



HAL
open science

Attente des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG dans le département du Finistère

Loriane Durand

► To cite this version:

Loriane Durand. Attente des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG dans le département du Finistère. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03213233

HAL Id: dumas-03213233

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03213233v1>

Submitted on 30 Apr 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2021

Thèse présentée par :

Madame Loriane DURAND

Née le 15/02/1991 à Lyon 8ème

Thèse soutenue publiquement le 29 avril 2021

Titre de la thèse :

**Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin
généraliste : Étude AVIC-MG dans le département du Finistère**

Président Mr Le Professeur Bernard LE FLOCH

Membres du jury Mr Le Professeur Bernard LE FLOCH

Mr Le Professeur Benoit CHIRON

Mme La Docteur Pauline CUEFF

Mme La Docteur Marie HASCOËT

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

Doyens honoraires :

FLOCH Hervé †
LE MENN Gabriel †
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves †
DE BRAEKELEER Marc †

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
-------------------	-----------------------------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SARAUX Alain	Rhumatologie
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEZON Éric	Chirurgie thoracique
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile

HU Weiguo esthétique	Chirurgie plastique, reconstructrice et
KERLAN Véronique métaboliques	Endocrinologie, diabète et maladies
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et Technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
COUTURAUD Francis	Pneumologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LIPPERT Éric	Hématologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Professeur des Universités Associé de Médecine Générale (à mi-temps)

BARRAINE Pierre
CHIRON Benoît

Professeur des Universités

BORDRON Anne	Biologie cellulaire
---------------------	---------------------

Professeur des Universités Associé (à mi-temps)

METGES Jean-Philippe	Cancérologie
-----------------------------	--------------

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LE VEN Florent	Cardiologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
CORNEC-LE GALL	Emilie Néphrologie
GUILLOU Morgane	Addictologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice
BARAIS Marie

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BEURTON COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy
VIALA Jeanlin

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre	Génie informatique, automatique et traitement du signal

DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
DERBEZ Benjamin	Sociologie démographique
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita	Rhumatologie
------------------------	--------------

Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire
---	-----------------------------------

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain Français
RIOU Morgan Anglais

Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

NGUYEN BA Vinh	Anesthésie-réanimation
ROUSSET Jean	Radiologie et imagerie médicale
DULOU Renaud	Neurochirurgie

Maîtres de stage universitaires-référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne	Médecine générale
SCELLOS Olivia	Médecine générale

I. REMERCIEMENTS

À mon président du Jury et directeur de thèse, monsieur le Professeur Bernard Le Floch. Je vous remercie d'avoir accepté de superviser ma thèse et de présider ce Jury.

À monsieur le Professeur Benoit Chiron, merci d'avoir accepté de participer au jugement de ce travail.

Au Dr Pauline Cueff, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, et de m'avoir fait découvrir une pratique de la médecine générale qui me correspond.

Au Dr Marie Hascoët, merci pour l'intérêt que tu as porté à mon travail et pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci aux associations qui ont participé à cette étude, sans vous cette thèse n'existerait pas. Merci pour votre dévouement au quotidien et votre travail formidable auprès des victimes.

Merci à Martine, pour ta gentillesse, tes conseils avisés et tes relectures.

Merci à tous les maîtres de stage avec qui j'ai pu travailler durant mon internat, ainsi qu'aux équipes des urgences de Paimpol, de neuro-gériatrie de l'Hôtel-Dieu de Pont l'Abbé, de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Quimper et de somato-psychiatrie de l'hôpital de Caudan. Merci de m'avoir accompagnée et supervisée avec gentillesse et pédagogie, de m'avoir transmis vos connaissances et votre passion pour ce métier.

Un merci tout particulier à mes praticiens de SASPAS, collègues et amis, Sophie Paillet, Pierre Le Grand et Pierre Hascoët. Merci pour votre encadrement, votre bienveillance et votre humour. Merci de m'avoir donné la chance de faire mes premiers pas de remplaçante à vos côtés.

Merci à tous les co-internes de choc qui m'ont permis de vivre un internat joyeux et festif et qui sont devenus aujourd'hui de belles amitiés.

Merci à la team Pempoull : Guillaume, Elise, Mélissa, Clarisse, Laetitia et Tom pour avoir été comme une deuxième famille durant ce début d'internat loin des miens. Merci pour les fous rires, les soirées, les plateaux de fruits de mer et les billards au Corto, et surtout merci pour votre amitiés les biches.

Merci à la coloc de Loctudy : Marion, Maël, Tristan Erwan et bien-sûr George, pour votre bonne humeur, vos leçons de surf et votre swagg.

Merci à la team gynecho, pour tous ces bons moments, ces titres et ces soirées.

Merci aux salades tomates oignons : Arthur, Anne-Lise, Antony, Camille, Félix, et Max pour votre humour et votre amitié. Et surtout merci à mes deux copines, Zouz et Fanny pour m'avoir suivie jusqu'ici (Ne niez pas !) ainsi qu'à ma lulu (et son rire sonore) pour avoir été là dès le 1^{er} jour ; je vous aime fort.

Merci à Lina, pour ton amitié et pour m'avoir donné l'opportunité de faire partie de cette étude.

Merci à Rym et aux copains de Lyon pour tous ces bons souvenirs et ceux à venir.

Merci à toute ma famille, pour votre amour, votre humour, votre soutien et pour m'avoir transmis le goût des bonnes choses. À toi mamie, et à ta tarte aux abricots, vous me manquez terriblement.

Merci à Véronique, Pierre, Emilie, Marion et Vanille pour l'accueil chaleureux dans votre famille.

Merci à vous, Papa, Maman et Dom-Dom pour votre présence et votre amour quotidiens, pour m'avoir offert une enfance si douce et lumineuse, et pour m'avoir soutenue durant toutes les étapes de ma vie. Merci pour votre courage et pour votre force face aux épreuves de la vie, vous serez pour toujours un exemple pour moi.

Enfin, merci à toi Guillaume pour ton amour et ton soutien. Tu rends ma vie plus belle et plus merveilleuse chaque jour, je t'aime.

II. RESUME

Mots-clés : violences conjugales, violences faites aux femmes, dépistage, soins primaires, médecin généraliste

Introduction : La lutte contre les violences conjugales (VC) est un enjeu majeur de Santé Publique. En France, 10% des femmes sont victimes de violences conjugales. Le médecin généraliste (MG) a un rôle primordial dans le repérage et l'accompagnement de ces victimes. Préconisé depuis 2019 par la HAS, le dépistage des violences conjugales en consultation semble encore peu pratiqué par les médecins généralistes. L'objectif principal de l'étude nationale AVIC-MG est d'observer si les femmes victimes de VC consultant dans des structures spécialisées souhaiteraient être questionnées par leur MG au sujet des violences subies. L'objectif secondaire est d'observer les caractéristiques de leur(s) consultation(s) en médecine générale au cours des 12 derniers mois.

Méthode : Étude descriptive transversale réalisée entre décembre 2019 et septembre 2020 dans le département du Finistère par le biais d'un auto-questionnaire papier composé de 13 questions. La population cible comprenait les femmes majeures victimes de VC, lisant et écrivant le français, consultant dans les associations spécialisées.

Résultats : 21 questionnaires ont pu être analysés, issus de 7 structures associatives. 80,95% des participantes auraient souhaité que la question des VC soit abordée par le MG et 82,21% considèrent que cela fait partie de son rôle. Toutes les participantes ont consulté au moins une fois leur MG au cours des 12 derniers mois, majoritairement pour un renouvellement de traitement (80%), pour de la fatigue (76,47%), de la tristesse (70,59%) ou de l'angoisse (68,75%). Le dépistage des VC a été réalisé par le MG dans 14,28% des cas. 57,15% des répondantes ont abordé d'elles-mêmes la question des VC et pour 28,57% d'entre-elles le sujet n'a jamais été abordée en consultation.

Conclusion : Les femmes victimes consultent leur MG et sont accessibles au repérage des VC en consultation. Les victimes de notre population sont largement favorables à un dépistage par le MG des VC subies et pensent qu'il a toute sa place dans la prise en charge.

III. ABSTRACT

Keys words: domestic violence, spousal abuse, screening, primary care, general practitioner

Background: The fight against domestic violence (DV) is a major public health issue. In France 10% of women are victim of spousal abuse in France. General practitioners have an essential role for the detection and the support of DV's victims. Since 2019, the screening for intimate partner abuse is recommended by HAS, however it seldom is carried out by general practitioners. The main objective of the AVIC-MG national study is to observe if women experiencing DV who visit specialized organizations would like to be asked about it by their general practitioner. The second objective is to describe the characteristics of their general practitioner appointments in primary care for the last 12 months.

Research methods: Transversal descriptive study made between December 2019 and September 2020 in the Finistère department, with a 13 questions self-questionnaire. The target population was adult women victims of DV visiting in specialized organizations, reading et understanding French language.

Results: 21 questionnaires have been analyzed from 7 associations. 80,95% of participants would have liked to be asked about DV by their practitioner in primary care and 82,21% consider that it's their role. All of the participants have met with their doctor at least once during the last 12 months, mostly to renew a treatment (80%), related to tiredness (76,47%), sadness (70,59%) or anxiety (68,75%). The screening for DV has been done by the general practitioner in 14,28% of cases. 57,15% of participants themselves raised the issue of DV, and for 28,57% of them, the topic was never discussed during the appointment.

Conclusion: DV's women victims meet their general practitioner and are available for DV spotting within primary care. Victims of our study population are broadly in favor of DV screening by their general practitioner and think that they have a central role to play in their support.

Table des matières

I. REMERCIEMENTS	6
II. RESUME	8
III. ABSTRACT	9
IV. INTRODUCTION	12
V. MATERIEL ET METHODE	18
1. Recensement des structures d'accueil aux victimes des VC du Finistère	18
2. Méthodologie de l'étude AVIC-MG dans le département du Finistère	19
VI. RESULTATS	22
1. Résultats du recensement des structures d'aide et d'accueil aux victimes de VC pour le site « declicviolence »	22
2. Résultats de l'étude AVIC-MG	24
2.1 Caractéristiques de la population	25
2.2 Résultats liés à l'objectif principal	28
2.3. Résultats liés à l'objectif secondaire : les caractéristiques des consultations en médecine générale au cours des 12 derniers mois	30
2.4. Freins et facilitateurs à l'acceptation du dépistage en médecine générale par les victimes	32
VII. DISCUSSION	34
1. Synthèse des principaux résultats	34
2. Faiblesses de l'étude	35
3. Forces de l'étude	36
4. Cohérence externe et interprétation des résultats	36
4.1 Caractéristiques des consultations des femmes victimes de VC chez leur MG au cours des douze derniers mois	36
4.2 Attentes des femmes victimes de VC envers le MG	37
4.3 Repérage par le MG	38
5. Ouvertures et perspectives	40
VIII. CONCLUSION	42
IX. BIBLIOGRAPHIE	43
X. ANNEXES	47
XI. SERMENT D'HIPPOCRATE	56
XII. AUTORISATION D'IMPRIMER	<i>Erreur! Signet non défini.</i>

ABREVIATIONS

VC Violences Conjugales

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ENVEFF Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

Enquête CVS : Cadre Vie et Sécurité

MG Médecin Généraliste

CIDFF Centre national d'Information des Droits des Femmes et de la Famille

AVIC-MG Attente des femmes Victimes de violence Conjugale envers leur Médecin Généraliste

MIPROF Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains

IV. INTRODUCTION

Les violences conjugales (VC) sont définies par l'OMS comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination ».(1)

En France 88% des victimes de violences conjugales sont des femmes (2). Et bien que la violence conjugale des femmes envers des hommes existe, nous n'aborderons dans ce travail de thèse, que de la majorité des cas, c'est-à-dire des VC exercées sur des femmes. Les violences intrafamiliales envers les enfants, souvent associées aux VC, ne feront pas parti de ce travail, car bien que ces différents types de violences aient sans doute des interactions les unes avec les autres, elles constituent un sujet à part entière.

Les violences au sein du couple concernent au sens large les violences exercées par un partenaire intime, actuel ou passé.

La notion de domination est importante. Elle permet de différencier la violence conjugale du conflit conjugal. En effet c'est cette volonté du partenaire d'exercer une domination et une emprise sur l'autre, à travers des agressions répétées, qui rend la relation inégale et asymétrique, prérequis à l'installation de la violence.

La VC peut revêtir plusieurs formes :(3)

- Les violences psychologiques et verbales, sont caractérisées par des attitudes et des propos méprisants, une dévalorisation de l'autre, des chantages, des menaces, et par le contrôle relationnel. Elles passent également souvent par la violence sur les objets ou animaux, les sarcasmes, insultes, hurlements, les propos dégradants et humiliants, les ordres intimés brutalement. Ces formes de violences sont souvent les premières à s'installer, et ce sont l'accumulation et la répétition de ces actes qui les constituent.
- La violence physique, se constitue de gifles, crachats, coups, bousculades, brulures, morsures, strangulations, et séquestrations pouvant mener jusqu'au décès. Elle est rarement isolée, on la retrouve souvent associée à d'autres types de violences notamment psychologique.
- La violence sexuelle, comprend les agressions et attouchements sexuels, le viol conjugal, l'imposition d'actes dégradants ou de pratiques sexuelles non désirées, le harcèlement, l'intimidation ou la manipulation en vue d'une relation sexuelle non consentie.
- La violence économique, est définie par le contrôle imposé par l'agresseur des dépenses, des moyens de paiement, ou par l'interdiction pour la victime de travailler.
- La violence matérielle, se traduit par le fait de briser ou lancer des objets, et/ou par la confiscation de documents (carte d'identité, passeport, carte vitale, diplômes).

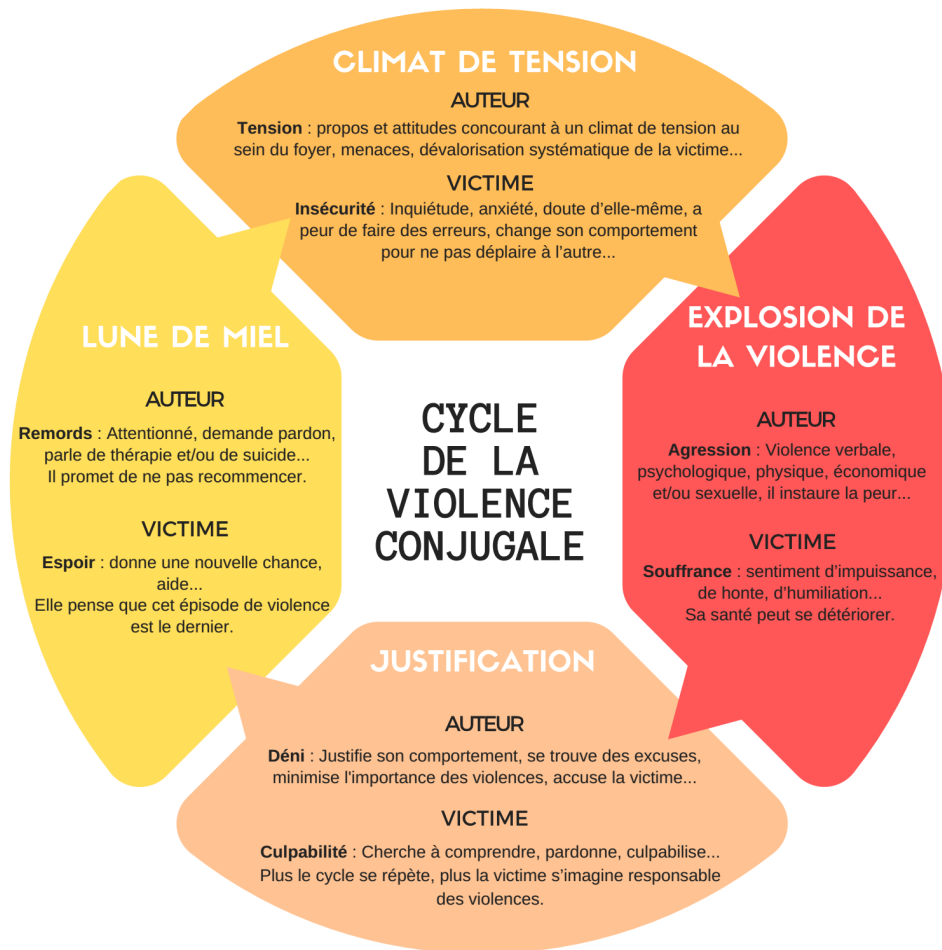
- La cyber violence émerge depuis l'avènement des nouvelles technologies. L'agresseur va ainsi utiliser des outils numériques pour contrôler, surveiller, harceler, insulter sa partenaire (ou ex partenaire).(4)

Les violences conjugales évoluent souvent sous la forme d'un cycle composé de 4 phases, qui se répètent, et s'intensifient avec le temps. Il s'agit du cycle de la violence décrit par Lenore WALKER (psychologue américaine). (5)

- Première phase : la montée de la tension.
L'agresseur instaure un climat de peur et d'angoisse dans le foyer par ses propos et par ses comportements, entraînant inquiétude et anxiété chez la victime qui commence à douter d'elle-même
- Seconde phase : l'explosion de la violence
Elle se caractérise par l'agression concrète de la part de l'auteur qu'elle soit physique, psychologique, sexuelle, etc... La victime se trouve en souffrance et impuissante, en état de sidération.
- Troisième phase : la justification.
L'auteur essaye de justifier son comportement et de transférer la responsabilité de ses actes sur sa compagne. Il instille le doute et la culpabilité chez la victime.
- Quatrième phase : la lune de miel ou le sursis amoureux.
L'agresseur essaye de se faire pardonner, il devient plus attentionné, il essaye de tout mettre en œuvre pour ne pas perdre la victime qui sent alors l'espoir renaître.

Avec le temps et l'escalade de violence, ce cycle peut se raccourcir, en alternant uniquement les phases de tension et d'agression, entraînant un risque vital pour la victime. (6)

Figure 1 : figure illustrant le cycle de la violence d'après Léonore Walker (source : info-violences-femmes.bordeaux.fr)



Les violences conjugales sont fréquentes. Une femme décède tous les deux jours et demi en France sous les coups de son compagnon. (7)

L'OMS estime en 2013 que 30% des femmes de la population mondiale sont exposées à des violences physiques et/ou sexuelles par leur partenaire intime et que 38% des homicides féminins sont perpétrés par leur partenaire masculin.(8) (9)

En France, l'ampleur du problème est dévoilée pour la première fois par l'enquête statistique de l'ENVEFF, qui s'attèle à comptabiliser les cas de violence envers les femmes et lève le voile sur un problème de santé publique majeur. Ainsi en 2000, 10% des 5908 femmes interrogées déclarent avoir été victime de VC au cours des douze derniers mois, dont 2,5% de violences physiques, et 0,9% de violences sexuelles. Pour la moitié des femmes interrogées, il s'agissait de la première fois qu'elles se confiaient au sujet des violences subies.(10)

L'étude nationale des morts violentes réalisée en 2019 par la délégation aux victimes, comptabilise 173 décès dus à des violences au sein du couple, dont 88% sont des femmes (146 femmes) ; 41% de ces victimes avaient subies des violences conjugales antérieurement.(7)

Le rapport d'enquête « cadre, vie et sécurité » de 2019 dénombre une moyenne annuelle de 213 000 femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles en France par un partenaire intime. 86% des femmes déclarent être victime de violences physiques, 29% de violences sexuelles et enfin 15% cumulent les deux. (11) On sait cependant, qu'en ne prenant pas en compte les violences psychologiques, et en ne tenant pas compte de la difficulté pour les femmes d'aller porter plainte encore aujourd'hui, ces chiffres sous-estiment le nombre réel de cas de VC.

En Bretagne en 2019, 4 décès sont à déplorer du fait du partenaire intime dont 2 dans le département du Finistère. On retrouve une incidence des violences conjugales de 0,8% en Bretagne (enquête CVS 2019).

Ces chiffres alarmants devraient être encore plus importants pour l'année 2020 suite à la crise sanitaire du COVID-19. Le confinement imposé, a souvent enfermé « victimes et bourreaux » dans les mêmes espaces, loin de tout regard tiers. Le nombre d'appels au 3919, la plateforme nationale d'écoute et d'accompagnement des victimes de VC, a explosé entre avril et mai 2020, avec 52 600 appels sur cette période (versus 81 401 appels sur toute l'année 2019). (2)

Il est important de souligner, qu'en dehors des conséquences des VC sur la santé des femmes victimes, elles ont également un impact majeur en termes de Santé Publique. Elles coûteraient en France chaque année 2,47 milliards d'euros, si l'on tient compte des coûts du système de soins, des coûts médico-sociaux et judiciaires, ainsi que de la perte de production (décès, absentéisme) et la perte de qualité de vie. (12)

D'autre part, l'OMS a évalué que les femmes victimes de violences perdent entre 1 et 4 années de vie en bonne santé et que la prise en charge ambulatoire d'une femme victime coûte deux fois et demi plus cher que la prise en charge d'autres femmes.(13) Cela s'explique en partie par le fait que ces VC ont des répercussions considérables et délétères sur la santé des femmes, à court moyen et long terme, à de nombreux niveaux, comme le met en exergue le schéma suivant.(9,14-19).

Figure 2 : Conséquences des violences sur la santé et le comportement des victimes Source : OMS 2014 et lettre n°6 de l'observatoire nationale des violences faites aux femmes



Les VC sont un problème majeur de Santé Publique que les enquêtes épidémiologiques récentes ont mis en lumière, permettant une prise de conscience collective et la mise en place de mesures gouvernementales.

En 2010, la lutte contre les VC faites aux femmes deviennent la priorité affichée par la politique sociale nationale, et les violences psychologiques entre conjoints sont enfin reconnues.

La MIPROF (Mission interministérielle pour la lutte contre les violences faites aux femmes et contre la traite d'êtres humains) est créée en 2012. Outre sa mission d'observation nationale des VC, l'un de ses objectifs est d'améliorer la formation des professionnels, dans le domaine des VC. Ainsi, le dernier plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019) met l'accent sur le renforcement de la formation des professionnels intervenants dans le champ des VC, notamment des médecins, avec la création de « kits » de formation disponible sur le site « [arretonslesviolences.gouv](http://arretonslesviolences.gouv.fr) ».(20)

En 2019, le Grenelle contre les violences propose la levée du secret médical pour les patientes victimes de VC en danger immédiat. Il propose également la création d'un outil d'évaluation de la gravité et de la dangerosité des situations de VC à l'intention des professionnels de la santé, ainsi que de cartographier les structures et professionnels engagés dans la prévention et la prise en charge des violences conjugales.(21)

Si les pouvoirs publics placent les professionnels de santé au centre de la prise en charge des VC, c'est parce qu'ils ont un rôle primordial, comme nous le rappelle le rapport Henrion (2001). Le médecin généraliste est le premier interlocuteur pour 24% des victimes qui entament des démarches, le plaçant en premier recours devant la justice et les associations.(13)

Son rôle ne se limite pas à la rédaction d'un certificat initial de coups et blessures. Le repérage des victimes, l'écoute, l'accompagnement et l'orientation vers des structures compétentes sont essentiels.

Bien qu'il existe plusieurs facteurs de risque associés à une plus grande probabilité pour une femme d'être victime de VC (Annexe 1) (22,23), il n'y a cependant pas de profil type de la « femme battue », et les violences peuvent survenir quel que soit l'âge, ou le profil socio-culturel, rendant son repérage complexe par les médecins généralistes.

En 2007, le Dr LAZIMI réalise en France une étude auprès de 51 médecins généralistes et 2 sages-femmes. Le but est de dépister activement les violences conjugales en posant systématiquement les mêmes questions aux 557 femmes participantes. Les résultats parlent d'eux-mêmes : 63% des femmes ont déclarées être victimes de VC (62,8% de violences psychologiques, 42,7% de violences physiques et 17,8% de violences sexuelles). Pour 90% d'entre-elles c'était la première fois qu'elles se confiaient à un médecin.(24)

Plusieurs études ont par la suite confirmé ces résultats et démontré l'intérêt d'un dépistage systématique des VC (14,24–29). C'est pourquoi le dépistage, autrefois pratiqué uniquement sur point d'appel ou lors de la grossesse, est désormais recommandé de manière systématique par la HAS depuis 2019.(30)

En France, « 3 à 4 femmes sur 10 présentes dans les salles d'attente des médecins seraient victimes de violence conjugale » (22). Au vu des chiffres énoncés par la HAS, le repérage systématique et la prise en charge des VC en consultation est encore largement insuffisant.

Plusieurs études ont mis en évidence les barrières à cette prise en charge, parmi lesquelles on retrouve :(31–35)

- Le manque de formation et de connaissances sur les VC
- Une méconnaissance des réseaux d'aides locaux
- Un sentiment d'intrusion dans la vie intime des patientes, et la peur de leur réaction
- Un sentiment de frustration et d'échec
- Le manque de temps et de disponibilité
- La crainte de retombées judiciaires

S'il est parfois difficile pour le médecin généraliste de poser la question des VC, qu'en est-il des femmes victimes de VC vis-à-vis de leur MG ? Souhaitent-elles être questionnées par leur MG à ce sujet ? Pensent-elles que cela fait partie intégrante du rôle du médecin ?

Il existe plusieurs études qualitatives sur les attentes des femmes victimes de VC envers leur médecin généraliste (36,37), mais il existe à ce jour peu d'études quantitatives sur le sujet.

C'est dans ce contexte que naît l'étude quantitative AVIC-MG. Elle est initiée et supervisée par le Dr Vicard-Olagne Mathilde, médecin généraliste qui fait également partie du Département de Médecine Générale de Clermont-Ferrand. Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et multicentrique sur les attentes de femmes victimes de VC envers leur MG qui a débuté en mars 2019 et s'étend en fonction des régions jusqu'en mars 2021.

Un interne par département (ou région) réalise la même étude auprès de femmes victimes de VC consultant dans des associations spécialisées dans leur prise en charge.

Ce travail de thèse porte sur la réalisation de l'étude AVIC-MG dans le Finistère.

L'objectif principal est d'observer si les femmes victimes de VC consultant dans les structures spécialisées dans le Finistère, aimeraient être questionnées par leur médecin généraliste sur les VC.

L'objectif secondaire est de décrire les caractéristiques de leurs consultations en médecine générale au cours des douze derniers mois.

Enfin, le dernier objectif de cette thèse consiste à recenser les structures d'accompagnement de femmes victimes de VC présentes dans le département du Finistère, afin de les cartographier sur le site « declicviolence.fr ». Ce site national a été créé en 2016 suite au travail de thèse du Dr Pauline MALHANCHE afin d'apporter aux professionnels de la santé des connaissances et des outils concrets pour optimiser la prise en charge de leur patientes victimes de VC (6). Il n'y a pour l'instant pas de structures recensées dans le Finistère sur ce site, ce travail a pour but de permettre la création d'une carte interactive également dans le Finistère.

V. MATERIEL ET METHODE

Le travail de cette thèse est double.

Il s'agit d'une part de recenser les structures d'accompagnement des femmes victimes de VC présentes dans le département du Finistère, afin d'étoffer le site « declicviolence.fr ».

D'autre part, de réaliser l'étude AVIC-MG dans le département du Finistère, qui s'inscrit dans le projet d'étude national AVIC-MG.

1. Recensement des structures d'accueil aux victimes des VC du Finistère

L'objectif de ce recensement est de pouvoir répertorier toutes structures pouvant être utiles aux femmes victimes de VC, afin de les cartographier sur la carte interactive du site « DECLICVIOLENCE ».

Il permet d'avoir accès à des informations exhaustives telles que : les coordonnées et numéros des structures et de leur référent, les jours et horaires d'ouverture, le type d'aide apportée.

Dans le cadre de cette thèse les informations ont été recueillies par le biais de recherches internet, et d'appels téléphoniques. Elles ont ensuite été retranscrites sur un tableur qui a été créé au préalable par l'auteur du site.

Sur le tableur, les différentes structures ont été classées en sous-groupe pour faciliter la rapidité d'accès à l'information recherchée. On retrouve ainsi plusieurs catégories :

- Les associations d'aides aux victimes de violence conjugale
- Les CIDFF et leurs différentes permanences régionales
- Les hébergements d'urgence
- Les services médico-judiciaires / Les services de victimologie / Les pôles d'accueil des violences
- Les référents hospitaliers « violences faites aux femmes »
- Les services judiciaires
- Les services destinés aux enfants
- Les ordres des avocats
- Les structures pour les hommes violents et/ou victimes
- Autres

Ce tableur une fois rempli, a été transmis à l'interne en médecine générale Emilie Fournier pour son projet de thèse qui porte sur la refonte du site « declicviolence » et le développement des cartes interactives.

2. Méthodologie de l'étude AVIC-MG dans le département du Finistère

Type d'étude

Cette étude AVIC-MG réalisée dans le Finistère est une étude descriptive, transversale et multicentrique qui s'inscrit dans le projet d'étude national AVIC-MG.

Elle suit le même protocole que l'étude nationale AVIC-MG qui est réalisée par une quinzaine d'internes en médecine générale dans le cadre de leur thèse d'exercice, dans plusieurs régions de France, à travers plusieurs départements de médecine générale (DUMG Lille, DUMG Paris, DUMG Strasbourg, DUMG Nancy, DUMG Reims, DUMG Rennes, DUMG Nantes, DUMG Tours, DUMG Limoges, DUMG Bordeaux, DUMG Clermont-Ferrand, DUMG Lyon, DUMG Saint-Etienne, DUMG Grenoble, DUMG Marseille).

Hypothèse

Les femmes victimes de VC consultent un médecin généraliste. Elles aimeraient que leur médecin généraliste leur demande si elles sont victimes de VC.

Objectifs de l'étude AVIC-MG

L'objectif principal de cette étude est d'observer si les femmes victimes de VC consultant dans les structures spécialisées dans l'accompagnement des victimes de VC, aimeraient être questionnées par leur MG sur les VC.

L'objectif secondaire est de décrire les caractéristiques des consultations en médecine générale au cours des douze derniers mois des femmes victimes de VC consultant dans les structures d'aide.

Matériel :

Un auto-questionnaire pour le recueil des informations a été réalisé par un comité scientifique, comprenant un chercheur par centre et deux experts nationaux : Gilles LAZIMI et Humbert DE FREMINVILLE. Il est disponible en Annexe 2.

Il a été créé sur la base de données de la littérature.

Il est composé de 13 questions : 12 questions fermées à choix multiples et 1 question ouverte pour permettre aux femmes de s'exprimer librement sur leurs attentes envers leur médecin généraliste.

Critères d'inclusion et d'exclusion de la population étudiée

Le questionnaire s'adresse à des femmes majeures, victimes de violences conjugales, sachant lire et écrire le français, et consultant dans des structures d'aide aux victimes.

Sont exclues de l'étude les femmes victimes de violences conjugales nécessitant une prise en charge urgente, les mineures, les femmes ne pouvant remplir seules le questionnaire (illettrées, ne parlant pas français, ...).

Structures participant à l'étude AVIC-MG dans le Finistère

Suite au recensement réalisé au préalable, 9 structures ont été contactées par téléphone et par mail, afin de leur proposer de participer au projet d'étude AVIC-MG. Il devait s'agir de structures d'aide et d'accompagnement aux victimes de violences conjugales, où les femmes accueillies ne sont pas considérées comme « patientes ».

7 structures ont donné leur accord pour faire partie de l'étude :

- Le CIDFF de Brest
- Le CIDFF de Quimper
- L'association l'Abri Côtier à Concarneau
- L'association l'Abri Côtier à Quimperlé
- Le planning familial de Brest
- Le planning familial de Morlaix
- Le planning familial de Douarnenez

Déroulement de l'étude

Dans chaque structure participante, ont été distribués :

- Des auto-questionnaires sous forme de papier (Annexe 2)
- Des affiches pour la salle d'attente afin de présenter l'étude (Annexe 3)
- Une boîte fermée prévue pour le recueil des questionnaires sur laquelle a été collée une affiche explicative de l'étude, rappelant les droits des participantes (Annexe 4)

Le déroulement de l'étude a été expliqué en détail aux professionnels et aux bénévoles lors d'une rencontre au sein de leur structure. Il prévoit que l'auto-questionnaire soit proposé aux femmes correspondant aux critères d'inclusion, à l'issue des entretiens, si le moment est jugé propice.

L'auto-questionnaire devait être rempli par la participante seule, dans un endroit protégé, de manière libre et anonyme, puis glissé dans la boîte de recueil prévue à cet effet.

Le nombre de questionnaires proposés mais refusés devait être comptabilisé.

Durée de l'étude

De décembre 2019 à septembre 2020.

Analyse statistique :

A la fin de l'étude, les boîtes ont été récupérées dans chaque structure. Les questionnaires ont par la suite été dépouillés et les données qu'ils contiennent ont été rentrées sur le logiciel REDCAP.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Stata, par Céline Lambert, biostatisticienne et centralisée par la DRCI (Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation) du CHU de Clermont Ferrand.

Autorisation et éthique

L'avis du comité d'éthique du CNGE a été sollicité et a engendré deux changements :

- L'ajout sur chaque questionnaire, du nom et des coordonnées d'un référent par structure, que les personnes pouvaient contacter, afin d'assurer un soutien en cas de détresse psychologique liée au remplissage.
- L'analyse en sous-groupe de l'étude AVIC-MG au vu des modalités de recrutement (différentes régions de France).

Suite à la modification du protocole, le comité d'Éthique a donné son autorisation à la réalisation de l'étude (Annexe 5).

Une démarche auprès de la CNIL a été réalisée. Un engagement de conformité MR-004 a été déposé auprès de Mr Morgan Le May, délégué universitaire à la protection des données du CHU de Brest.

Étude de faisabilité

Dr Vincent PESSIOT, a réalisé entre décembre 2018 et février 2019 une étude de faisabilité dans une structure clermontoise : Association Victime Écoute Conseil 63. Son travail a permis de réaliser une estimation du nombre de questionnaires remplis et de tester le questionnaire auprès des femmes victimes de VC (38).

Une modification a ainsi été réalisée pour améliorer la précision d'une des questions. Initialement, à la question N°6 « Avez-vous parlé des VC dont vous êtes victime avec un MG ? » les répondantes avaient uniquement le choix entre répondre « oui » ou « non ». Désormais, elles peuvent choisir entre « oui, un MG m'a déjà demandé si j'étais victime de VC », « 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 » et « je ne me rappelle pas ».

Il a été proposé de comptabiliser le nombre de refus aux questionnaires.

Dr PESSIOT a également réalisé les démarches éthiques et administratives préalables à l'étude AVIC-MG.

VI. RESULTATS

1. Résultats du recensement des structures d'aide et d'accueil aux victimes de VC pour le site « declicviolence »

Ce travail va permettre aux professionnels de santé de connaître et de trouver rapidement sur le site, les différentes structures et associations locales vers lesquelles orienter leurs patientes. Comme évoqué précédemment, il contient de nombreuses informations telles que les noms, horaires, adresses, et les coordonnées des associations, ainsi que le type d'aide proposé.

Associations d'aide aux victimes de violences conjugales	Planning familial de Douarnenez
	Planning familial de Concarneau
	Planning familial Brest
	Planning familial de Morlaix
	L'Abri côtier Urgences femmes Concarneau
	L'Abri côtier Quimperlé
	« L cause » Maison pour toutes à Brest
	Annexe SOS Femme Quimper
CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles)	CIDFF Finistère (Brest)
	CIDFF (Quimper)
Permanences régionales du CIDFF	CDAS Brest
	CDAS Quimper
	Pôle Ti Glazic (Briec)
	CCAS Carhaix Plouguer
	MSAP Châteaulin
	CDAS Concarneau
	CDAS Douarnenez
	Maison des solidarités Guipavas
	Maison pour tous Landerneau
	CDAS Landivisiau
	Maison de l'emploi Landivisiau
	Centre socio-culturel Lesneven
	CIDFF Antenne Plourin-les-Morlaix
	Centre social Espace Eric Tabarly Plouzané
	CDAS de Pont l'Abbé
	CDAS de Quimper
	Point accès au droit Quimperlé
	CDAS de saint Renan
	Pôle des services de Scaër
Hébergement d'urgence	SIAO

Lieux d'accueil-évaluation pour l'hébergement d'urgence dépendant du SIAO	AGHEB- CHRS Les Ajoncs
	AGHEB- CHRS d'urgence Kastell Dour
	Fondation Massé Trévidy- CHRS L'Escale
	Fondation Massé-Trévidy- CHRS Le Jarlot
Services médico-judiciaires / service de victimologie / pôle d'accueil des violences	
	UAV Unité d'Accueil des Victimes de Violences
	Hôpital de la cavale Blanche - Urgences
	CH Cornouailles - Quimper - Urgences
	CH Cornouailles - Concarneau - Urgences
	CH Quimperlé- Urgences
	Hôtel-Dieu Pont l'Abbé - Urgences
	CH Douarnenez - Urgences
	CH Carhaix - Urgences
	CH Landerneau
	CH Morlaix
Services judiciaires	Tribunal Grande Instance (TGI) Brest
	Tribunal Grande Instance (TGI) Quimper
	Association Agora Justice
	Service Emergence - Don Bosco
Services judiciaires	Conseil Départemental de l'Accès au Droit (CDAD)
Ordre des avocats	Ordre des avocats du barreau de Brest
	Ordre des avocats du barreau de Quimper

2. Résultats de l'étude AVIC-MG

Recrutement des structures participantes

9 associations ont été contactées pour leur proposer de participer à l'étude

- 1 association a refusé de participer afin de ne pas importuner les victimes reçues en leur faisant remplir le questionnaire (L'cause à Brest)
- 1 association n'a pas répondu aux mails et appels téléphoniques (Agora Justice)
- 7 associations ont souhaité participer à l'étude

Nombre de questionnaires recueillis

21 questionnaires ont été comptabilisés sur l'ensemble des structures participantes.

3 associations n'ont recueilli aucun questionnaire.

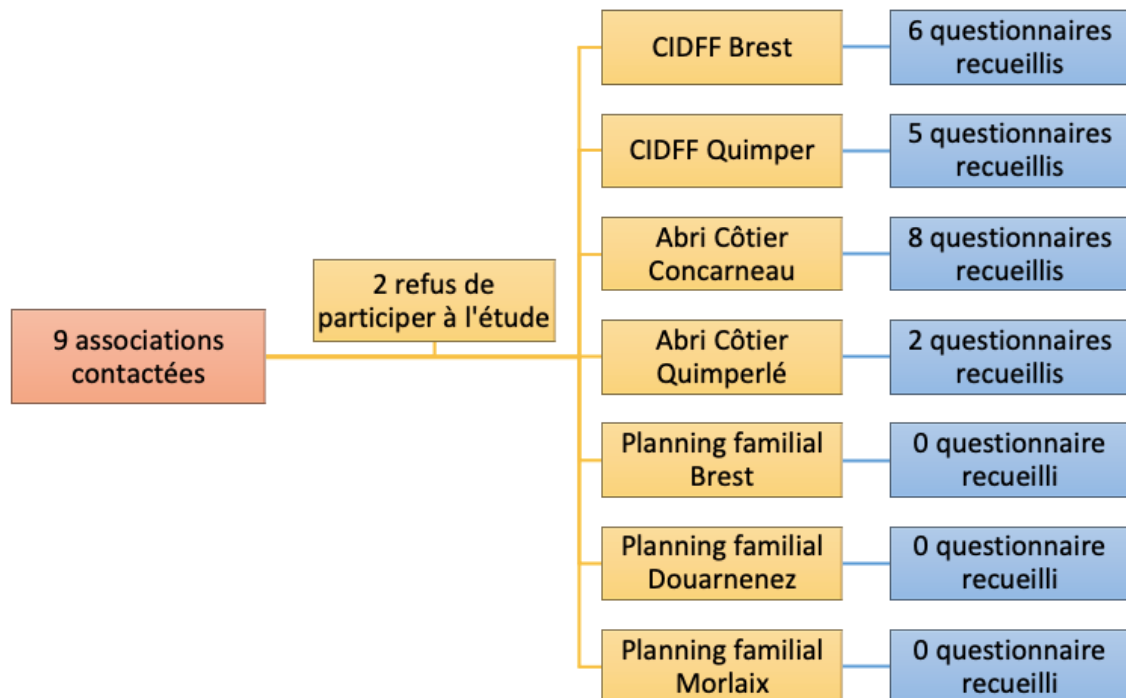
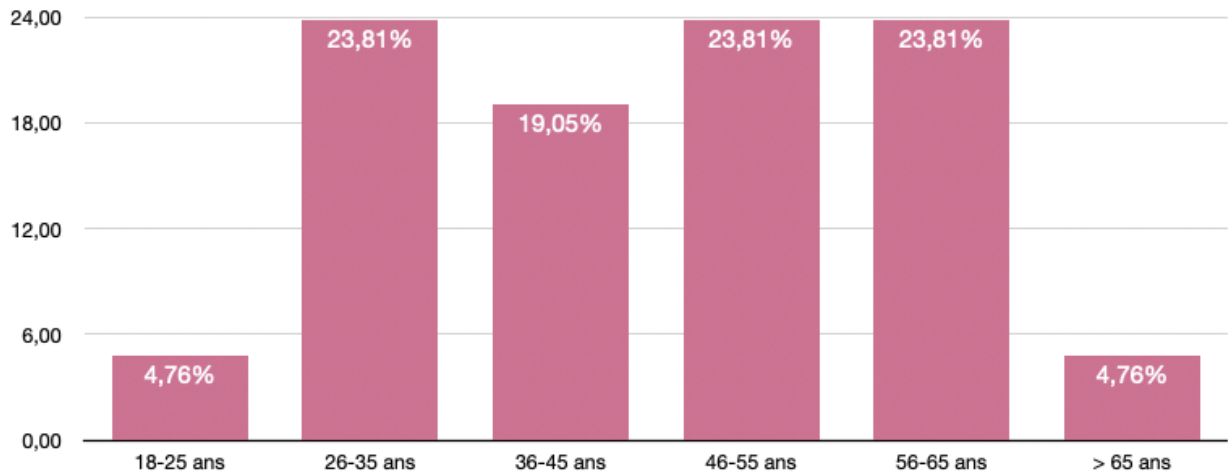


Figure 1 : Nombre de questionnaires recueillis pour chaque association.

2.1 Caractéristiques de la population

a. Âge des répondantes aux questionnaires :

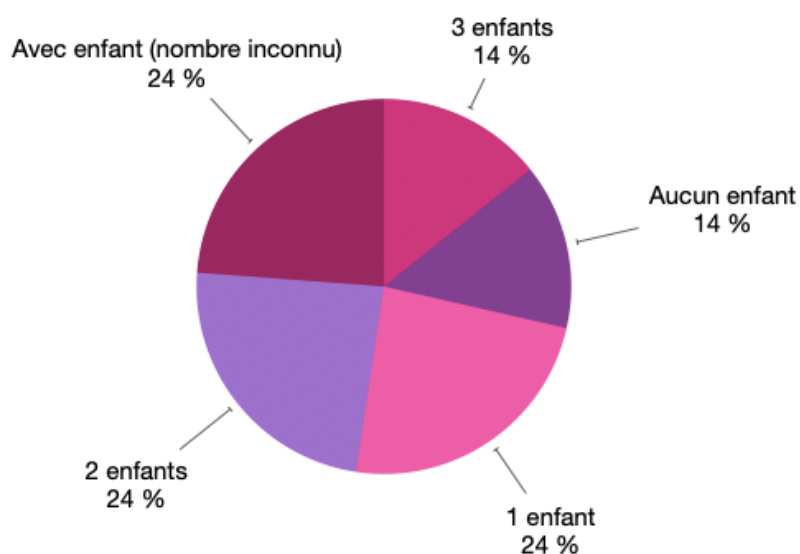
Figure 1 : Âge des répondantes au questionnaire (n=21)



Les 3 catégories les plus représentées au sein de l'échantillon étudié sont les 26-35 ans, les 46-55 ans et les 56-65 ans avec chacune 23,81% des répondantes. Les 18-25 ans ainsi que les plus de 65 ans sont les moins représentées avec chacune 4,76%.

b. Nombre d'enfant(s)

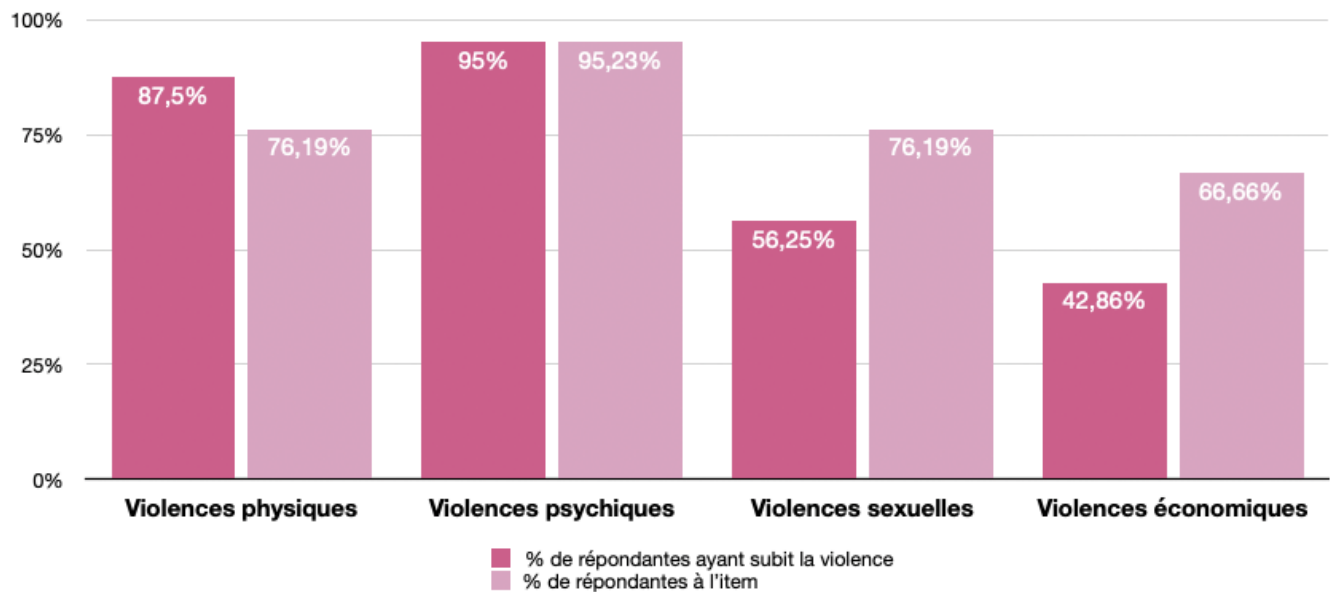
Figure 2 : Nombre d'enfant par participantes (n=21)



Une majorité des femmes ayant participé à l'étude a déclaré avoir des enfants (86%). A noter que 5 femmes ont déclaré avoir des enfants sans en préciser le nombre.

c. Types de violences conjugales subies

Figure 3 : Type(s) de VC subie(s) par les participantes



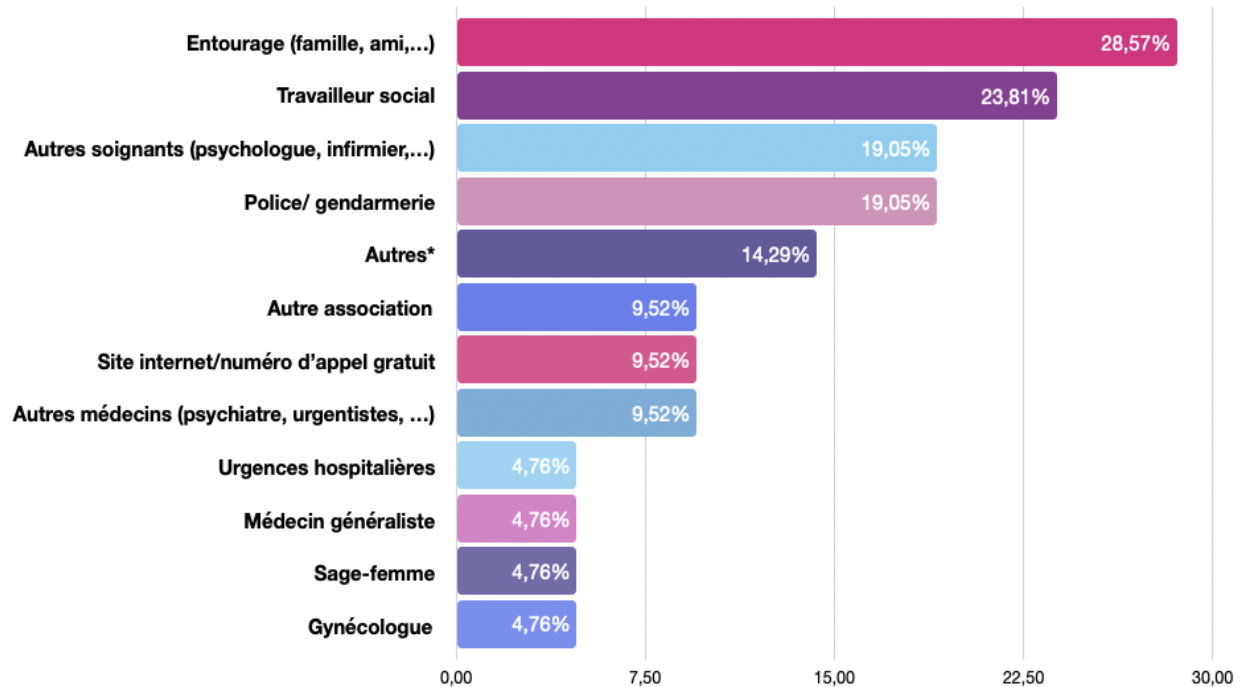
La grande majorité des violences subies par les femmes de notre échantillon était des violences d'ordre psychiques (95%), suivies par les violence physiques (87,5%).

56,25% ont déclarées être victimes de violences sexuelles et 42,86% de violences économiques.

Il est intéressant de noter que 76,19% des répondantes, subissent plus d'un type de VC. Les VC sont majoritairement cumulatives.

d. Orientation vers l'association

Figure 4 : Réponses à la question n°9 : « Qu'est-ce qui vous a mené jusqu'à cette association ? »



Les victimes ont été dirigées vers les associations en premier lieu par l'entourage (dans 28,57% des cas) puis par les travailleurs sociaux (23,81%).

19,05% ont été menées à l'association par des soignants paramédicaux (infirmier, psychologue...) ainsi que par la police et la gendarmerie (19,05% également).

On peut noter que seule une des 21 répondantes au questionnaire (4,76%), a été orientée vers une structure par son médecin généraliste.

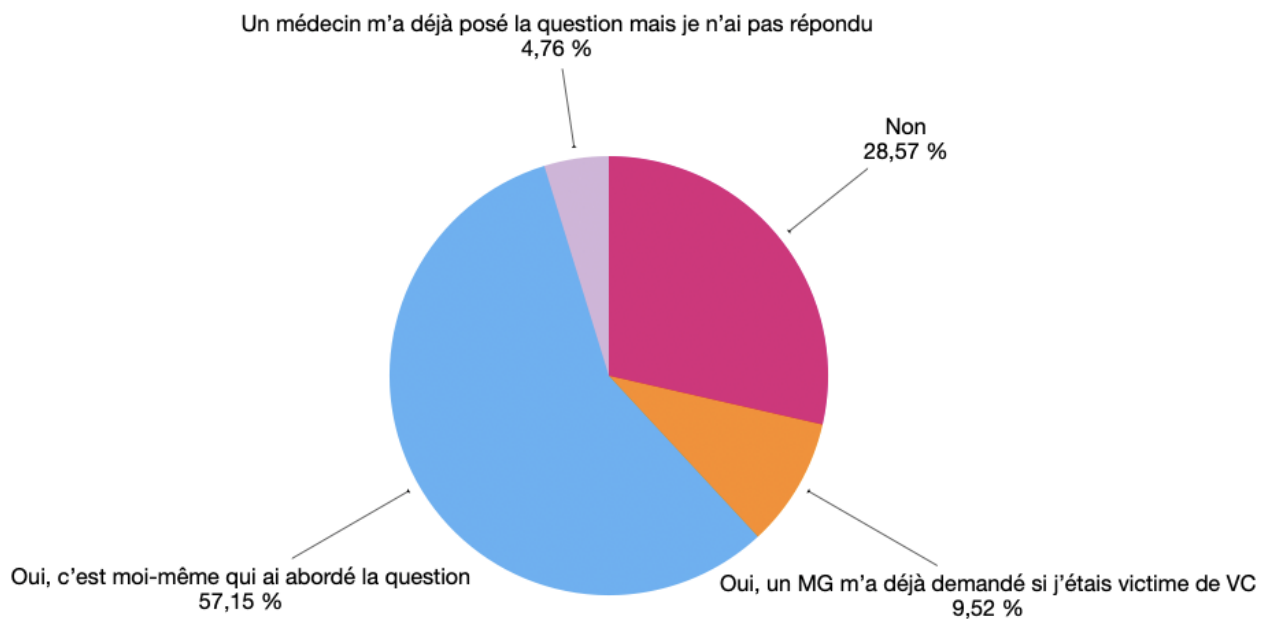
Dans la catégorie « Autres », 2 participantes ont déclaré y être allées d'elles-mêmes (dont une « en passant devant les locaux »). Une 3^{ème} a été orientée par un centre de rééducation fonctionnelle cardiaque.

2.2 Résultats liés à l'objectif principal

a. Résultats relatifs à l'abord des VC en consultation

La figure ci-dessous décrit les réponses à la question n°6 du questionnaire : « Avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous êtes victime avec un médecin généraliste ? »

Figure 5 : Répartition du mode d'abord des violences conjugales en médecine générale (n=21)



57,15% des victimes (soit 12 participantes sur 21) en ont parlé spontanément à leur médecin généraliste sans que celui-ci ne leur pose la question.

Un dépistage des VC a été réalisé par le médecin généraliste dans 14,28% (chez 3 des 21 participantes, dont 1 n'a pas souhaité répondre au médecin qui lui a posé la question).

Pour 6 victimes, soit 28,57% des répondantes, les VC n'ont jamais été abordées en consultation, ni par le médecin, ni par la patiente.

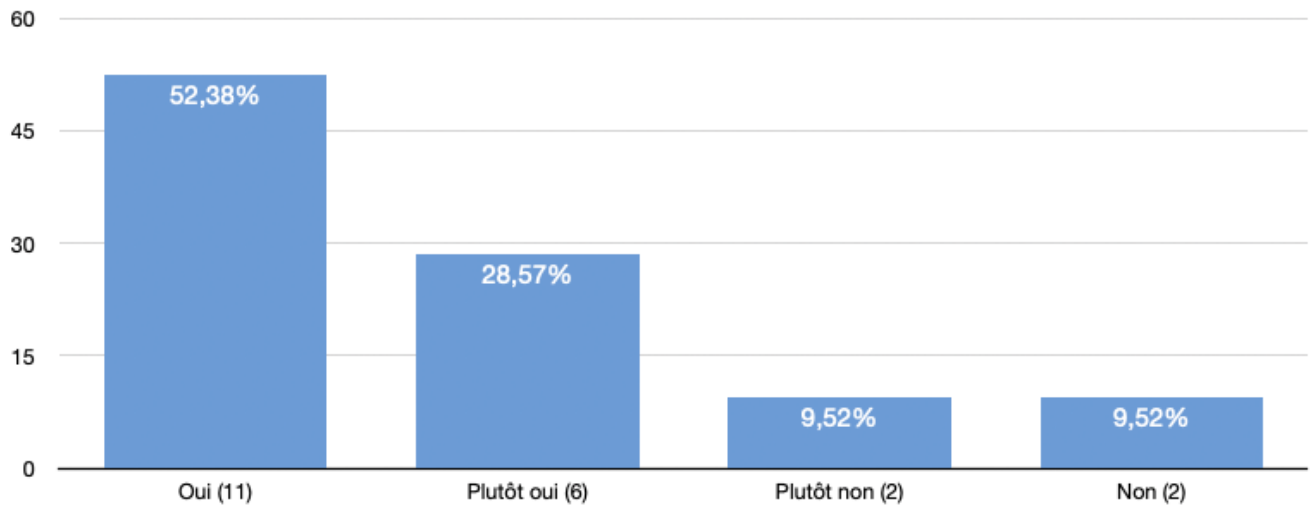
Des commentaires éventuels pouvaient être ajoutés par les répondantes à cette question (Annexe 6).

L'une d'entre elle spécifie en avoir parlé à son nouveau médecin traitant après sa séparation avec son conjoint. Une autre répondante déclare l'avoir dit une fois à son médecin traitant sans que ce dernier ne l'ai cru. Une des participantes en a parlé à un autre médecin que son médecin traitant pour un certificat de coups et blessures.

b. Résultats liés aux attentes des victimes de VC envers leur médecin généraliste

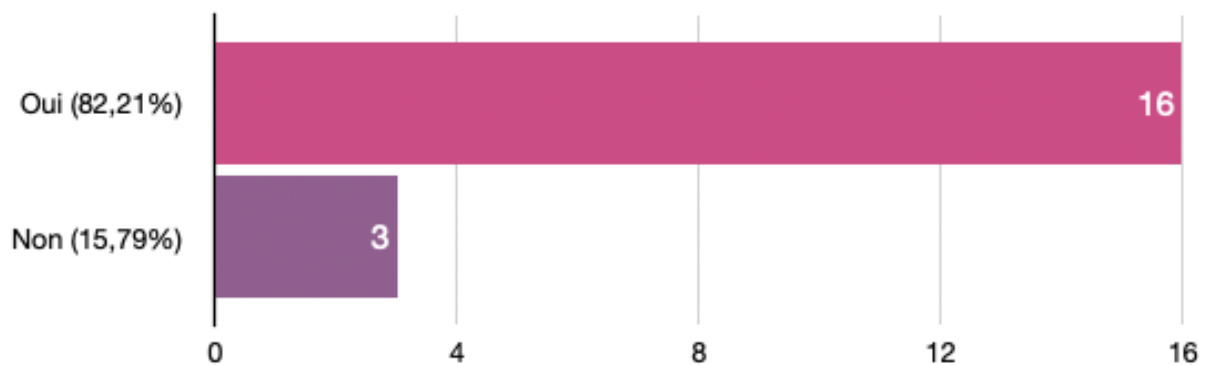
La figure 6 ci-dessous décrit les réponses à la question n°7 du questionnaire « Est-ce que vous auriez (avez) aimé que la question des violences conjugales soit abordée par le médecin généraliste ? »

Figure 6 : Souhait d'un dépistage des VC en médecine générale par les victimes (n=21)



Les réponses à la question n° 8 : « Pensez-vous que cela fait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder la question des violences conjugales ? » sont rapportées ci-dessous.

Figure 7 : Réponses à la question n°8 « Cela fait-il partie du rôle du MG d'aborder la question des VC » (n=19)



80,95% des victimes questionnées sont globalement en faveur d'un dépistage des VC par le médecin généraliste.

82,21% considèrent que cela fait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder les VC en consultation.

Les commentaires à la question n° 13 en expression libre : « Avez-vous d'autres choses à nous dire concernant vos attentes envers les médecins généralistes ? » ont été retranscrits et sont disponibles en annexe 7.

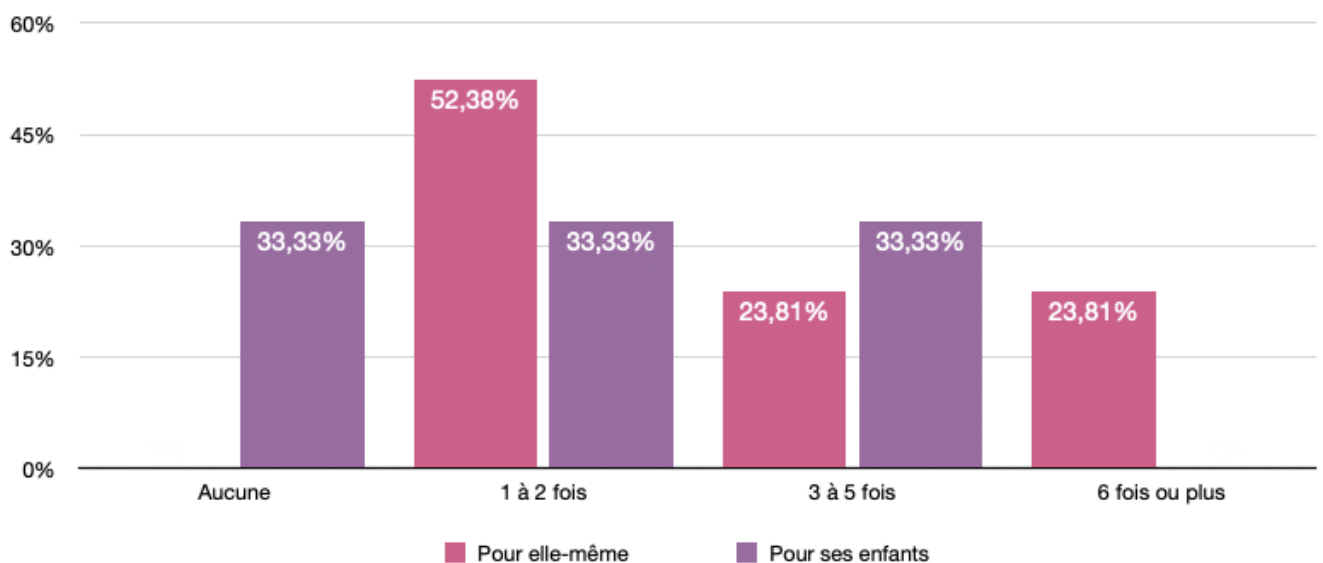
Plusieurs souhaits ont été répertoriés :

- Que les médecins soient plus à l'écoute et attentifs.
- Qu'ils soient plus humains et prennent plus de temps.
- Qu'ils posent systématiquement la question des VC devant des douleurs inexplicables.
- Qu'ils puissent les conseiller et les orienter dans les démarches et vers des structures compétentes.
- Qu'ils puissent être le premier interlocuteur.
- D'être prises au sérieux et crues par leur médecin lorsqu'elles osent en parler.

2.3. Résultats liés à l'objectif secondaire : les caractéristiques des consultations en médecine générale au cours des 12 derniers mois

a. Nombre de consultations au cours des 12 derniers mois

Figure 8 : Nombre de consultations chez le MG par participantes au cours des 12 derniers mois (n=21)

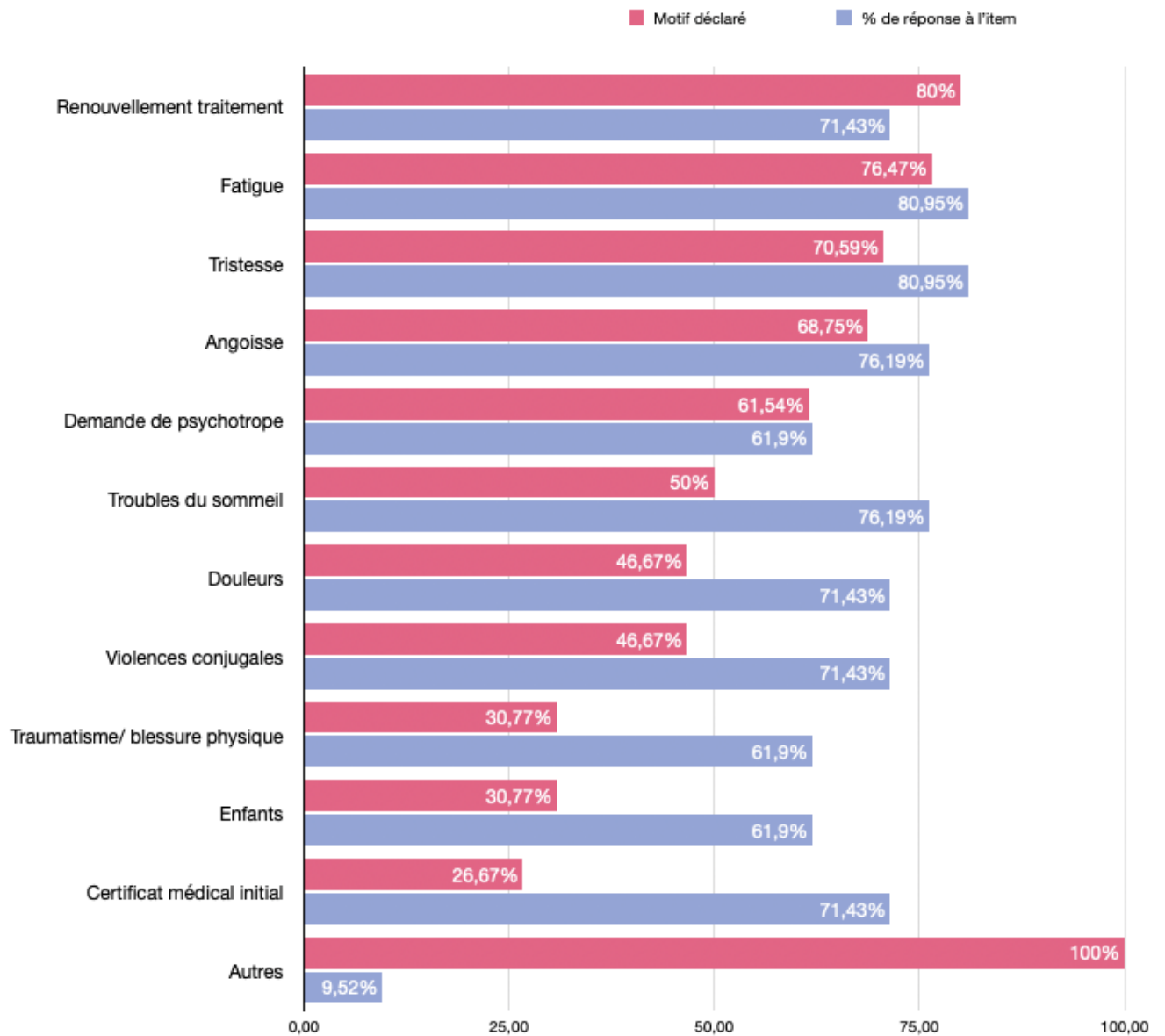


Les 21 victimes interrogées (100%) ont toutes consulté leur médecin généraliste au moins une fois pour elle-même au cours des 12 derniers mois.

66,66% ont également consulté au moins une fois pour leurs enfants.

b. Motifs des consultations en médecine générale au cours des douze derniers mois

Figure 9 : Motif de consultation des participantes en médecine générale au cours des 12 derniers mois



Le 1^{er} motif de consultation en MG par les participantes est le renouvellement de traitement pour 80% d'entre elles.

On retrouve ensuite la fatigue (76,47%), la tristesse (70,59%) et l'angoisse (68,75%).

La demande de psychotrope ainsi que les troubles du sommeil sont également des motifs fréquents (respectivement 61,54% et 50%).

Les violences conjugales n'arrivent qu'en 7^{ème} position des motifs les plus fréquents, à égalité avec les douleurs (46,67%).

30,77% des participantes ont consulté pour des traumatismes ou des blessures physiques et 26,67% pour un certificat médical initial.

Dans la catégorie « autres », une des victimes a écrit « dépression ». Une seconde a précisé qu'un psychologue avait réalisé le certificat médical initial.

2.4. Freins et facilitateurs à l'acceptation du dépistage en médecine générale par les victimes

a. Sexe du médecin

A la question n°12 « Est-ce que le fait que le médecin généraliste soit un homme ou une femme peut influencer votre facilité à lui parler des violences que vous subissez ? », 12 des participantes sur 21, (57,24%) ont répondu « Non ».

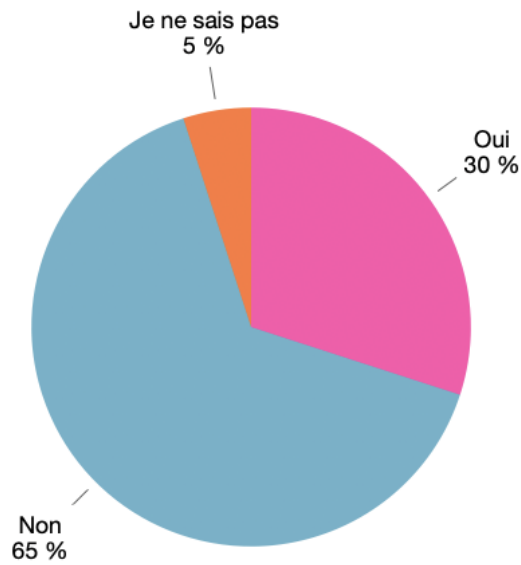
46,87% ont considéré que leur facilité à parler des VC était influencée par le sexe du médecin généraliste.

3 commentaires ont été laissés en expression libre par des femmes ayant répondu « oui » à la question:

- « Oui, surtout après coups, c'est-à-dire après avoir été blessée par mon conjoint »
- « Pour moi en tant que femme, je préfère une femme »
- « Un médecin généraliste (homme) ne m'a pas crue et m'a conseillé de me remettre en question. Cependant d'autres hommes psychologues m'ont aidé »

b. Médecin identique à celui du conjoint violent ou non

Figure 10 : Réponses à la question n°10 : Le(s) médecin(s) généraliste(s) que vous consultez est (sont)-il(s) le(s) même(s) que celui de votre (ex-)conjoint violent ? (n=20)



Parmi les 30% de victimes ayant le même médecin généraliste que leur conjoint violent, la moitié consulte seule, et l'autre moitié consulte parfois avec le conjoint.

VII. DISCUSSION

1. Synthèse des principaux résultats

L'étude AVIC-MG dans le Finistère a permis de mettre en évidence que 80,95% des participantes sont favorables à un dépistage par leur MG des violences subies. En effet 82,21% d'entre-elles considèrent que cela fait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder la question des violences conjugales en consultation.

Pourtant, bien que toutes les répondantes aient consulté au moins une fois leur MG pour elle-même au cours des 12 derniers mois, le dépistage des VC n'a été réalisé que dans 14,28% des cas par le MG. Pour 28,57% de ces victimes, la question des violences conjugales n'a jamais été abordée en consultation de médecine générale.

Ces résultats sont cohérents avec ceux des études AVIC-MG déjà publiées et réalisées dans d'autres régions (39–43). Il sera intéressant de vérifier la cohérence de ces résultats au niveau national pour que l'étude puisse gagner en puissance statistique.

Travail de thèse antérieur AVIC-MG	% des répondantes favorables au dépistage des VC par le MG	% des répondantes qui pensent que cela fait partie du rôle du MG d'aborder la question des VC
Peyrelongue Mathieu Aquitaine	86%	89%
Lelong Leslie Limousin	88%	97%
Assier Cecilia Loire Atlantique et Vendée	91,25%	91,14%
Juliette Jacquot Alsace	80%	76,6%
Juliette Riobé Région PACA	87,7%	93,39%

Tableau n°1 : Résultats à l'objectif principal des thèses AVIC-MG publiées. Source : Tableau extrait du travail de thèse du Dr Riobé et enrichi des derniers résultats publiés (42).

2. Faiblesses de l'étude

Faible puissance de l'étude

La principale limite de cette étude réside dans son faible pourcentage de participation. Seuls 21 questionnaires ont été remplis sur une période de recueil de 9 mois, malgré les relances par téléphone et par mail pour encourager et motiver les bénévoles et les professionnels.

Trois associations n'ont recueilli aucun questionnaire : Il s'agit des 3 plannings familiaux (Brest, Morlaix et Douarnenez). Malgré un accueil favorable à l'étude, les bénévoles ont rapporté qu'il était délicat de proposer le questionnaire, surtout lorsqu'il s'agissait d'un premier entretien. Or, les plannings familiaux n'étant pas des structures spécialisées dans l'accompagnement sur le long terme des victimes de VC, il arrivait régulièrement qu'elles ne revoient plus les victimes en second entretien après les avoir orientées vers une autre structure.

D'autres freins à la participation ont été communs entre toutes les associations, notamment les oublis fréquents de proposer le questionnaire, et ce malgré les affiches prévues pour rappeler l'existence de l'étude. La difficulté de le proposer à l'issue d'entretiens parfois longs et douloureux pour les victimes, a également été évoquée par la plupart des associations.

Enfin, la situation d'urgence sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 dans laquelle la France a été plongée entre mars et septembre 2020 a été un facteur particulièrement limitant. Ainsi, 20 questionnaires ont été remplis entre décembre 2019 et mars 2020 et 1 seul a pu être complété après la période de confinement.

Toutes les associations ont dû fermer lors du confinement et la plupart n'ont pu rouvrir que très tardivement et sous des modalités différentes. Les CIDFF de Brest et Quimper ont fait du télétravail, ce qui n'était pas compatible avec le remplissage anonyme et libre du questionnaire par les victimes. Les associations ont vu les groupes de paroles et les permanences annulées. Elles ont donc également dû favoriser une prise en charge par téléphone, en dehors des situations urgentes. Le planning familial de Douarnenez n'avait quant à lui plus accès à son local qui avait été réquisitionné pour en faire un centre COVID.

Biais de sélection

Les femmes mineures, celles ne sachant pas lire ou écrire le français et celles ne consultant pas dans des structures d'aide aux victimes de VC n'étaient pas représentées dans notre échantillon. Il en va de même pour les victimes en grande détresse psychologique et nécessitant une prise en charge urgente qui étaient exclues de l'étude. Notre échantillon n'est donc pas complètement représentatif de la population française des femmes victimes de VC.

Biais de mémorisation

Les items du questionnaire portaient sur les 12 derniers mois, il peut donc y avoir des réponses erronées du fait d'oublis ou d'une mauvaise mémorisation par les répondantes.

Biais méthodologique

Tous les questionnaires n'étaient pas complets, certaines participantes ne cochaient que les réponses affirmatives (questions n° 3 et n°5).

Les réponses n'ont en aucun cas été extrapolées et les statistiques ont été réalisées en ne prenant en compte que les réponses réellement cochées.

3. Forces de l'étude

La faiblesse de l'échantillon de l'étude dans le Finistère est contrecarrée par le fait qu'il s'agisse d'une étude multicentrique. La mise en commun des résultats de tous les autres départements participant à l'étude va permettre d'augmenter la puissance quantitative de l'étude à l'échelle nationale.

Notre échantillon de répondantes est varié. Toutes les tranches d'âge des victimes majeures ont été représentées. Des structures du Finistère nord et du Finistère sud ont participé à l'étude ce qui a permis de représenter les victimes de VC de tout le département.

L'auto-remplissage par les participantes, de manière anonyme, seules, dans un endroit protégé permet de limiter le biais de désirabilité sociale.

Comme mentionné précédemment, la VC est un enjeu de santé publique majeur. Il s'agit d'un sujet d'actualité et l'amélioration de leur prise en charge est primordiale.

Il existe plusieurs études qualitatives sur les attentes des femmes victimes de VC mais peu d'études quantitatives à ce sujet. Une étude nationale d'une telle envergure permettra donc d'apporter des données quantitatives concrètes et d'enrichir la littérature médicale sur le point de vue des victimes de VC, qui a été peu exploré jusqu'à maintenant.

Enfin, l'enrichissement du site decliviolence va permettre d'améliorer pour les professionnels la connaissance du réseau d'aide local et de faciliter l'orientation des victimes. Ce travail est d'autant plus pertinent que la méconnaissance des structures d'aides aux victimes était un des freins mentionnés par les MG au dépistage et à la prise en charge des VC.

4. Cohérence externe et interprétation des résultats

4.1 Caractéristiques des consultations des femmes victimes de VC chez leur MG au cours des douze derniers mois

Dans notre étude, toutes les femmes victimes de VC ont consulté leur MG au moins une fois pour elle-même dont 47,62% plus de 3 fois dans l'année, et 66,66% pour leur(s) enfant(s). Cela nous montre que les victimes de violences conjugales sont accessibles au dépistage en médecine générale et que le MG occupe une place centrale dans le repérage et la prise en charge de ces violences.

On peut observer que le motif principal de consultation des participantes de notre étude n'a pas de lien direct avec les VC. En effet dans 80% des cas, la consultation portait sur le renouvellement du traitement. Il s'agit d'un argument en faveur d'un repérage systématique des VC même sans signe d'alerte.

Les troubles d'ordre psychologiques (fatigue, tristesse, angoisse, demande de traitement psychotropes et troubles du sommeil) sont également des motifs de consultation fréquents dans notre étude. Ces symptômes, bien que peu spécifiques, doivent alerter le MG puisqu'ils correspondent à des conséquences des VC bien connues. Plusieurs travaux corroborent ces résultats. Ils ont mis en évidence une association significative entre le fait d'être victime de VC et le développement d'une dépression, d'un trouble anxieux ou d'un syndrome post-traumatique (16,17,19). Ces études démontrent également une consommation plus importante de psychotropes chez les femmes victimes de VC que dans la population générale (4 à 5 fois plus) (13).

On peut s'étonner dans ces résultats qu'aucune des participantes n'ait consulté pour un motif d'ordre gynécologique, alors qu'on retrouve habituellement une prévalence plus élevée des consultations en rapport avec la contraception, les infections sexuellement transmissibles, les douleurs pelviennes, ou les IVG chez les femmes victimes (16,17,19). On peut supposer que le MG n'est pas le premier recours dans ces situations, et que les victimes s'adressent plus facilement aux centres de planification familiale, à des sages-femmes ou à des gynécologues.

Pourtant les violences sexuelles ont une prévalence particulièrement élevée dans notre étude, puisque 56,25% des répondantes ont déclarées en avoir été victime. La dernière lettre de l'observatoire nationale des violences faites aux femmes estimait à 29% les violences sexuelles au sein du couple (2). On peut supposer que le fait de remplir le questionnaire de manière anonyme a pu libérer la parole sur une violence encore très taboue et probablement sous-estimée.

Près de la moitié des participantes a consulté son MG pour aborder directement le sujet des VC (46,67%), et 26,7% pour demander un certificat médical initial attestant des violences subies. Ce sont des chiffres relativement élevés quand on sait qu'en 2019, seules 25% des femmes victimes de VC en ont parlé avec leur MG (2). Les participantes de l'étude, ayant déjà entrepris des démarches auprès d'associations, ont probablement plus de recul sur leur situation et plus de facilités à en parler à leur MG. Les associations ont également pu encourager les victimes à en parler en consultation et à demander des certificats médicaux afin de pouvoir déposer plainte auprès des services de police.

4.2 Attentes des femmes victimes de VC envers le MG

Dans notre étude, les femmes victimes de VC auraient largement souhaité être questionnées par leur MG au sujet des VC et une majorité estime que cela fait partie de son rôle.

Plusieurs travaux quantitatifs sur le dépistage de la violence en médecine générale vont dans le même sens. Dans le domaine des violences interpersonnelles, le Dr BONNEAU met en évidence que 95,8 % des patientes interrogées ne voient pas d'inconvénient à ce que le MG aborde les antécédents de violences, et 79,9% considèrent même que c'est son rôle (44).

La même tendance est retrouvée en ce qui concerne le dépistage des violences sexuelles. L'étude du Dr PALISSE montre qu'une large majorité des femmes souhaitent être questionnées : 83,4 % pensent que cela fait partie du rôle du MG, 83% des femmes interrogées trouvent normal que le MG les questionne à ce sujet, 53% pensent même que le dépistage devrait être systématique et 8% trouvent cela trop intrusif (45).

Les études qualitatives sur le sujet rejoignent les commentaires laissés en expression libre à la question n°13. Les femmes victimes de VC attendent du médecin qu'il ose poser la question, au minimum s'il y

a des signes d'alerte. Cela leur permet de « s'autoriser à parler » lorsqu'elles n'y arrivent pas spontanément (36,37,46). Ces études nuancent cependant le côté « systématique » du dépistage. Si les victimes souhaitent très majoritairement que le médecin aborde le sujet, surtout s'il a des doutes, pour leur donner une possibilité de s'exprimer, cela doit se faire sous certaines conditions. Il faut pour cela que la patiente soit reçue sans son conjoint en consultation, ce qui représente la majorité des cas dans notre étude (30% des répondantes partagent le même MG que leur conjoint et parmi elles, seule la moitié consulte parfois avec leur conjoint).

D'autre part, l'instauration d'un climat de confiance, ainsi qu'une attitude empathique et sans jugement de la part du médecin sont des éléments nécessaires pour les victimes, et un préalable indispensable à la libération de leurs paroles. Bien qu'il permette de repérer et d'encourager les victimes à parler, le dépistage des VC n'est pas une finalité en soi. L'objectif pour le MG est de pouvoir et savoir, par la suite les accompagner, les orienter et leur donner les informations nécessaires. Cet accompagnement ne peut se construire que dans le respect et la confiance.

4.3 Repérage par le MG

Dans notre étude, 14,28% des victimes ont été dépistées par le MG, 57,15% ont abordé le sujet d'elle-même et les VC n'ont pas été abordées dans 28,57% des cas.

Comme nous l'avons vu précédemment, ce repérage est complexe puisque la violence ne laisse pas forcément de traces visibles. La plupart des victimes consultent sous des motifs aspécifiques et n'osent pas forcément parler à leur MG des violences qu'elles subissent. Ce phénomène est un argument qui plaide en faveur d'un repérage plus systématique. Plusieurs travaux démontrent son intérêt car il permet une révélation massive des victimes et des violences subies. Dans son étude, le Dr COYGARCHEN a demandé à des MG de dépister les VC en utilisant le questionnaire RICCPs créé pour les besoins de la thèse et se basant sur des questionnaires de dépistage déjà validés (Annexe 8). 44 cas ont été révélés en 1 semaine contre 3 découverts habituellement sur la même période (25). Bien qu'il ne soit pas encore prouvé à ce jour que ce repérage améliore la prise en charge des VC ou améliore la qualité de vie des victimes (27,47), il s'agit sans doute d'un point de départ intéressant pour révéler la fréquence et l'ampleur des VC, et pour trouver des solutions adaptées au besoin des victimes.

On remarque dans notre étude que 57,24% des répondantes déclarent ne pas être influencées par le genre du médecin pour parler des violences subies. Nous ne pouvons donc pas conclure que le sexe du MG est un frein ou un facilitateur pour la révélation des VC.

Si, au vu des chiffres de notre étude, le repérage par les MG est encore largement insuffisant, le Dr CORNILLEAU met en évidence, en comparant son travail à celui du Dr MORVANT 10 ans auparavant, une amélioration des pratiques des MG sur la prise en charge des VC. Ainsi en 2000, 7,7% des MG de l'étude abordaient la question de VC en consultation, versus 18,4% en 2011 (48).

Bien que ces résultats soient encourageants, la timide amélioration des pratiques s'explique en partie par la présence de freins inhérents au MG toujours bien présents. Plusieurs travaux mettent en évidence le manque de formation des médecins comme étant une des barrières principales au repérage des VC (31–33,35). Dr QUENOT dans son étude rapporte que 90% des MG estiment être mal formés sur le sujet et que seuls 22,5% d'entre eux connaissent le réseau d'aide local (34).

Depuis plusieurs années, les formations qui s'adressent aux professionnels de la santé se développent, notamment sous forme de FMC (formation médicale continue) et constituent un atout majeur pour améliorer la prise en charge des VC par les MG (29,49). Dans son étude le Dr POYET-POULLET met en évidence qu'après une formation sur les VC, 93% des MG ayant suivi la formation se disent prêts à intégrer le repérage des VC et orientent deux fois plus les victimes vers des associations spécialisées (50).

La MIPROF a dans ce sens mis en place sur le site arretonslesviolences.gouv.fr des kits de formations sur les VC à destination des professionnels, avec notamment des courts métrages, comme « Anna » sur les VC, et des fiches de formations disponibles à la demande (3).

Dans le Finistère, les médecins peuvent se former à l'université de médecine de Brest ; une formation est proposée sur 2 jours afin de parfaire leurs connaissances sur le sujet des VC (51). Une autre formation, sous forme d'Escape Game a également été développée au CESIM de Brest, par une médecin légiste et une ingénieure pédagogique du centre de simulation en santé de la faculté de médecine de Brest, à destination des étudiants en santé et autres professionnels (52).

Quand il ressort de notre étude, que seules 4,76% des victimes ont été orientées par leur MG vers une association spécialisée, l'amélioration de la connaissance du réseau local de soutien aux victimes apparaît primordiale et urgente. Cela permettra également aux MG, d'une part de se sentir moins isolés, démunis, et impuissants dans cette prise en charge souvent longue et complexe, et d'autre part de pouvoir donner les informations actualisées, adéquates et pertinentes aux victimes.

Notre site [Declicviolence](http://Declicviolence.fr) a pour but d'améliorer la connaissance du réseau de structures départementales d'accompagnement aux victimes et de fournir au MG des éléments de connaissance lui permettant, non seulement, de gagner du temps dans ses recherches, mais d'être aussi plus pertinent et plus réactif dans l'accompagnement des victimes de VC (6).

Il permet également de mieux comprendre les VC et les mécanismes de défense psychologiques mis en place par la victime face aux traumatismes qu'elle subit. La méconnaissance, l'incompréhension et la sous-évaluation de ces mécanismes de défense peuvent constituer un frein au dépistage de ces violences. Les MG rapportent dans certaines études, être déstabilisés et démunis face au positionnement de leurs patientes, et face à leur ambivalence. Le fait qu'elles restent et/ou retournent avec le conjoint violent, amène fréquemment un sentiment d'incompréhension, de frustration, d'impuissance et d'échec pour les MG (31–33).

Pourtant ces réactions s'expliquent clairement par les mécanismes de mémoire traumatique et de dissociation traumatique mis en place inconsciemment par la victime afin de survivre aux agressions répétées qu'elle subit.

Comme l'explique la psychiatre renommée Dr Muriel SALMONA, « les troubles psycho-traumatiques mettent les victimes hors d'état de réagir et les pièges durablement : telles la mémoire traumatique qui leur fait revivre à l'identique les violences, et la dissociation traumatique qui les anesthésie émotionnellement » (24).

Reconnaître et comprendre ces mécanismes va permettre d'aider les victimes à donner du sens à leurs propres réactions, afin de les déculpabiliser, et de leur donner les moyens de s'extirper du cycle de la violence.

5. Ouvertures et perspectives

La lutte contre les VC est un combat particulièrement d'actualité, comme en atteste l'ensemble des discours et des mesures gouvernementales qui émergent afin de sensibiliser la population sur le sujet. Ces mises en lumière, et cette médiatisation permettent une libération de la parole des femmes, et de plus en plus de mesures concrètes sont prises par le gouvernement pour alerter et mieux former les professionnels au contact des victimes.

On ne peut qu'espérer que les médecins se saisissent des outils et des formations construites à leur intention pour participer à l'effort collectif et intégrer le repérage des victimes de VC dans leur pratique quotidienne.

En septembre 2019, le Grenelle contre les VC met en place une série de mesures pour lutter à différents niveaux contre les VC, et deux de ces préconisations sont particulièrement adressées aux professionnels de santé.

Explicité dans sa mesure n° 7, Le Grenelle propose la création et la mise à disposition d'un outil d'évaluation de la gravité et de la dangerosité des situations de VC, à l'intention des professionnels de Santé, leur permettant de mieux repérer les signes d'alerte et de mieux orienter les victimes vers une prise en charge adaptée à leurs besoins et à la dangerosité de la situation. Il indique également la nécessité de construire une cartographie des structures et des professionnels engagés dans la prévention dans l'objectif de concourir à une prise en charge globale et rapide des victimes de violences conjugales.(21)

Ces outils aujourd'hui disponibles « en un clic », vont faciliter le travail de dépistage qui est attendu, tant par les pouvoirs publics que par les femmes elles-mêmes. Il faut que les MG intègrent cette nouvelle façon de « prendre soin » et d'accompagner ces femmes victimes.

L'autre mesure prise dans le cadre du Grenelle contre les VC, est d'autoriser les médecins à lever le secret médical en cas de danger immédiat pour les patientes victimes de VC en arguant que : « *Le secret professionnel constitue l'un des fondamentaux de l'exercice médical et garantit la nécessaire relation de confiance entre un professionnel et un patient. Toutefois, dans des situations bien définies, la déontologie médicale exige de déroger au secret professionnel. Le code pénal prévoit ainsi ces dérogations pour les mineurs ou les majeurs considérés vulnérables victimes de violences. Néanmoins, seulement 5% des alertes de mise en danger d'une personne pour violences conjugales sont données par des professionnels de santé. Face à ce constat, à la fois pour sauver des vies, protéger les victimes tout en sécurisant les professionnels, il sera possible -mais non obligatoire- pour ces derniers de déroger au secret médical en signalant l'existence d'un danger immédiat pour la victime, notamment en cas de risque de renouvellement des violences, lorsque son accord ne peut être obtenu. Cette évolution est travaillée en concertation avec le Conseil national de l'Ordre des médecins.* » (21)

Cette mesure suscite des réactions divisées au sein du corps médical. Si certains estiment qu'il s'agit d'un outil précieux pour pouvoir agir en cas de situation grave, d'autres émettent certaines réserves en s'appuyant sur le fait que la relation médecin-patient, basée sur la confiance et la confidentialité, pourrait être mise à mal. Alors que le but principal de cette dérogation est bien-entendu de protéger les victimes, sa mise en application pourrait s'avérer délétère. Par crainte qu'il puisse faire un signalement, les victimes risquent de ne plus oser s'adresser à leur MG. Le risque sous-jacent, ici, serait d'isoler encore plus ces femmes.

Il serait intéressant dans des études futures, d'interroger les victimes sur leurs ressentis et leurs craintes vis-à-vis de cette nouvelle mesure. Ont-elles connaissance de la mise en place de cette dérogation ? Qu'en pensent-elles ? Cela modifiera-t-il la relation avec leur MG ? Auront-elles plus de réticences à se livrer au sujet des violences subies par peur d'un signalement ?

VIII. CONCLUSION

Dans nos salles d'attente, 3 à 4 patientes sur 10 sont victimes de VC.

Au vu des répercussions majeures de ce phénomène, au niveau sociétal et médical, le médecin généraliste, en tant que premier interlocuteur des victimes, a un rôle primordial dans le repérage et la prise en charge de ces violences.

Notre étude révèle que les femmes victimes de VC consultent en médecine générale pour des motifs liés ou non aux VC, et sont globalement peu repérées par le MG. En dehors des traces physiques, certains troubles d'ordre psychologiques et psychosomatiques, fréquemment repérés chez ces dernières, doivent pousser le MG à poser la question des violences conjugales. Et, parce que les VC peuvent survenir quel que soit l'âge, l'origine, ou le statut socio-économique, le dépistage systématique des violences recommandé par la HAS depuis 2019, apparaît essentiel pour repérer les victimes, et incombe au MG, qui est souvent le premier interlocuteur de la femme victime de VC.

Nos résultats dans le Finistère montrent que les femmes victimes consultant dans des structures spécialisées, sont largement favorables à ce que leur MG les questionne au sujet des violences subies. Elles considèrent que cela fait partie de son rôle. En plus d'une écoute empathique et sans jugement, elles attendent du médecin de pouvoir être guidées et accompagnées dans ce parcours afin de s'extraire du cycle de violence subi.

Les résultats de l'étude AVIC-MG réalisées dans d'autres départements français semblent aller dans le même sens que ceux mis en évidence dans le Finistère. Une synthèse de toutes les études AVIC-MG pourra permettre un état des lieux plus global sur les attentes des femmes victimes de VC envers leur MG en France, et permettra ainsi d'enrichir les données de la littérature sur ce sujet.

Pour que le repérage et la prise en charge des victimes soit optimal, il apparaît nécessaire que les médecins développent leurs compétences et leur habileté sur le sujet des VC, afin qu'ils se sentent légitimes à questionner et à accompagner les femmes victimes de VC qui viennent les consulter.

Il est également primordial que les MG puissent travailler en lien avec d'autres professionnels compétents en s'appuyant sur les outils mis à leur disposition. Le recensement des structures d'aides et de soutien aux victimes de VC dans le Finistère, qui sera disponible prochainement sur le site [declicviolence](#), constituera une aide pour les MG afin de mieux connaître le réseau associatif et structurel départemental.

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Violence entre partenaires [Internet]. Organisation mondiale de la santé. 2002. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/
2. Observatoire National des Violences faites aux Femmes. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2019. La Lett l'observatoire Natl des violences faites aux femmes. 14:6–7.
3. Arretonslesviolences.gouv.fr [Internet]. Available from: <https://arretonslesviolences.gouv.fr>
4. Auclert CH. Rapport cyber-violences conjugales [Internet]. 2018. Available from: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/outil/synthese-cyber-violences-conjugales-2018>
5. Walker L. Battered women syndrome and self-defense. Notre Dame JL Ethics Pub Pol'y. 1992;6(2):321–34.
6. Malhanche P. Declicviolence.fr [Internet]. Available from: <https://declicviolence.fr>
7. Délégation aux victimes des directions générales de la police nationale et de la gendarmerie. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2019 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-20192>
8. Organisation mondiale de la Santé. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. Département Santé Rech génésiques. 2013;2008:1–2.
9. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Report on the First Results. World Heal Organ. 2005;55–89.
10. Enveff MJ et l'équipe. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Popul Sociétés [Internet]. 2001;Numéro 364. Available from: <http://www.ined.fr>
11. Service statistique ministériel de la sécurité. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » 2019 - Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité. 2019;137–48. Available from: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
12. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. Sante Publique (Paris). 2010;22(4):405.
13. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. 2001 [cited 2021 Jan 4]. Available from: <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
14. Gottlieb AS. Intimate partner violence: A clinical review of screening and intervention. Women's Heal. 2008;4(5):529–39.
15. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Ann Intern Med. 1995 Nov;123(10):737–46.

16. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 4]. Available from: <https://tel.archives-ouvertes.fr/MEM-CLERM-ESF/dumas-01812561v1>
17. Jacques L, Cécile M, Pierre C. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. Bull Acad Natl Med [Internet]. 2002;186(6):949–61. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407919342591>
18. Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. Arch Fam Med [Internet]. 2000 Jan [cited 2020 Nov 30];9(5):451. Available from: <http://triggered.clockss.org/ServeContent?url=http%3A%2F%2Farchfam.ama-assn.org%2Fcgi%2Fcontent%2Fabstract%2F9%2F5%2F451>
19. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet [Internet]. 2002;359(9314):1331–6. Available from: <https://www.sciencedirect-com.scd-proxy.univ-brest.fr/science/article/pii/S0140673602083368?via%3Dihub>
20. Rapport d'activité de le MiPROF [Internet]. 2017. Available from: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/le-ministere/acteurs-et-partenaires/miprof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences/>
21. Gouvernement.fr. Clôture du Grenelle Contre les Violences Conjugales [Internet]. 2019. Available from: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/11/dossier_de_presse_-_cloture_du_grenelle_contre_les_violences_conjugales_-_25.11.2019.pdf
22. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2019; Available from: www.has-sante.fr
23. Kelsey Hegarty, Jane Gunn, Patty Chondros AT. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional study. Br J Gen Pract [Internet]. 2008 Jul [cited 2020 Nov 30];58(552):484–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2441509/>
24. Ronai E, Durand E. Violence conjugale le droit d'être protégée. DUNOD. 2017.
25. Coy-Garchen C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCP [Internet]. 2005. Available from: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/gachen_coy_These-violence-conj.pdf
26. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie [Internet]. 2016. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340692/document>
27. Doherty O', Hegarty K, Ramsay J, Li D, Feder G, Ta A. Cochrane Library Cochrane Database of Systematic Reviews Screening women for intimate partner violence in healthcare settings (Review). 2015; Available from: www.cochranelibrary.com
28. Chauvin P. Violences conjugales: repérer et aider les victimes. 2014;(September 2005). Available from: https://www.researchgate.net/publication/28378017_Violences_conjugales_reperer_et_aider_les_victimes
29. Frey C. Améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales

- en médecine générale : Quel serait le contenu de la formation « idéale » ? Etude qualitative reposant sur des focus groups de médecins généralistes installés ,. Université de Strasbourg; 2019.
30. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Méthode Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2019. Available from: www.has-sante.fr
 31. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires?: quelles réponses peut-on apporter? [Internet]. 2018. Available from: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931810/document>
 32. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: Etude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Internet]. 2012. Available from: http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>
 33. Barroso M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. [Internet]. 2013 [cited 2021 Jan 4]. Available from: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4590_BARROSO-DEBEL_these.pdf
 34. Quenot M. Repérage, en Médecine Générale, des violences conjugales faites aux femmes A propos d'une enquête en Haute Garonne. 2016.
 35. François I, Moutel G, Plu I, Fauriel I, Hervé C. Domestic violence: What are the difficulties for practitioners? Analysis of interviews among 19 practitioners within a town-hospital care network aimed at a global approach of patients. Vol. 33, Presse Medicale. Elsevier Masson SAS; 2004. p. 1561–5.
 36. 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 1 [Internet]. 2018. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01774422>
 37. Dupré O. Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste: Quelles sont leurs attentes? Revue de la littérature. Université médecine Lyon 1;
 38. Pessiot V. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste : démarches éthiques et administratives préalables à la réalisation d'une étude multicentrique transversale et étude de faisabilité au sein d'une structure d'accueil de fem. 2019.
 39. Assier C. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste: étude AVIC-MG en Loire-Atlantique et Vendée. 2020.
 40. Lelong L. Repérage et orientation des femmes victimes de violences conjugales en Limousin en 2019 : les réseaux disponibles et attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste. 2020.
 41. Peyrelongue M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG en Aquitaine. 2020.
 42. Riobé J. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste : Étude AVIC-MG dans les départements des Bouches du Rhône, du Var, du Vaucluse, des Alpes-

de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes. 2020.

43. Jacquot J. AVIC-MG : Attentes des femmes Victimes de violences Conjugales envers leur Médecin Généraliste : Etude quantitative en Alsace. Vol. 21, Malaysian Palm Oil Council (MPOC). 2020.
44. Bonneau R. Acceptabilité d'un dépistage systématique des violences interpersonnelles en médecine générale [Internet]. 2019. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02350368>
45. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes: le point de vue des patientes [Internet]. 2013. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01131510>
46. Vignocan L, Monti M. "Que puis-je faire pour vous?" La consultation de médecine générale: Attente des femmes ayant vécu des violences sexuelles. 2016.
47. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Primary care Should health professionals screen women for domestic. Bmj [Internet]. 2002;325:325–314. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC117773/>
48. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans . [Internet]. 2012. Available from: https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/cornilleau_these.pdf
49. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effets de la formation sur la violence conjugale: Révision systématique d'études randomisées contrôlées. Can Fam Physician [Internet]. 2014;60(7):340–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4096278/>
50. Poyet-Poullet.A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Evaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire. Thèse de médecine générale. 2006;(4).
51. Occidentale U de B. Formation courte VIOLENCES FAITES AUX FEMMES Quel accompagnement au sein du couple? [Internet]. 2021. Available from: https://www.univ-brest.fr/digitalAssets/90/90395_3-Fiche-violences-aux-femmes-bulletin.pdf
52. Pauline Brisset. « 146 », un escape game sur les violences conjugales au Centre de simulation en santé de Brest [Internet]. Available from: <https://www.letelegramme.fr/finistere/brest/146-un-escape-game-sur-les-violences-conjugales-au-centre-de-simulation-en-sante-de-brest-25-09-2020-12625168.php>

X. ANNEXES

Annexe 1 : Facteurs précipitants les VC (Source : HAS) (22)

Facteurs associés à la probabilité qu'une femme soit victime de violence	Facteurs associés à la probabilité qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
<ul style="list-style-type: none"> • Le jeune âge • Un faible niveau d'instruction • Une exposition à la violence conjugale dans l'enfance • Maltraitance pendant l'enfance • L'acceptation de la violence • La grossesse, la naissance d'un enfant ; la période périnatale • Les handicaps, les maladies de longue durée • Les problèmes de santé mentale • La dépendance financière • Une conduite addictive (alcool, drogues) 	<ul style="list-style-type: none"> • Le jeune âge • Un faible niveau d'instruction • Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance • L'abus de drogues et d'alcool • Des troubles de la personnalité • La banalisation de la violence (par exemple, considérer qu'il est acceptable qu'un homme frappe sa partenaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfaction dans le couple • Contexte de séparation conflictuelle • Domination masculine dans la famille • Stress économique, précarité • Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, et/ou sociale et/ou économique • Écart entre les niveaux d'instruction, situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin • Différence d'âge importante dans le couple • Un déracinement géographique entraînant un isolement sociétal

Annexe 2 : Auto-questionnaire AVIC-MG

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

Annexe 3 : Affiche AVIC-MG mise en salle d'attente

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,



Lorjane Durand, interne en médecine générale, en thèse de médecine générale sur l'étude AVIC-MG

Dr Mathilde Vicard-Olagne, 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. 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 [REDACTED]

Annexe 6 : Commentaires libres à la question n°6 « Avez-vous déjà parlé des VC dont vous êtes victimes avec un médecin généraliste ? »

« Je pense que c'est moi qui ai dit à mon médecin que je n'en pouvais plus »

« Oui, seulement depuis que j'ai quitté mon conjoint, à mon nouveau médecin »

« Une fois, pour un certificat médical attestant des coups, mais ce n'était pas mon médecin généraliste »

« Je lui en ai parlé une fois, il ne m'a pas crue, m'a prescrit de l'euphytose »

« Après ma séparation, on m'a envoyé voir un psychologue »

Annexe 7 : Commentaires libres à la question n°13 : « Avez-vous d'autres choses à nous dire concernant vos attentes envers les médecins généralistes ? »

« Le médecin généraliste peut-être le premier interlocuteur dans les violences conjugales »

« Je n'ai jamais pensé à en parler à mon médecin généraliste »

« Que les généralistes soient plus à l'écoute des problèmes des femmes »

« Mon généraliste me suit depuis que je suis toute petite et surtout pour deux maladies. C'est moi qui ai envoyé mon ex-conjoint le consulter et il lui a toujours paru charmant. Quand j'ai essayé d'évoquer mes problèmes mon généraliste n'a pas voulu croire ou entendre ce que je disais, puisque mon ex-conjoint paraissait être quelqu'un de très bien. Je suis obligée de conserver ce médecin généraliste pour mes problèmes de santé pour un bon suivi. Mon conjoint est libre de rester aussi. C'est un problème mais malheureusement je ne peux rien faire pour qu'il aille voir quelqu'un d'autre. Mon ex-conjoint fait exprès de garder ce médecin généraliste pour pouvoir tomber sur moi en salle d'attente à l'occasion. »

« Mon médecin sait très bien ce que je subis car je suis déprimée depuis de longues années »

« Ils peuvent intervenir en tant que médiateur et nous conseiller dans les démarches à suivre pour se sentir mieux et pour pouvoir avancer. »

« Que devant des douleurs qu'ils ne comprennent pas, pour lesquelles ils ne trouvent pas d'explications, ils posent systématiquement la question : avez-vous subi des violences physiques ou sexuelles ? »

« J'ai la chance d'être suivie par le médecin (une femme) depuis une quinzaine d'année. Le fait qu'elle me connaisse bien m'a aidé à lui parler l'été dernier après ce 29 mai où la violence conjugale avait atteint son paroxysme (12 points de sutures sur le visage). »

« Mon médecin traitant de famille ne m'a jamais parlé de violences conjugales vu que mon mari et moi avons le même médecin. Mon ex-mari était un manipulateur, pervers narcissique aimé et respecté de tous. (...) Je viens de le quitter, c'est moi qui suis allée voir un psychologue en ville (adresse donnée par la psy de l'hôpital). Depuis un an j'ai un nouveau médecin femme très attentive, je lui ai parlé de ma situation et elle me félicite pour ma décision (elle en parle très facilement et me met à l'aise). Mon ancien médecin traitant n'a jamais vu mon mal-être, dommage. »

« Depuis mon cas, mon médecin généraliste a changé, est plus ouvert à ce problème. Il a vécu mon cas comme un échec. Pour sa défense je cachais tout et il était loin de se douter de la réalité. »

« Que certains soient plus humains avec leurs patients. On ne passe pas à la chaîne et en vitesse dans un cabinet médical pour en sortir parfois déçu(e) et changer parfois de médecin. »

« Ils sont bien et excellents. Merci. »

« Une femme généraliste m'a soutenue, elle m'a mise en arrêt de travail pour que je m'occupe de ma fille qui subissait les pressions de mon ex. Elle a contacté le pédopsychiatre afin qu'il fasse un signalement avant qu'elle ne le fasse elle-même. Je pouvais compter sur elle et venir la voir à n'importe quel moment. Formidable c'est ce dont j'avais besoin. »

Annexe 8 : Questionnaire RICCPs du travail de thèse du Dr COY-GARCHEN

1. Est-ce-qu'il lui arrive de vous rabaisser ou de vous insulter? Oui/Non
2. Est-ce-qu'il essaie de contrôler ce que vous faites? Oui/Non
3. Vous arrive-t-il d'avoir Peur de ce que votre partenaire dit ou fait? Oui/Non
4. Vous a-t-il menacée Physiquement ou frappée? Oui/Non
5. Vous a-il obligée à avoir une relation Sexuelle, alors que vous ne le souhaitiez pas? Oui/Non

XI. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 les consciences.

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

DURAND (Loriane) - Attente des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG dans le département du Finistère

Th. : Méd. : Brest 2021

RESUME :

Introduction : La lutte contre les violences conjugales (VC) est un enjeu majeur de Santé Publique. En France, 10% des femmes sont victimes de violences conjugales. Le médecin généraliste (MG) a un rôle primordial dans le repérage et l'accompagnement de ces victimes. Préconisé depuis 2019 par la HAS, le dépistage des violences conjugales en consultation semble encore peu pratiqué par les médecins généralistes. L'objectif principal de l'étude nationale AVIC-MG est d'observer si les femmes victimes de VC consultant dans des structures spécialisées souhaiteraient être questionnées par leur MG au sujet des violences subies. L'objectif secondaire est d'observer les caractéristiques de leur(s) consultation(s) en médecine générale au cours des 12 derniers mois.

Méthode : Étude descriptive transversale réalisée entre décembre 2019 et septembre 2020 dans le département du Finistère par le biais d'un auto-questionnaire papier composé de 13 questions. La population cible comprenait les femmes majeures victimes de VC, lisant et écrivant le français, consultant dans les associations spécialisées.

Résultats : 21 questionnaires ont pu être analysés, issus de 7 structures associatives. 80,95% des participantes auraient souhaité que la question des VC soit abordée par le MG et 82,21% considèrent que cela fait partie de son rôle. Toutes les participantes ont consulté au moins une fois leur MG au cours des 12 derniers mois, majoritairement pour un renouvellement de traitement (80%), pour de la fatigue (76,47%), de la tristesse (70,59%) ou de l'angoisse (68,75%). Le dépistage des VC a été réalisé par le MG dans 14,28% des cas. 57,15% des répondantes ont abordé d'elles-mêmes la question des VC et pour 28,57% d'entre-elles le sujet n'a jamais été abordé en consultation.

Conclusion : Les femmes victimes consultent leur MG et sont accessibles au repérage des VC en consultation. Les victimes de notre population sont largement favorables à un dépistage par le MG des VC subies et pensent qu'il a toute sa place dans la prise en charge.

MOTS CLES : violences conjugales, violences faites aux femmes, dépistage, soins primaires, médecin généraliste

JURY :

Président : Mr le Professeur LE FLOCH Bernard

Membres : Mr le Professeur LE FLOCH Bernard

Mr le Professeur CHIRON Benoît

Mme la Docteure CUEFF Pauline

Mme la Docteure HASCOËT Marie

DATE DE SOUTENANCE : 29 avril 2021