverte et empathique revêtait une grande importance pour ces femmes. Elles ont également exprimé le besoin de recevoir de l'aide de leur médecin et ont souligné l'importance de continuer à poser des questions sur les VC, même en cas de refus.

Une autre étude a interrogé 36 femmes dans les 4 semaines suivant l'évocation des VC avec leur médecin généraliste. Seulement 3 avaient au départ prévu d'en parler. Une majorité s'est sentie soulagée, calme et satisfaite après avoir abordé le sujet (25 femmes) ; 20 femmes ont senti que cette consultation pourrait apporter un changement à leur situation (24).

En 2008, en Nouvelle-Zélande, 36 femmes ont été recontacté après avoir participé à une intervention de dépistage des VC (25). 97 % des femmes ont salué l'intervention de dépistage et l'ont perçu comme non menaçante et sans danger. Elles contestaient le fait que le dépistage des VC puisse choquer. Les femmes victimes ont souligné que le dépistage était important pour empêcher la poursuite des violences.

D'autres études ou travaux de thèses (26-29) ont montré que les femmes victimes de VC souhaitent qu'on leur pose la question des VC. Le médecin doit faire le premier pas car souvent elles n'osent pas en parler.

L'originalité de ce travail de thèse était donc de réaliser une étude quantitative sur les attentes des femmes victimes de VC vis-à-vis de leur médecin généraliste. Ce travail s'inscrit dans une étude nationale intitulée « Attentes des femmes Victimes de VC vis-à-vis de leur Médecin Généraliste (Étude AVIC MG) ».

En préambule à la réalisation de ce projet, nous avons contacté 3 réseaux associatifs impliqués dans la lutte contre les VC :

- Les CIDFF (Centres d'information sur les droits des femmes et des familles) est un réseau national comportant 114 centres, dirigé par le CNIDFF. Il a été créé en 1972

à l'initiative de l'État, est doté d'une mission d'intérêt général et est implanté sur tout le territoire. Il propose des services spécialisés d'information et d'accompagnement des femmes victimes de violences.

- La FNSF (Fédération nationale solidarité femmes) est un réseau regroupant, depuis vingt ans, les associations engagées dans la lutte contre toutes les violences faites aux femmes, notamment celles qui s'exercent au sein du couple et de la famille. Elle gère depuis 15 ans le service national d'écoute : 3919- Violences Femmes Info
- Le réseau France Victimes qui regroupe depuis 1982 130 associations professionnelles, spécialisées dans l'aide aux victimes.

Nous nous sommes posé la question de savoir si les femmes victimes de VC sont ouvertes à une intervention de leur médecin sur ce sujet.

L'objectif principal était d'observer si les femmes victimes de VC consultant dans les structures spécialisées aimeraient être questionnées sur les VC par les médecins généralistes.

L'objectif secondaire était de décrire la population des femmes victimes de VC consultant dans les structures spécialisées et les caractéristiques de leur(s) consultation(s) en médecine générale au cours des 12 derniers mois.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive multicentrique, conduite entre mai et août 2019 dans cinq départements de Nouvelle-Aquitaine (Gironde, Landes, Lot et Garonne, Dordogne, Pyrénées Atlantiques) après une première phase de recensement des associations locales.

Ce travail s'intègre dans le projet AVIC-MG lui-même multicentrique, en cours de réalisation dans différentes régions françaises : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Grand Est, Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Pays-de-la-Loire, Bretagne, Corse.

Population de l'étude

La population cible était les femmes majeures victimes de VC, ayant consulté dans les structures d'aide aux victimes. Nous avons inclus par le biais des professionnels de santé y exerçant toutes les femmes volontaires et capables de répondre à l'auto-questionnaire, lisant et écrivant le français.

Le critère d'exclusion a été la détresse psychologique et une nécessité d'une prise en charge en urgence rendant difficile le remplissage d'un questionnaire.

Les associations participantes

Les associations faisaient partie des trois réseaux associatifs français : les Centres Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF), la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) et le réseau France Victime.

Le recensement de ces structures s'est fait avec l'aide de la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et des délégués départementaux aux droits des femmes et à l'égalité (DDDFE). Ils pilotent et coordonnent la politique publique régionale et interministérielle relative aux droits des femmes et à l'égalité définie par le gouvernement.

Au total, vingt associations ont été contactées. Deux ne faisaient pas partie d'un de ces trois réseaux mais étaient référentes violences dans leur département respectif.

Le détail des associations est disponible en Annexe 2.

Protocole

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

Le questionnaire est disponible en Annexe 3. Il comprenait douze questions fermées à choix multiples et une question ouverte où les femmes victimes de violences conjugales pouvaient préciser par écrit leur attitude envers les médecins généralistes. Il a été conçu pour que la durée de remplissage soit de cinq minutes au maximum. Le nom et coordonnées d'un référent par structure étaient notés à la fin du questionnaire pour que les femmes puissent se tourner vers cette personne si elles étaient mises en difficulté par le remplissage.

Une affiche était mise en place dans les salles d'attente pour informer de l'existence de l'étude. (Annexe 4) et les auto-questionnaires papier ont été déposés au sein des structures participantes.

A l'issue de l'entretien avec les victimes de VC, les professionnels des structures proposaient aux femmes qu'elles jugeaient dans les critères d'inclusion de remplir le questionnaire.

Le remplissage du questionnaire était fait dans un endroit protégé, de façon anonyme et libre et le recueil était réalisé dans des boîtes fermées.

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

Analyse statistique

Le recueil des données a été fait 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. Les analyses en sous-groupe ont été réalisées en utilisant le test exact de Fisher.

Éthique

L'étude AVIC MG a reçu un avis favorable du comité d'éthique, le 17 avril 2019 (Annexe 5) et de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Une affiche résumant les droits des femmes participant à cette étude a été mise en place sur la boîte de recueil (Annexe 6).

RESULTATS

17 associations ont participé à l'étude et nous avons pu analyser 215 questionnaires (Figure 2).

Diagramme de flux de l'étude :

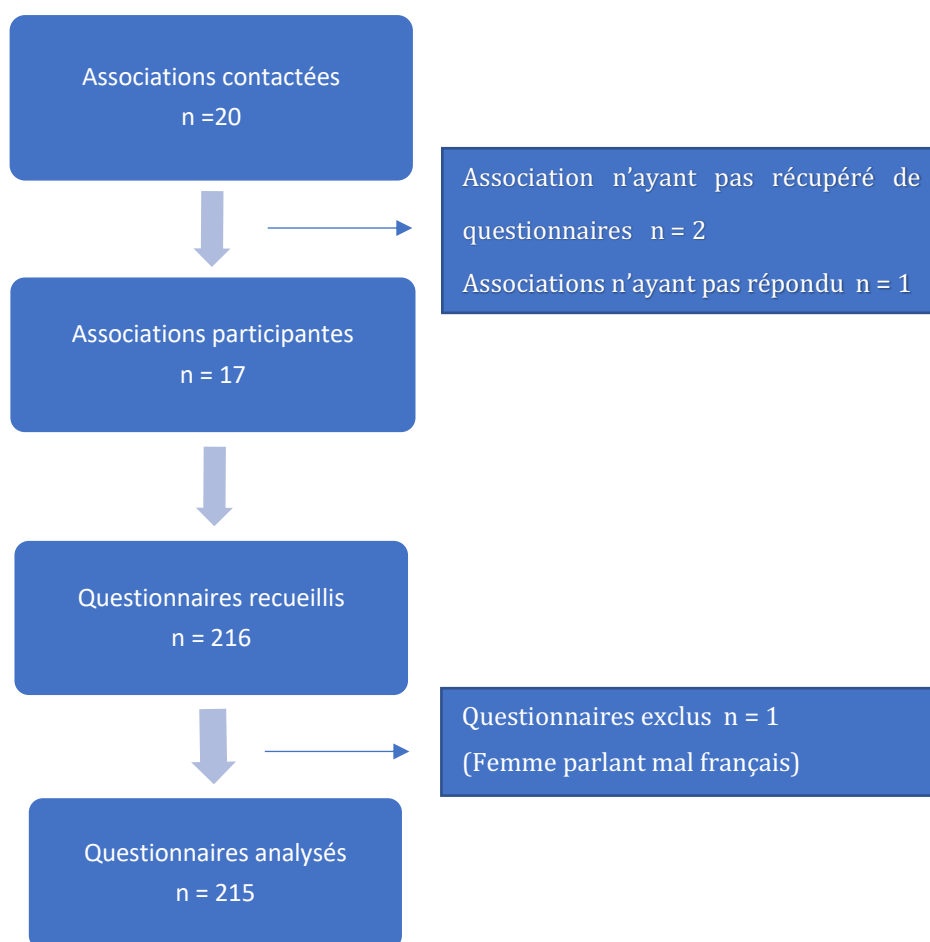


Figure 2 : Diagramme de flux

Caractéristiques de la population :

Sur les 215 femmes ayant répondu au questionnaire, la plupart avaient entre 26 et 35 ans (30 %), avaient 2 enfants (31 %) et habitaient en Gironde (48 %). Les détails sont disponibles dans le tableau 1.

Les femmes victimes de VC avaient subi plusieurs types de violences. Quasiment toutes les femmes ont été victimes de violences psychologiques (97 %) et une grande majorité de violences physiques (80 %). Les violences sexuelles concernaient 47 % d'entre elles et les violences économiques 40 %.

Age (années)	Nombre (%)	Département	Nombre (%)	Nombre d'enfants	Nombre (%)
18-25	23 (11 %)	Pyrénées-Atlantiques	28 (13 %)	0	40 (19 %)
26-35	65 (30 %)	Lot-et-Garonne	41 (19 %)	1	39 (18 %)
36-45	51 (24 %)	Landes	18 (8 %)	2	66 (31 %)
46-55	48 (22 %)	Dordogne	25 (12 %)	3	34 (16 %)
56-65	18 (8 %)	Gironde	103 (48 %)	4	14 (6 %)
> 65	10 (5 %)			5 ou +	4 (2 %)
				Inconnu	17 (8 %)

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Résultats de l'objectif principal :

Une très grande majorité des femmes interrogées (86 %) ont ou auraient aimé que la question des VC soit abordée par le médecin généraliste. De plus, 89 % des femmes victimes estimaient que cela faisait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder les questions des VC (Figure 3). Les analyses en sous-groupe ont montré qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les femmes vivant dans les différents départements (Tableau en Annexe 7).

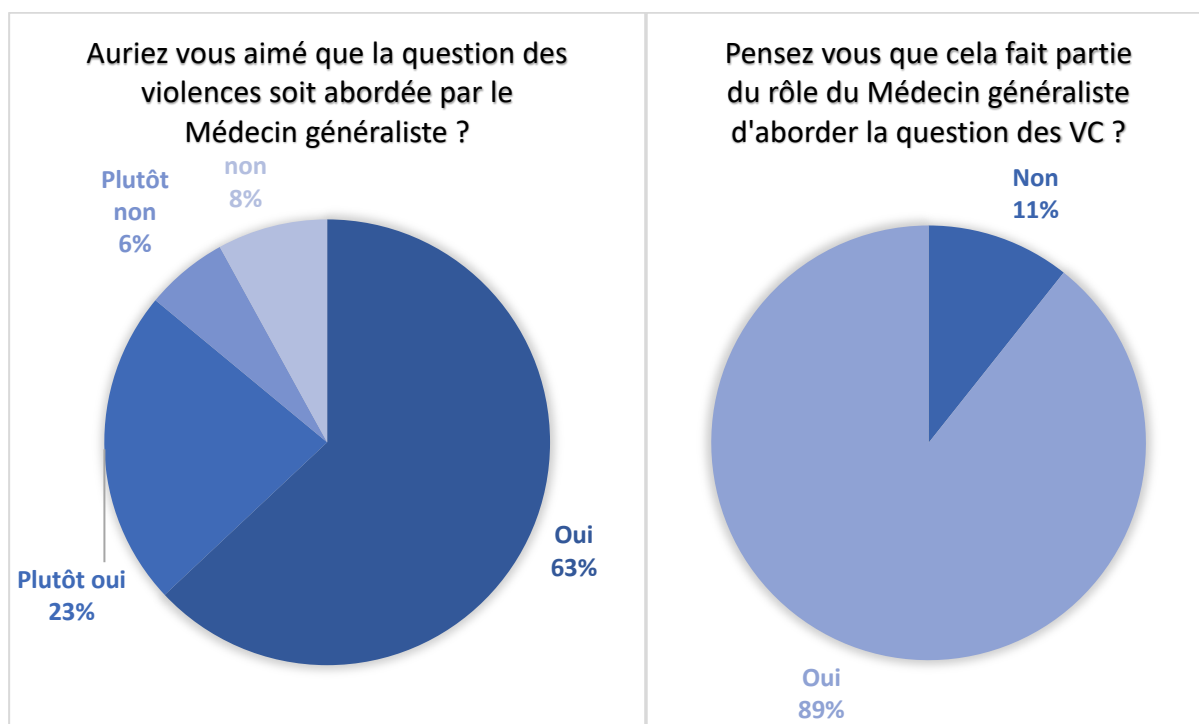


Figure 3 : Attente des femmes victimes de VC envers le médecin généraliste

Résultats de l'objectif secondaire :

Parmi les femmes interrogées, 93 % d'entre elles avaient consulté leur médecin généraliste pour elle-même au moins une fois dans l'année et 59 % l'ont consulté 3 fois ou plus.

Les motifs de consultations étaient souvent multiples et diversifiés.

Plus de la moitié des femmes interrogées ont consulté pour de la fatigue (60 %), des difficultés à dormir (57 %), de l'anxiété (52 %) ou des douleurs (50 %). 42 % ont demandé une prescription de psychotropes.

Les consultations sans plaintes, pour un renouvellement d'ordonnance (45 %) ou concernant leurs enfants (37 %), étaient aussi fréquentes.

Finalement, les consultations spécifiques aux VC étaient moins fréquentes, 30 % des femmes avaient consulté pour un certificat en rapport avec les VC et 40 % pour évoquer directement les violences subies (Tableau 2).

Pour quelle raison êtes-vous allé voir votre médecin généraliste au cours des 12 derniers mois	Nombre %
Pour de la fatigue	60
Pour des difficultés à dormir	57
Pour de l'angoisse	52
Pour des douleurs	50
Pour un renouvellement d'ordonnance	45
Pour une demande de prescription de psychotropes	42
Pour de la tristesse	40
Pour évoquer directement les violences subies	40
Pour un problème gynécologique/prescription de contraception	39
Pour vos enfants	37
Pour un traumatisme	35
Pour un certificat ou attestation de suivi pour violence	30
Autre motif	1

Tableau 2 : Motif de consultation des femmes VC chez leur médecin généraliste

Une majorité des femmes (63 %) avaient déjà parlé des VC avec un médecin généraliste, la plupart du temps de leur propre initiative (47 %). 23 % des femmes ont été dépistées par un médecin : dans ce cas, seulement un quart n'avaient pas répondu à la question. Près d'un tiers des femmes (29 %) a échappé au dépistage (Figure 4).

Cependant, peu de femmes ont été orientées dans une association d'aide aux victimes de VC par le médecin généraliste (12 %) : elles ont plutôt été adressées par les travailleurs sociaux (29 %), la police (24 %) et l'entourage (24 %) (Figure 5).



Figure 4 : Part des femmes ayant parlé des VC à leur médecin

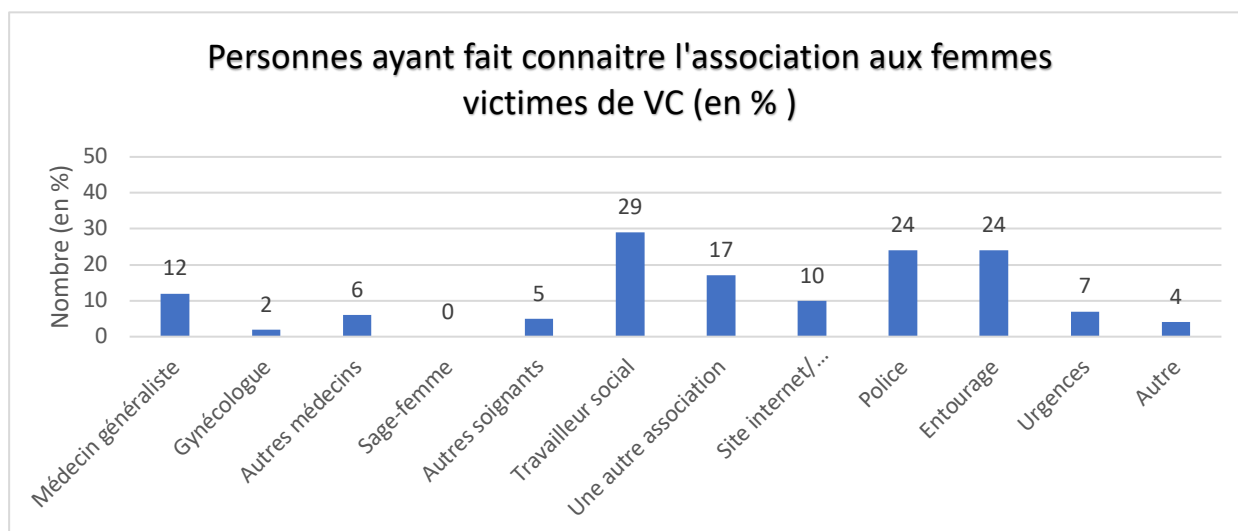


Figure 5 : Orientation des femmes victimes de VC vers l'association ayant fait remplir le questionnaire

La moitié des victimes ont répondu qu'elles voyaient le même médecin traitant que leur (ex)conjoint violent : parmi elles, 14 % allaient en consultation avec leur (ex)conjoint, pour 31 % cela dépendait et plus de la moitié (55 %) étaient seules.

Des analyses en sous-groupe ont été effectuées afin d'identifier si le fait d'avoir le même médecin ou d'être accompagné pendant les consultations influençait la divulgation des VC. 52 % des femmes ne partageant pas le même médecin avaient abordé le sujet des VC avec le médecin contre 42 % mais cette différence n'était pas significative. En revanche, les femmes qui étaient parfois accompagnées par leur conjoint lors des consultations abordaient moins le sujet des VC (32 % contre 52 % quand seule) et passaient plus souvent au travers du dépistage (39 % non dépisté contre 27 % quand seule) (tableau détaillé disponible en annexe 8,9).

Enfin, une majorité de femmes (60 %) ont indiqué que le sexe du médecin généraliste n'influçait pas leur facilité à parler des violences qu'elles subissaient. Deux femmes (1 %) ont précisé que le fait d'en parler à un médecin homme serait plus facile.

La fin du questionnaire permettait aux victimes de s'exprimer librement sur leurs attentes envers les médecins généralistes. Certains thèmes ont été retrouvés dans de nombreux questionnaires et sont regroupés dans le tableau suivant par ordre de fréquence (du plus au moins fréquent).

Thème
Écoute du médecin
Rôle de coordination des soins et d'orientation du médecin vers les structures spécialisées.
Nécessité d'une formation du médecin aux violences conjugales
Ne pas hésiter à poser les questions, à dépister
Aide et soutien du médecin aux femmes victimes
Notion de confiance
Prendre le temps
Avoir de l'empathie
Ne pas juger

Tableau 3 : Principales attentes émises par les femmes victimes envers les médecins généralistes.

Voici quelques exemples résumant les attentes des femmes envers leurs médecins :

« J'aimerais que les médecins soient plus à l'écoute. Les médecins ne sont peut-être pas formés et ne savent pas quoi faire si une femme dit être victime de violences. Ou l'orienter ? »

« Je pense qu'elle n'a pas le temps nécessaire ni la formation pour diriger ses patients vers les bons professionnels. »

« Ils sont moins à notre écoute, toujours pressés. »

« De l'écoute, le fait que le médecin généraliste ose aborder la question des VC est important. »

« Sensibiliser les médecins généralistes aux VC (...), ils sont les mieux placés pour dépister les VC. »

« On a juste besoin de ressentir que le moment venu, on pourra se confier au médecin et qu'il pourra nous donner des solutions, nous rassurer (...) mais pas faire le forcing, juste demander si on consulte pour dépression si à la maison tout va bien. »

« Plus de formation, de sensibilisation (...) pas de banalisation des violences psychologiques. »

« Qu'il n'hésite pas à poser la question car il est très difficile de parler des violences subies. »

DISCUSSION

Forces et limites de l'étude

Le sujet des VC est au cœur de l'actualité avec l'ouverture du Grenelle des violences conjugales début septembre 2019 afin d'améliorer la prise en charge des victimes. L'une des forces de notre travail est d'avoir réalisé une étude quantitative alors qu'il existait plutôt des travaux qualitatifs sur l'attente des femmes victimes de VC vis-à-vis de leur médecin généraliste.

Cette étude multicentrique a été réalisée sur l'ensemble du territoire Aquitaine. Elle s'intègre dans un projet national en cours de réalisation dans plusieurs autres régions françaises. Cela permettra de donner une force importante aux résultats recueillis.

Un des autres intérêts est d'avoir travaillé avec le réseau associatif territorial. Sur les 20 associations contactées en Aquitaine, 17 ont participé (85 %) montrant l'intérêt qu'elles portent à notre travail. Malheureusement, la maison d'Ella, lieu de référence pour la prise en charge de victimes de violences physiques et/ou sexuelles en Gironde n'a pas été contactée car elle a été inaugurée en mars 2019 après la phase de recrutement.

Le recensement de ces associations permettra aussi une mise à jour du site internet « declicviolence.fr » (30). Ce site internet, créé par le Département de Médecine Générale de Clermont-Ferrand, listera pour chaque région les différents acteurs intervenants dans les VC. Les médecins de la région Aquitaine pourront donc avoir facilement accès à l'ensemble des réseaux associatifs du territoire et à leurs coordonnées.

Notre étude comporte cependant des biais. Il existe un biais de sélection, lié aux critères d'inclusion. Nous avons limité la participation aux femmes majeures sachant lire ou écrire le français, excluant une partie des victimes. Un biais de désirabilité sociale n'a pas pu être totalement évité, l'organisation spatiale de certaines associations n'ayant pas permis d'avoir l'isolement voulu pour les participantes.

Le questionnaire étant déclaratif, il peut aussi exister un biais de mémorisation concernant les réponses données par les femmes victimes de violences.

On note un biais méthodologique au sujet de la question 6 (Avez-vous parlé des VC avec un médecin ?), un seul choix était possible ce qui n'était pas précisé et plusieurs femmes

ont coché plusieurs cases : 22 réponses n'ont pas pu être prises en compte pour cette question.

Nous avons demandé aux associations le nombre de femmes victimes de VC ayant consulté dans leurs structures pendant la période de recueil. Une estimation basée sur le nombre de passage moyen mensuel retrouve environ 1400 femmes pour 216 questionnaires recueillis.

Nous ne pouvons pas estimer un taux de participation car les refus des femmes n'ont pas pu être notifiés. Cependant, d'après les associations, il apparaît que les femmes victimes de VC étaient motivées pour remplir ce questionnaire et qu'il n'y a eu que peu de refus. La difficulté exprimée par la plupart des travailleurs associatifs était de proposer le questionnaire ; notamment à cause de l'état émotionnel des patientes lors des rendez-vous et par manque de temps. Il a donc été peu proposé aux femmes victimes de VC. Les travailleurs ont souligné qu'il était plus facile de le proposer lors de consultations de suivi.

Les attentes des femmes victimes de VC

Cette étude a mis en évidence que les femmes victimes de VC voudraient être dépistées par leur médecin généraliste : 86 % aimeraient qu'on leur pose la question et 89 % estiment que cela fait partie du rôle du médecin généraliste. Cette place centrale que lui accorde la majorité des victimes dans le dépistage et la prise en charge des VC est en accord avec les études qualitatives réalisées à ce sujet (23-26) (28;29).

Dans plusieurs travaux (26;28;31), les femmes victimes de VC exprimaient clairement l'importance que leur médecin fasse le premier pas, qu'il effectue un dépistage actif sans attendre que les victimes se confient. Elles insistaient sur la difficulté de parler des VC, qu'elles n'en avaient pas forcément le courage.

Dans nos travaux, près de trois quarts des femmes ont répondu à la question des VC quand elle leur a été posée. Dans l'étude de S. Lo Fo Wong *et al* (24), sur les 36 femmes qui ont parlé des VC à leur médecin, 3 seulement avaient prévu d'en parler au départ. Cela montre l'intérêt d'un dépistage actif par les médecins généralistes.

En ce qui concerne le dépistage systématique, certaines études montrent qu'il est bien accepté par les femmes victimes (32). D'après une revue de la littérature de Feder *et al* (33), le taux d'acceptation du dépistage systématique est très variant chez les

femmes victimes de VC, allant de 35 % à 99 %. Néanmoins, la volonté d'un dépistage systématique correspond aux attentes explorées dans l'analyse de 13 études qualitatives. Dans le travail de thèse du Dr Palisse (34) portant sur les violences sexuelles, 53 % des femmes interrogées (de la population générale) pensent que le repérage devrait être plus systématique. Une étude prospective réalisée par le Dr Coy-Gachen (35) a expérimenté le dépistage systématique pendant 1 semaine chez 11 médecins généralistes. Le dépistage a été globalement bien accepté par les médecins (mais ils étaient volontaires pour participer à ce projet) et les patientes. Il a permis de diagnostiquer 44 femmes victimes de VC contre 3 patientes sur une période équivalente sans dépistage.

Dans les recommandations de bonnes pratiques émises par la HAS (36), il est recommandé de repérer systématiquement les victimes de VC, même en l'absence de signe d'alerte. La HAS apparaît donc en faveur du dépistage systématique, recommandé depuis déjà plusieurs années aux États-Unis par exemple. Le débat reste cependant ouvert pour savoir si ce dépistage est réalisable et efficace. Dans certains travaux (26;28), les femmes victimes semblent être réticentes à ce dépistage. Elles préféreraient des questions ciblées et adaptées à chaque situation, une approche plutôt personnelle qu'un questionnement systématique. Les médecins semblent aussi mal accepter ce dépistage et certains s'y opposent (37-39). Ils le trouvent intrusif et chronophage en pratique courante. Ils ont peur de choquer les femmes en posant la question et ne se sentent pas forcement armés pour faire face aux réponses.

En 2015, une revue de la littérature publiée dans Cochrane (40) concluait que les preuves étaient insuffisantes pour démontrer un effet positif du repérage systématique. Bien qu'il augmente l'identification des femmes victimes, les taux restaient toutefois faibles par rapport au nombre estimé de femmes victimes de VC ayant recours à des services de soins. Enfin, il n'y avait pas de preuve montrant que le dépistage systématique entraînait une amélioration de la prise en charge des victimes, de leur qualité de vie ou une réduction des violences.

Il semble compliquer à l'heure actuelle de demander à tous les médecins généralistes de réaliser un dépistage systématique des VC. Cependant, il faut insister sur l'importance d'un dépistage ciblé en fonction des situations cliniques. Une étude de grande ampleur (42000 femmes) réalisée en 2014 dans l'Union Européenne retrouve que 87 % des

femmes trouveraient acceptable que les médecins posent des questions relatives aux faits de violence si les patientes présentent certaines blessures ou caractéristiques (41).

Le repérage des femmes victimes de VC

Les femmes victimes de VC ont consulté au moins une fois dans l'année leur médecin et, pour plus de la moitié, au moins 3 fois : elles sont donc accessibles au dépistage. L'étude a observé qu'une grande partie des femmes avaient consulté pour des problèmes psychologiques (insomnie, angoisse, symptômes dépressifs) ou une demande de médicaments psychotropes. Ceci est en accord avec les travaux publiés ayant établi un lien significatif entre VC et troubles psychologiques (12;13). En 2000, le Dr Morvant a réalisé une étude auprès de médecins généralistes de la région Ile de France (16). Elle a recherché les motifs de consultation lors de la découverte des VC. 40 % des femmes consultaient pour des troubles psychologiques et 31 % pour la prescription d'un anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, antalgique. La rédaction d'un certificat médical initial était le seul motif plus fréquent à 50 %. En 2011, le même questionnaire a été distribué pour voir l'évolution des pratiques (42). On observait une augmentation des motifs psychologiques (56 %) lors de la découverte des VC.

Les médecins devraient penser à dépister les VC devant des symptômes psychologiques et psychosomatiques. Cependant, dans notre étude, il a été observé qu'un grand nombre de femmes victimes avaient consulté sans plainte, pour des renouvellements ou pour leurs enfants, allant dans le sens de l'intérêt possible d'un dépistage systématique.

La population de notre étude avait, pour plus de la moitié, déjà parlé des VC à un médecin (63 %). Selon les dernières données françaises (7), ce chiffre chute à 27 %. Elles avaient en majorité abordé le sujet d'elle-même (47 %). Cette différence pourrait s'expliquer car les femmes de notre étude consultaient dans des associations de défense, ce qui ne concerne que 9% des femmes victimes de VC (7). Ainsi, elles avaient déjà entrepris des démarches sur leur situation et avaient moins de difficultés à en parler. De plus, certaines associations demandaient aux femmes si elles ont parlé des VC à leur médecin et, si non, leur suggéraient de le faire.

Un travail réalisé en 2001 par Hegarty et Taft (43) montrait qu'un tiers des femmes victimes de VC interrogées avaient parlé des violences à leur médecin et que seulement 13 % avaient été dépistées. Dans notre travail, 23 % femmes avaient été dépistées. Du côté des médecins, on retrouve dans l'étude du Dr Morvant (16) que 8 % des médecins effectuaient un dépistage et dans la grande majorité des cas (85 %) c'était la femme elle-même qui déclarait avoir été victime. Dans le travail du Dr Cornilleau réalisé 10 ans après (42), on constate une évolution, puisque le taux de dépistage par les médecins augmentait à 18 %.

Ces chiffres montrent que le dépistage des VC par les médecins reste encore insuffisant, bien qu'on note une amélioration au fil des ans. Les médecins sont principalement au courant des VC quand leurs patientes en parlent d'elles même or peu d'entre elles osent aborder le sujet en premier. Ces chiffres nous incitent à être plus actif dans le dépistage des VC en médecine.

Les barrières à la divulgation des VC.

L'étude de Prosman *et al* (54) a recherché les freins au dépistage des VC en interrogeant 14 femmes victimes. Il en ressort que les femmes sont dans le déni des VC, qu'elles ne sont pas conscientes des conséquences des VC sur elles et leurs enfants. La peur du partenaire et de mauvaises expériences avec les différents intervenant (police, médecin...) expliquent aussi les barrières à la divulgation des VC. Elles expriment le fait que les VC sont un problème personnel, qu'elles doivent le résoudre seule, que ce n'est pas le rôle du médecin de s'en occuper. Ce dernier problème est retrouvé dans plusieurs autres études qualitatives (27;31). Dans ces autres travaux, les femmes expriment aussi comme barrière la peur d'être jugée, de ne pas être crue, un sentiment de honte et de culpabilité.

Le fait que le médecin soit un homme, de partager le même médecin que son partenaire ou de consulter en présence de son conjoint sont aussi exprimés. Dans notre étude, une majorité des femmes (60 %) exprimaient cependant le fait que le médecin soit un homme ou femme n'avait pas d'importance. Ce résultat est en accord avec une autre étude quantitative (43) retrouvant que 67 % des femmes victimes de VC n'avaient pas de problème à parler à un médecin homme. Il est possible que ces discordances mineures

s'expliquent par le type de population incluse dans l'étude : les femmes s'adressant aux associations semblent avoir moins de freins à parler des violences.

De plus les femmes ne partageant pas le même médecin (52 %) que leur (ex-)partenaire ne semblaient pas aborder significativement plus les VC avec leur médecin que les victimes ayant le même (42%). Cela s'explique peut-être par le manque de puissance de l'étude, la significativité s'exprimera peut-être dans les résultats globaux de l'étude AVIC-MG. En revanche, il paraît primordial de recevoir les patientes seules en consultation, cela permet aux femmes d'aborder le sujet des VC (52 % contre 32 % quand les consultations ne sont pas toujours seules) et permet de diminuer la proportion de femmes échappant au dépistage (27 % contre 39 %).

Les freins au dépistage sont en revanche nombreux chez les médecins. L'étude de Gerbert *et al.* (44) montre que les médecins dépistent moins les violences domestiques que d'autres facteurs de risque comme le tabac, l'alcool ou les infections sexuellement transmissibles. Ils se sentent moins efficaces pour dépister ou pour intervenir et pensent que leurs interventions sont moins utiles. De nombreux travaux de thèses (37-39)(45-47) ont interrogé les médecins généralistes sur le repérage des VC et les obstacles qu'ils ressentent : ils se sentent majoritairement impuissant et mal à l'aise au sujet des VC. Dans le travail du Dr Canut (37), ces sentiments entraînent en retour une banalisation de la violence, de la méfiance et des doutes envers la victime. Certains médecins estiment que c'est un sujet tabou qui doit rester dans la sphère privée (45). Dans leur article, Sugg et Inui (48) comparent l'exploration des violences domestiques à une « boîte de Pandore » avec une perte de contrôle après le dépistage.

Tous ces travaux expriment comme principal frein le manque de formation des médecins (37-39)(45-47), la méconnaissance des réseaux (38;45;46) et le manque d'outils mis à disposition (38;39). Le travail de thèse du Dr Poyet-Poullet (49) a mis en évidence qu'après une formation sur les VC, les médecins étaient plus efficaces sur le dépistage, l'évaluation des violences subies et le travail en réseau. De bonnes compétences en communication de la part des médecins (43) semblent pouvoir faciliter l'abord des VC avec les victimes.

Les attentes des femmes envers leur médecin

Les attentes des femmes victimes de VC les plus souvent rapportées dans ce travail étaient congruentes avec la littérature existante. Il s'agissait de l'écoute (23;24)(26-28)(31), le fait de prendre le temps lors de la consultation, d'instaurer un climat empathique (26) et une relation de confiance avec la victime (26)(28).

Ensuite, les femmes demandent de l'aide et du soutien de leur médecin. Elles attendent du médecin qu'il les oriente au mieux et qu'il coordonne les différents intervenants (23) (26;27)(31). Le manque de coordination est parfois reproché dans certains travaux (26).

Dans cette étude, peu de femmes ont été orientées dans une association de défense par leur médecin (12 %) bien qu'une majorité en ait parlé à ces derniers. Le travail du Dr Morvant (16) montrait que les médecins orientaient principalement vers un psychologue (52 %) et vers la police/gendarmerie (56,3 %) plutôt que vers une association (22,7 %). Les trois quarts des médecins n'avaient eu aucun contact avec ces professionnels qui sont susceptibles d'aider les patientes et quasiment la moitié (45 %) ne savaient pas si les patientes avaient consulté auprès d'autres structures. 10 ans après, on constatait une amélioration significative (42) avec 42% des médecins orientant dans une association et un tiers des médecins en contact avec un autre intervenant. Une thèse réalisée en 2019 dans la même région que la nôtre portant sur les repérage des VC dans les services d'urgences adultes (50) a montré que 90% des médecins urgentistes questionnés pensaient que la meilleure prise en charge était d'adresser les femmes victimes de VC vers une association spécialisée mais seulement 26 % l'avaient déjà fait. L'orientation des femmes victimes reste encore insuffisante et on remarque qu'il persiste un manque de communication et de travail en réseau.

Enfin, une autre des attentes des victimes envers le médecin est qu'ils soient mieux formés aux VC.

Une étude nationale réalisée en 2013 auprès d'étudiants en médecine du deuxième et troisième cycle (51) révèle que plus de 80% des étudiants en médecine estiment ne pas avoir reçu de formation sur les violences et plus de 95% le désireraient.

En effet, lors du deuxième cycle des études de médecine, seul un item de l'examen classant national aborde les violences. Il s'intitule "violence sexuelle" (depuis l'arrêté du 8 avril 2013) mais n'intègre aucun axe sur les VC.

Néanmoins, la formation semble se développer : un mémoire (52) a montré que 60 % des universités proposent des formations dans le cadre du DES (diplôme d'étude spécialisé) de médecine générale et 40 % en dehors. Le nombre de facultés proposant des formations dans le cadre du DES est en augmentation par rapport à 2014, passant d'un tiers à près de deux tiers.

Il existe, en parallèle, plusieurs supports d'informations destinés aux professionnels de santé et disponibles sur internet en plus des nouvelles recommandations de bonnes pratiques émises par l'HAS en octobre 2019 (36)(53).

Sur le site stop-violences-femme.gouv.fr, la MIPROF propose plusieurs outils, sous forme de kit de formation. Ils comportent un support audiovisuel et un livret d'accompagnement et pourraient être utilisés dans la formation des étudiants.

Le site internet «declicviolence.fr» (30), créé par le DMG de Clermont-Ferrand, est une plateforme d'aide aux médecins à la prise en charge des femmes victimes de violence. Il contient de nombreux outils et une synthèse des connaissances actuelles. Il permet aussi d'orienter les victimes vers les associations locales.

Outils disponibles et initiatives locales

Sur le plan régional, il existe plusieurs initiatives pour améliorer la formation et l'information des médecins sur les VC. Les délégués départementaux aux droits des femmes et à l'égalité ont créé une plaquette (Annexe 10-14) pour chaque département avec la liste et le numéro de téléphone des différents intervenants (association, police...). A destination des femmes victimes de VC, elles peuvent être néanmoins utiles aux médecins pour connaître les différents acteurs avec qui travailler. Les associations locales, grâce à cette étude, vont pouvoir être disponibles via le site declicviolences.fr. A noter que la maison d'Ella va aussi être listée.

Au niveau de la Gironde, un groupe d'intervenants sur les VC (médecin, association, juriste...) situé à Libourne a mis au point une affiche et des dépliants qu'ils souhaitent envoyer aux médecins généralistes, psychiatres, gynécologues et pédiatres du libournais.

Les associations de défense organisent aussi des formations ponctuelles sur les VC à destination des différents acteurs de la prise en charge des femmes victimes.

Il existe donc déjà des supports et des outils de formation et d'information qu'il faudrait diffuser pour toucher un plus grand nombre.

Perspectives

Afin de mieux prendre en charge les femmes victimes de VC, il semble important d'améliorer la formation initiale des médecins généralistes sur ce sujet. Lors du deuxième cycle des études médicales, un axe sur les VC pourrait être intégré. Dans le cadre du DES de médecine générale, les formations doivent continuer à se développer et les kits mis à disposition par la MIPROF pourraient être utilisés.

Pour les médecins en activité, des formations médicales continues (FMC) sur les VC pourraient être proposées en partenariat avec les associations. De plus, les médecins peuvent se servir de sites internet comme « declicviolence.fr » ou des recommandations de la HAS pour les aider. Tout cela permettra aux médecins d'être plus à l'aise avec les VC. C'est à cette condition qu'ils pourront alors effectuer un dépistage systématique des VC, permettant un meilleur repérage des femmes victimes.

Cependant, la prise en charge des femmes victimes ne peut pas se faire de manière isolée. Il est important que les médecins puissent travailler avec les différents acteurs associatifs, hospitaliers ou institutionnels. Pour cela, il faudrait développer les réseaux pour ne pas laisser les médecins généralistes seuls face aux violences.

CONCLUSION

Les VC sont un problème universel touchant tous les groupes sociaux, économiques, religieux ou culturels. Elles ont des répercussions importantes sur les victimes, leurs enfants et plus généralement sur la société.

Cette étude a permis de montrer que les femmes victimes consultant dans les associations de défense aimeraient être questionnées pour les VC par leur médecin. Elles pensent que le médecin a toute sa place dans la prise en charge des VC. Il doit être à l'écoute, prendre le temps, instaurer un climat empathique et une relation de confiance. Il a aussi un rôle d'orientation vers les différents réseaux spécialisés.

Si les symptômes psychologiques et psychosomatiques doivent mener à poser la question des VC, le dépistage systématique, pour les médecins les plus à l'aise, pourrait être utile afin de mieux repérer les victimes.

Il faut arriver à diffuser plus largement les différents supports d'informations déjà existants et développer les formations. Le site internet « declicviolence.fr » est un bon outil et il sera mis à jour avec l'ensemble des associations du territoire Aquitaine.

Il est important d'accroître la collaboration entre les différents intervenants et d'établir un véritable maillage associatif qui fait défaut dans certains départements isolés pour permettre une meilleure prise en charge des victimes. Pour réussir, il apparaît nécessaire que soit mis en place une politique publique sur les VC avec des objectifs concrets, fournissant les ressources financières et humaines manquantes.

Un des intérêts de ce travail est qu'il s'intègre dans un projet de plus grande ampleur permettant, en plus des comparaisons interrégionales, une étude nationale de forte puissance. Il apparaîtrait intéressant de compléter ce projet par d'autres études quantitatives portant sur les femmes victimes dans la population générale et explorer les raisons pourquoi 14 % d'entre elles ne préfèrent pas que le médecin aborde les VC.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haut-Commissariat des droits de l'Homme des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. 1993 [cité 21 oct 2019]. Disponible sur : <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
2. Organisation Mondiale de la Santé, Krug EG. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : OMS; 2002.
3. Haute autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Argumentaire scientifique. 2019 juin.
4. Walker LE. The battered woman syndrome. Fourth edition. New York: Springer Publishing Company; 2017.
5. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et Sociétés 2001;(364).
6. Institut national d'études démographiques, Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, *et al.* Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Documents de travail 2017;(229).
7. MIPROF. La lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes [Internet]. 2018 Nov [consulté le 21 oct 2019]. Disponible sur : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/violences_au_sein_du_couple_et_violences_sexuelles_novembre_2018.pdf
8. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet. 2006 oct ;368(9543):1260-9.
9. Organisation mondiale de la santé. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2017 [cité 26 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
10. Organisation mondiale de la santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. 2012 [cité 21 oct 2019]. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86232/WHO_RHR_12.36_fre.pdf;jsessionid=45C52F70B754C64493F4BF0EF6718EE9?sequence=1
11. Commission contre la violence au sein du couple et ses impacts sur la famille, Bureau de l'égalité hommes- femmes et de la famille. Lutte contre la violence au sein du couple. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s du canton de Fribourg. Fribourg: BEF; 2018.
12. McCauley J. The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. Ann Intern Med. 1995 nov ;123(10):737.
13. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. Thèse d'exercice : Université de médecine de Clermont Auvergne ; 2017
14. Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. J Womens Health Gend Based Med. 2002 jun;11(5):465-76.
15. Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. AFP. 2016 oct ;94(8):646-51.
16. Morvant C, Lebas J, Chauvin P. Violence conjugale. Rev Prat. Médecine générale. 2005;19 n°702/703, p.945-953.
17. Prosman G-J, Jansen SJC, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. Fam Pract. 2011 jun;28(3):267-71.
18. Séverac N. Les enfants exposés à la violence conjugale. Observatoire Nationale des Enfants en Danger; 2012 déc p. 81.
19. Symes L, Maddoux J, McFarlane J, Nava A, Gilroy H. Physical and sexual intimate partner violence, women's health and children's behavioural functioning: entry analysis of a seven-year prospective study. J Clin Nurs. 2014 oct;23(19-20):2909-18.
20. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. Sante Publique. 2010 sept ;Vol. 22(4):405-16.
21. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport au ministre chargé de la santé. Paris: La Documentation française; 2001.

22. Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) [Internet]. 2016 [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019/>
23. Wester W, Wong SLF, Lagro-Janssen ALM. What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. *Women Health*. 2007;45(1):105-19.
24. 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*. 2008 mar;70(3):386-94.
25. Koziol-McLain J, Giddings L, Rameka M, Fyfe E. Intimate partner violence screening and brief intervention: experiences of women in two New Zealand Health Care Settings. *J Midwifery Womens Health*. 2008 dec;53(6):504-10.
26. 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*. 2014 jun;14:74.
27. 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. Thèse d'exercice de médecine générale. Université d'Aix Marseille; 2015.
28. Biglia E. Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale : expériences et attentes de femmes victimes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse d'exercice. Université de Nice-Sophia Antipolis ; 2012.
29. Gilot H. Les femmes victimes de violences conjugales: qu'attendent-elles de leur médecin généraliste? : une étude qualitative. Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Montpellier ; 2016.
30. Département de médecine générale Clermont-Ferrand. Décliv Violence — Site [Internet]. 2018 [cité 14 nov 2019]. Disponible sur : <http://www.declivviolence.fr/index.html>
31. Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou MF. 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 et Santé* 2015;12(4):244-9.
32. Woimant M. Modalités de repérage des patientes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes. Thèse d'exercice : médecine générale. Université Paris 6- Pierre et Marie Curie; 2011.
33. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, *et al*. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess*. 2009;13(16).
34. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Thèse d'exercice de médecine générale]. Université Paris Descartes; 2013.
35. Coy-Gachen C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze Médecins Généralistes avec le questionnaire RICCP. Thèse d'exercice de médecine générale. Université Paris 6; 2005
36. Haute autorité de santé. Recommandations de bonne pratique : Repérage de femmes victimes de violences au sein du couple : comment repérer-évaluer [Internet]. 2019 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf
37. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer*. 2010;21(92):75-81.
38. Boisman A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Grenoble; 2012.
39. Fromental C, Ricaud L. Vécu du médecin généraliste face au dépistage des violences conjugales faites aux femmes en Haute-Garonne : étude qualitative. Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Toulouse; 2011

40. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G and Taft A. (2015) Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database of Systematic Reviews, volume 7 : CD007007
41. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE : les résultats en bref. Luxembourg; 2014.
42. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Paris 6- Pierre et Marie Curie; 2012
43. Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. Aust N Z J Public Health. 2001;25(5):433-7.
44. Gerbert B, Gansky SA, Tang JW, McPhee SJ, Carlton R, Herzig K, et al. Domestic violence compared to other health risks: a survey of physicians' beliefs and behaviors. Am J Prev Med. 2002 aug;23(2):82-90.
45. Barroso-Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. Thèse d'exercice de médecine générale. Université Paris Diderot, Paris 7; 2013
46. Quenot M. Repérage ,en médecine Générale, des violences conjugales faites aux femmes. A propos d'une enquête en Haute Garonne. Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Toulouse; 2016.
47. Bonnet P. État des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne. Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Poitiers; 2017
48. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. JAMA. 1992 Jun ;267(23):3157-60.
49. Poyet-Pouillet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Nantes; 2006.
50. Lucine A. Repérage des violences conjugales faites aux femmes : état des lieux pratiques des médecins dans les services d'accueil des urgences adultes en Aquitaine. Thèse d'exercice : médecine générale. Université de Bordeaux; 2019.
51. Auslender V. Les violences faites aux femmes : enquête nationale auprès des étudiants en médecine. Thèse d'exercice de médecine générale. Université Pierre et Marie Curie Paris 6; 2015
52. Barenton V. État des lieux des formations proposées aux internes de Médecine générale de France sur le thème des violences faites aux femmes. Mémoire de médecine générale. Université de Strasbourg; 2018.
53. Haute autorité de santé. Recommandations de bonne pratique : Repérage de femmes victimes de violences au sein du couple : comment agir [Internet]. 2019 [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_agir_092019.pdf
54. 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 Mar;28(1):3-11.

ANNEXES

Effets sur le développement de l'exposition à la violence conjugale par tranche d'âge	Santé physique et mentale	Développement global : physique, cognitif, identité	Fonctionnement et habiletés sociales
Avant la naissance	Risque de décès néonatal Accouchement prématuré		
0-2 ans	Perturbation alimentation et sommeil Crises, pleurs excessifs	Retard staturo-pondéral Inattention	
2-4 ans	Plaintes somatiques Enurésie/encoprésie Cauchemars Anxiété Syndrome de Stress Post-traumatique	Déficiences des habiletés verbales et intellectuelles	Dépendance exagérée à la mère Agressivité Cruauté envers les animaux Destruction de biens
5-12 ans	Plaintes somatiques Anxiété Dépression Syndrome de Stress Post-traumatique	Faible estime de soi Confusion et ambivalence Crainte d'être victime de violence ou abandonné Sentiment d'être responsable de la violence et de devoir intervenir Mauvais résultats scolaires Difficultés de concentration Convictions stéréotypées sur les sexes	Crainte d'amener des amis à la maison Agressivité Repli sur soi Destruction de biens Comportement de séduction, manipulation ou d'opposition Manque de respect à l'égard des femmes
12-18 ans	Plaintes somatiques Dépression Suicide Syndrome de Stress Post-traumatique	Faible estime de soi Baisse des résultats scolaires Ecole buissonnière Décrochage scolaire Sentiment d'être responsable de la violence Convictions stéréotypées sur les sexes	Brutalité Violences à l'égard des personnes fréquentées Abus drogues, alcool Fugues Prostitution Grossesses précoces Délinquance Manque de respect à l'égard des femmes

Annexe 1 : Tableau de M. Suderman et P. G. Jaffe – L'enfant exposé à la violence conjugale et familiale : guide à l'attention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada, 1999.

Département	Nom de l'association	Réseau/ Ville
Gironde (33)	ACV2F (Agir Contre les Violences Faites aux Femmes)	FNSF Saint Vivien du Médoc
	SFB (Solidarité Femme Bassin)	FNSF Lanton
	APAFED	FNSF Cenon
	La maison des femmes	FNSF Bordeaux
	CIDFF 33	CIDFF Bordeaux
	ALP Prado (Association Laïque du Prado)	France Victime Bordeaux
	VICT'AID Institut Don bosco	France Victime Bordeaux
	La maison de Simone	FNSF Pessac
Landes (40)	CIDFF Landes	CIDFF Mont de Marsan
	ADAVEMJP40 (Association départementale d'aide aux victimes et de médiation des landes, Justice de proximité)	France Victime Mont de Marsan
Dordogne (24)	L'îlot femmes- SAFED	Référent Téléphone Grand Danger en Dordogne Périgueux
	CIDFF Dordogne	CIDFF Périgueux
	ADAVIP 24 (Association Départementale d'Aide aux Victimes d'Infractions Pénales)	France Victime Périgueux

Lot et Garonne (47)	Réseau Entraide 47 (Maison des femmes et planning familial)	FNSF Agen/Villeneuve sur Lot
	France Victime 47	France Victime Agen
Pyrénées-Atlantiques (64)	Du côté des femmes	FNSF Pau
	ATHERBEA	Référent violence Pays basque Bayonne
	ACJPB (Association Citoyenneté-Justice Pays Basque.)	France Victime Bayonne
	APAVIM (Association Pyrénéenne d'Aide aux Victimes et de Médiation)	France Victime Pau
	CIDFF Pyrénées-Atlantiques	CIDFF Pau/Bayonne

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des associations ayant été contactées lors de l'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

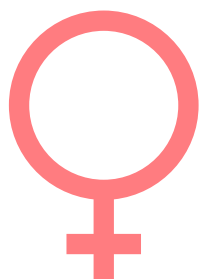
Etude AVIC-MG



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,



Annexe 4 : Affiche à déposer dans la salle d'attente des associations



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS
Courriel : 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 : Avis du comité d'éthique pour l'étude AVIC-MG

Etude AVIC-MG

Attentes des femmes Victimes de violences Conjugales envers leur Médecin Généraliste

Madame,

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

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

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libres de refuser d'y participer ainsi que de mettre terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Conformément au RGPD et à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Ces données seront conservées au maximum dix ans. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à XXXX@XXXX. Pour tout litige, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sur le site <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

Investigateurs Aquitaine:

PEYRELONGUE Mathieu, médecin généraliste Bordeaux

Dr Camile LEVEQUE, médecin généraliste – Chef de Clinique Universitaire, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, 146 rue Leo Saignat 33000 Bordeaux.

Annexe 6 : Affiche boîte de recueil

Département	24	33	40	47	64	Total
Est-ce que vous auriez (avez) aimé que la question des violences conjugales soit abordée par le médecin généraliste ? (En %)						
Plutôt oui ou oui	88	84	100	80	85	86
Plutôt non ou non	12	16	0	20	15	14
p=0,40						
Pensez-vous que cela fait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder la question des violences conjugales ? (En %)						
Oui	91	88	100	90	86	89
Non	9	12	0	10	14	11
p=0,69						

Annexe 7 : Tableau sur l'attente des femmes victimes de VC vis-à-vis de leur médecin par région

Le médecin que vous consultez est-il le même que celui de votre (ex-)partenaire (En %)		
Avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous êtes victimes avec un médecin	Non	Oui
Oui un médecin m'a déjà demandé	13	18
Oui c'est moi-même qui ait abordé la question	52	42
Un médecin m'a déjà posé la question mais je n'ai pas répondu	7	7
Non	27	31
Je ne me rappelle pas	1	2
p = 0,51		

Annexe 8 : Tableau de l'analyse en sous-groupe sur la part des femmes ayant parlé des VC à leur médecin en fonction d'avoir ou pas le même médecin traitant que leur (ex-)partenaire

Si oui, comment le médecin vous reçoit il en consultation (En %)			
Avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous êtes victimes avec un médecin	Seule	Avec votre conjoint	Ça dépend des fois
Oui un médecin m'a déjà demandé	17	33	18
Oui c'est moi-même qui ait abordé la question	52	0	32
Un médecin m'a déjà posé la question mais je n'ai pas répondu	4	22	7
Non	27	33	39
Je ne me rappelle pas	0	11	4
p = 0,02			

Annexe 9 : Tableau de l'analyse en sous-groupe sur la part des femmes ayant parlé des VC à leur médecin si elles consultent seule ou avec leur conjoint.



**VIOLENCES
CONTRE LES FEMMES
LA LOI VOUS PROTÈGE**

VIOLENCES FEMMES INFO
**APPELEZ LE
3919**
*Appel anonyme et gratuit.

LIEUX RESSOURCES EN GIRONDE

DANS L'URGENCE	
Brigade de Gendarmerie – Commissariat de Police	17 ou 112
Service des Urgences	15
POUR EN PARLER ET S'INFORMER	
Numéro d'appel national (anonyme et gratuit)	3919
L'APAFED : Centre d'accueil et d'écoute, Accueil de jour	05 56 40 93 66
La Maison des Femmes : Accueil de jour	05 56 51 30 95
La Maison de Simone : Accueil de jour	05 56 15 25 60
Le Centre d'information sur les droits des femmes et des familles – CIDFF	05 56 44 30 30
Service d'aide aux victimes (ALP Le Prado)	05 56 48 65 64
Service d'aide aux victimes Vict'Aid – Institut Don Bosco	05 56 01 28 69
Le Planning familial	05 56 44 00 04
Agir Contre les Violences Faites aux Femmes - ACV2F (Médoc)	06 70 72 30 51
Solidarité Femmes Bassin – SFB (Bassin d'Arcachon)	05 57 17 55 62
POUR LA RECHERCHE D'HEBERGEMENT	
Service social du secteur ou 115	
L'Association pour l'Accueil des Femmes En Difficulté – APAFED	05 56 40 93 66
POUR PORTER PLAINTE	
Brigade de gendarmerie* ou Commissariat de police * (possibilité d'accompagnement par une association CIDFF, Vict'Aid, Planning familial, ACV2F, ...)	
* présence d'intervenantes sociales à Bordeaux, Libourne, Blaye	
* présence d'une psychologue aide aux victimes à l'hôtel de police de Bordeaux	
Procureur(e) de la République (par courrier)	

© Création / Impression Pref 33

**VOUS ÊTES VICTIME DE VIOLENCES...
NE RESTEZ PAS SEULE, DES PROFESSIONNELS
PEUVENT VOUS AIDER**



Dans l'urgence

Gendarmerie ou Police - Service des urgences médicales **17 ou 112 ou 15**

Pour être écoutée - orientée - accompagnée dans vos démarches

- **Lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation**
 Planning familial - AGEN 05 53 66 27 04
 Maison des femmes - VILLENEUVE-SUR-LOT 05 53 40 03 62
- **Référent violences faites aux femmes**
 Réseau d'entraide 47 contre les violences conjugales 07 85 38 05 07
- **Accueil de jour départemental**
 Maison des femmes - VILLENEUVE-SUR-LOT 05 53 40 03 62
Des professionnelles vous accueillent dans un lieu sécurisé, avec espace de repos pour femmes avec ou sans enfants (équipée pour répondre aux besoins de première nécessité). Sensibiliser, informer, accompagner dans le but de préparer le départ du domicile.
- **Services d'accueil et d'orientation**
 AGEN 09 54 65 46 75
 VILLENEUVE-SUR-LOT 05 53 40 08 19
 MARMANDE 05 53 20 81 23
Accueil personnalisé de proximité permettant écoute et orientation adaptée aux besoins
- **Information sur vos droits, sur les aspects juridiques, orientation**
 Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles 06 23 07 89 82
Permanences à Agen, Villeneuve-sur-Lot, Marmande, Nérac
- **Services du Conseil départemental (Centres médico-sociaux - service de PMI)**
Agen Louis Vivent 05 53 69 40 41, Montanou 05 53 77 09 20, Tapie 05 53 98 62 30 Nérac 05 53 97 44 00,
 Marmande 05 53 64 65 45, Tonneins 05 53 84 17 50, Villeneuve-sur-Lot 05 53 36 23 23, Fumel 05 53 71 20 61
- **Un accompagnement psychologique**
 Association Alizé 06 49 57 35 25
- **Un numéro national (Appel anonyme et gratuit)**
 Violences femmes info 39 19

Pour une recherche d'hébergement

SERVICE SOCIAL 115

ou le service d'accueil et d'orientation (voir coordonnées ci-dessus)

Des professionnels à votre écoute pour une mise à l'abri mais également une information pour une orientation.

Pour porter plainte

Brigade de gendarmerie - Commissariat de police. Possibilité de préparer cette action avec une des associations citées ci-dessus.

Procureur de la République. Par courrier.

La violence conjugale : une victime, un auteur.

La violence conjugale est inacceptable - La loi peut vous protéger

Annexe 11 : Plaquette d'information Lot-et-Garonne

VIOLENCES CONTRE LES FEMMES LA LOI VOUS PROTÈGE

stop-violences-femmes.gouv.fr

LIEUX RESSOURCES



[DANS L'URGENCE]

Brigade de Gendarmerie - Commissariat de Police
Service des Urgences

17 ou 112
15

[POUR EN PARLER ET S'INFORMER]

Numéro d'appel national (Anonyme et gratuit)	39 19
Du côté des Femmes : Centre d'accueil et d'écoute, Accueil de jour → <i>Référent femmes victimes de violences Béarn</i>	05 59 06 87 70
Atherbea : Centre d'accueil et d'écoute, Accueil de jour → <i>Référent femmes victimes de violences Pays Basque</i>	05 59 46 40 86
Association Pyrénéenne d'Aide aux Victimes et de Médiation APAVIM (Béarn)	05 59 27 91 23
Association Citoyenneté Justice Pays Basque ACJPB Service d'Aide aux Victimes	05 59 59 45 93
Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles - CIDFF	06 37 95 78 22
Le Planning Familial	05 59 27 88 43
Maison des femmes du Hédas	05 59 82 82 54

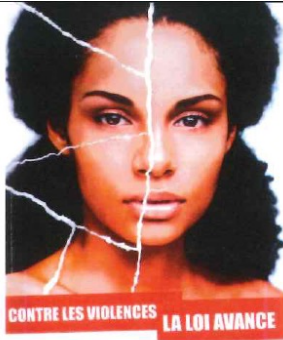
[POUR LA RECHERCHE D'HÉBERGEMENT]

Service social de secteur ou 115
Référent femmes victimes de violences Béarn ou Pays Basque

[POUR PORTER PLAINTE]

Brigade de Gendarmerie * - Commissariat de Police *
* Possibilité d'accompagnement d'un intervenant social (ACJPB, APAVIM, ...)
Procureur de la République (par courrier)





Guide des Landes **Femmes victimes de violences conjugales** A qui s'adresser ?

**En France, une femme meurt tous les 3 jours
sous les coups de son (ex) conjoint ou (ex) concubin.**

Les humiliations, insultes, menaces, pressions psychologiques et pressions économiques, gifles, coups, agressions sexuelles, viols... commis par un (ex) conjoint ou (ex) compagnon sont des violences. Les violences au sein du couple sont punies par la loi.

SI VOUS ÊTES VICTIME DE VIOLENCES, PARLEZ-EN, BRISEZ LE SILENCE.

Adressez-vous au CIDFF* - Référént violences.

Interlocuteur de proximité, il garantit aux femmes victimes de violences au sein du couple, une réponse individualisée et une prise en charge globale sur l'ensemble du département. Pour connaître la permanence la plus proche de chez vous, appelez les antennes de Mont-de-Marsan ou Saint-Paul-lès-Dax.

MONT-DE-MARSAN

Caserne Bosquet
181 rue Darriet - 1^{er} étage - Appt. 4
Tél. : **05 58 46 41 43**
Mél. : cidfland@wanadoo.fr

SAINT-PAUL-LÈS-DAX

Résidence Metzge
112 avenue de la Résistance
Tél. : **05 58 91 57 51**
Mél. : cidff.stpaul@orange.fr

NUMÉRO VERT DÉPARTEMENTAL « Femmes Violences Ecoute »

0 800 436 703

Numéro gratuit (d'une ligne fixe) et anonyme.
Du lundi au vendredi de 9 h à 17 h.
Aucune traçabilité de l'appel passé
pour davantage de sécurité.

*CIDFF Centre d'information
aux Droits des Femmes et des Familles

Vous êtes dans l'urgence

SAMU **15**

POLICE-GENDARMERIE **17**

POMPIERS **18**

112 **TOUTES URGENCES** **112**
numéro prioritaire, européen
et fonctionne avec mobiles et fixes

SMS ou FAX pour les personnes
 ayant des difficultés à parler ou entendre **114**

LOGEMENT D'URGENCE - SIAO **115**

Vous avez besoin d'être écoutée et accompagnée

Vous pouvez vous rapprocher du médecin de votre choix ou de l'Unité Médico-judiciaire d'Urgence – Centre hospitalier de Périgueux - ☎ 05 53 45 26 27

Il y a également des services d'action sociale près de chez vous : mairie, Centre communal d'action sociale (CCAS) et assistantes sociales du Conseil Départemental

Vous pouvez enfin vous adresser à ces structures, elles proposent toutes des permanences proches de chez vous :

→ L'Îlot Femmes (accueil de jour départemental)

› 1 rue Jacques le Lorrain – Périgueux
☎ 05 53 09 09 49 ✉ ilotfemmes@safed24.fr



→ Centre d'Informations sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)

› 4 rue Kléber – Périgueux
☎ 05 53 35 90 90 ✉ cidff-dordogne24@orange.fr
› Antenne de Bergerac :
21 boulevard Jean Moulin – Bergerac
☎ 05 53 35 90 90 ✉ cidff-dordogne24@orange.fr



→ France Victimes Dordogne

› 9 rue de Maleville – Périgueux
☎ 05 53 06 11 73 ✉ adavip24@gmail.com
› Permanence à Bergerac
☎ 06 74 35 85 24 ✉ adavipbergerac@gmail.com



→ Mouvement Français pour le Planning Familial

74 boulevard Ampère – Périgueux
☎ 05 53 53 11 96 ✉ pf.dordogne@gmail.com



→ Femmes Solidaires

Maison des Associations – 12 cours Fénelon – Périgueux
☎ 06 13 15 31 42 ✉ femmessolidaires24@gmail.com



→ Conseil Départemental de la Dordogne

Pour prendre rendez-vous avec l'assistante sociale la plus proche de vous
☎ 05 53 02 27 09



→ Ordres des Avocats

› 19 bis cours Montaigne – Périgueux
☎ 05 53 53 21 34 ✉ barreaudeperigueux@wanadoo.fr
› 13 boulevard Victor Hugo – Bergerac
☎ 05 53 57 66 68 ✉ avocats.bergerac@wanadoo.fr



→ Point d'accès au Droit (permanences gratuites professionnels et associations)

☎ 05 53 06 39 33 ✉ cdad-dordogne@wanadoo.fr

→ Caisse d'Allocations Familiales de la Dordogne

› 50 rue Claude Bernard – Périgueux
☎ 0 810 25 24 10



Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

RESUME :

Contexte : Les violences conjugales (VC) concernent une femme sur dix. Les médecins généralistes (MG) sont souvent les premiers intervenants, une victime sur 4 leur en a parlé. **Objectifs :** Observer si les femmes victimes de VC aimeraient être questionnées à ce sujet par les MG, décrire la population des femmes consultant dans les structures d'aides aux victimes et les caractéristiques de leur(s) consultation(s) en médecine générale au cours des 12 derniers mois. **Matériels et Méthodes :** Étude épidémiologique descriptive multicentrique conduite entre mai et août 2019 dans cinq départements de Nouvelle-Aquitaine. La population était les femmes majeures victimes de VC ayant consulté dans les associations d'aide aux victimes. Un auto-questionnaire de 13 questions était à remplir. **Résultats :** 17 associations ont participé et 215 questionnaires ont été analysés. 86 % des femmes ont ou auraient aimé que la question des VC soit abordée par le MG et 89 % estimaient que cela faisait partie du rôle du MG d'aborder la question. 93 % d'entre elles avaient consulté leur MG au moins une fois dans l'année en majorité pour des motifs psychologiques (fatigue 60 %, difficultés à dormir 57 %, angoisse 52 %, prescription de psychotropes 42 %). 63 % avaient parlé des VC avec un MG, la plupart d'elles-mêmes (47 %). Malgré cela, peu de femmes ont été orientées dans une association par leur médecin (12 %). **Conclusion :** Les femmes victimes consultant dans les associations aimeraient être questionnées pour les VC par leur médecin et pensent qu'il a toute sa place dans la prise en charge.

Mots clés : Violences conjugales, violences faites aux femmes, attentes, médecin généraliste, soins primaires

Titre et résumé en anglais :

Expectations of women victims of intimate partner violence towards their primary care physician: "AVIC-MG" study in Aquitaine

Background: intimate partner violence (IPV) affects one in ten women. General practitioner (GP) are often the first responders, one in four victims have told them about it. **Objectives:** To observe whether female victims of IPV would like to be questioned on this subject by GP, to describe the population of female getting seen in victim support structures and the characteristics of their general medical consultation(s) during the past 12 months. **Materials and Methods:** A descriptive multicentre epidemiological study conducted between May and August 2019 in five departments of the Nouvelle-Aquitaine. The population was composed of adult women victims of IPV who were seen in victim support associations. A self-administered questionnaire of 13 questions was to be completed. **Results:** 17 associations participated, and 215 questionnaires were analyzed. 86% of the women either wanted or needed the issue of IPV to be broached by the GP and 89% felt that it was part of the GP role to broach the issue. 93% of them had consulted their GP at least once during the past year, mostly for psychological reasons (fatigue 60%, difficulty to sleep 57%, anxiety 52%, prescription of psychotropic drugs 42%). 63% had talked about IPV with a GP, most of them on their own (47%). Despite this, few women were referred to an association by their doctor (12%). **Conclusion:** Female victims handled by associations would like to be questioned for IPV by their doctors and believe that the latter has a full role to play in their care.

Keywords: intimate partner violence, domestic violence, expectations, general practitioner, primary care physicians

Discipline : DES Médecine Générale

Université de Bordeaux 146 rue Léo Saignat 33000 BORDEAUX