Étude de faisabilité de l'étude ViA-MG : Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-De-Dôme et attentes vis-à-vis de la médecine générale

Julia Bretonnet

▶ **To cite this version:**

Julia Bretonnet. Étude de faisabilité de l'étude ViA-MG : Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-De-Dôme et attentes vis-à-vis de la médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03218511

HAL Id: dumas-03218511

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03218511

Submitted on 5 May 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.

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Mme BRETONNET Julia

Présentée et soutenue publiquement le mardi 29 septembre 2020

Etude de faisabilité de l'étude ViA-MG :

Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-De-Dôme et attentes vis-à-vis de la médecine générale

Directrice de thèse : Madame VICARD-OLAGNE Mathilde, Docteur, Assistante Universitaire, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame LAPORTE Catherine, Maitre de conférences, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame MANEVILLE Marianne, Psychologue clinicienne, service de victimologie, CHU de Clermont-Ferrand

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Mme BRETONNET Julia

Présentée et soutenue publiquement le mardi 29 septembre 2020

Etude de faisabilité de l'étude ViA-MG :

Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-De-Dôme et attentes vis-à-vis de la médecine générale

Directrice de thèse : Madame VICARD-OLAGNE Mathilde, Docteur, Assistante Universitaire, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame LAPORTE Catherine, Maitre de conférences, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame MANEVILLE Marianne, Psychologue clinicienne, service de victimologie, CHU de Clermont-Ferrand

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE	: **JOYON** Louis : **DOLY** Michel : **TURPIN** Dominique : **VEYRE** Annie : **DULBECCO** Philippe : **ESCHALIER** Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: **CABANES** Pierre : **FONTAINE** Jacques : **BOUTIN** Christian : **MONTEIL** Jean-Marc : **ODOUARD** Albert : **LAVIGNOTTE** Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER	: **BERNARD** Mathias
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT	: **DEQUIEDT** Vianney
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	: **WILLIAMS** Benjamin
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE	: **HENRARD** Pierre
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE	: **PEYRARD** Françoise
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: **PAQUIS** François

✧✧✧✧✧

UFR DE MEDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: **DETEIX** Patrice : **CHAZAL** Jean
DOYEN	: **CLAVELOU** Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M.	LABBE André	Pédiatrie
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.

M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE 1ère CLASSE

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE

2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M.	CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M.	AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme	TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M.	DURANDO Xavier	Cancérologie
M.	DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme	FANTINI Maria Livia	Neurologie
M.	SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M.	BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUIEZE Romain	Hématologie
M.	POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M.	SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme	MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M.	VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme	BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M.	CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	TANGUY Gilles	Médecine Générale
M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le **Professeur George BROUSSE**, je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury et des connaissances que vous m'avez transmises dans le domaine de l'addictologie. Soyez assuré, monsieur le Président, de ma gratitude et de mon respect.

A Monsieur le **Professeur Nicolas AUTHIER**, je suis très heureuse que vous ayez accepté de faire partie de ce jury et de m'apporter votre expertise.

A Madame le **Docteur Catherine LAPORTE**, je suis flattée que vous jugiez mon travail. Merci pour votre engagement dans la formation et la recherche en médecine générale.

A Madame **Marianne MANNEVILLE**, je suis ravie de bénéficier de votre point de vue sur ce sujet. Merci pour votre implication et votre aide dans ce projet.

A ma directrice de thèse, Madame le **Docteur Mathilde VICARD-OLAGNE**, je suis très reconnaissante de ton aide et de ton soutien sans lesquels ce projet n'aurait jamais vu le jour. Merci pour ta disponibilité et ta gentillesse qui ont permis que la réalisation de cette thèse soit un plaisir.

A Mme **Ingrid DE CHAZERON**, merci de votre implication dans ce projet et de vos remarques toujours pertinentes.

A Mme **Céline LAMBERT**, merci pour votre temps et votre expertise statistique.

A **Lydie**, c'est un plaisir de savoir que mon travail ouvre la porte sur un projet encore plus grand. Merci pour ton aide et je suis impatiente de voir les résultats lors de ta thèse !

A mon mari, **Charles**, merci d'avoir été et d'être l'épaule sur laquelle je peux me reposer, mon confident. Quel chemin parcouru depuis la P2 ! Ces dernières années auront été chargées d'évènements inoubliables : un achat immobilier, notre mariage, nos thèses, et maintenant une future vie à 3…

A mes parents, **Gilles et Marie-Pierre**, merci pour votre soutien indéfectible depuis le début. Il parait loin le temps où je disais vouloir être médecin après avoir lu « L'imagerie du corps humain », mais ça y est 11 ans après mon départ de la maison, me voila docteur ! Sans vous, rien de tout ça n'aurait été possible.

A **ma famille** (Nanine et Cypri, Papy, les Kikis…) : votre amour et votre soutien m'ont permis d'arriver au bout de ce parcours. Et à ceux qui, malheureusement, ne sont plus là aujourd'hui pour voir cet aboutissement et surtout mon parrain qui était si fier de sa filleule.

A ma **belle-famille** : mes beaux-parents (Carole et Reynald), Justine et Gaby, Matthieu et Alisée, qui ont toujours été présents durant ces longues études.

A **Marie-Albine**, ma témoin, mon amie depuis nos 13 ans ! La vie a fait qu'on se suive jusqu'à l'internat de MG à Clermont-Ferrand et j'en suis tellement heureuse. Encore de nombreuses années j'espère !

A mes copines rencontrées sur les bancs de la fac en P1 : **Morgane, Sarah, Emilie, Lorène**… Nous avons toutes pris des chemins différents mais c'est toujours la même complicité quand on se retrouve ! Je pense que je n'aurais pas pu survivre à cette 2ème P1 sans vous !!!

A nos amis rencontrés pendant l'externat et surtout avec qui nous avons passé nos plus belles vacances : **Isabelle et Adelin (et Apolline), Antoine et Guillaume**.

A nos belles rencontres clermontoises qui ont permis qu'on se considère comme chez nous dans cette nouvelle ville : **Elodie** (merci pour ta relecture et ton aide même pour le choix de ma tenue !) **et Nicolas, Bénédicte et Benjamin, Audrey, Tiphaine et Louis**… En espérant que nos discussions / GEASP durent encore longtemps !

Merci aux **Dr Philippe et Sonja LAJOIE**, d'avoir éveillé en moi la vocation pour la médecine générale. Aux **Dr Jean Marie LEON et Alain MARTY**, de m'avoir conforté dans ce choix.

Aux différentes personnes rencontrées au fur et à mesure de mes stages : **l'équipe des urgences d'Issoire** (qui m'a réconcilié avec les urgences et m'a permis d'apprécier mes premiers pas d'interne), **l'équipe du post-urgences du CHU** (des souvenirs à la pelle grâce à des chefs adorables et une équipe para-médicale déjantée), **Anne-Laure** (qui a suivi mes premiers pas de jeune généraliste), **mes co-internes** (Camille, Florian, Marion…). Un grand merci à toute **l'équipe de l'ANPAA** de Clermont-Ferrand (Christine, Solène, Marie, Nathalie, Didier, Lola, Cécilia, Sarah…) grâce à qui j'ai découvert un domaine passionnant. A très vite pour de nouvelles aventures !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 14
1. Violences conjugales 14
2. Addictions 15
3. Liens entre violences conjugales et addictions 16
4. Objectif 18
METHODE 19
1. Design de l'étude 19
2. Moyen de mesure 20
3. Procédure statistique 22
RESULTATS 23
1. Résultats de l'étude de faisabilité 23
2. Etude générale : ViA-MG 28
DISCUSSION 34
1. Résumé des résultats principaux 34
2. Forces et limites de l'étude 34
3. Comparaison à la littérature 36
CONCLUSION 39
BIBLIOGRAPHIE 40
ANNEXE 1. Affiche de la boîte de recueil de l'étude ViA-MG 44
ANNEXE 2. Affiche en salle d'attente de l'étude ViA-MG 45
ANNEXE 3. Questionnaire initial 46
ANNEXE 4. Protocole ComVal 51
ANNEXE 5. Questionnaire 87

TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX :

Tableau I : Consommation(s) et/ou comportement(s) motivant la consultation

Tableau II : Probabilité d'être auteur de violences conjugales en fonction de la victimation

Tableau III : Probabilité d'être victime de violences conjugales en fonction de la perpétration

Tableau IV : Caractéristiques de recours à la médecine générale

Tableau V : Résultats en fonction de la présence ou non de violences conjugales

Tableau VI : Nombre de consultations en addictologie dans le Puy-de-Dôme

Tableau VII : Nombre d'hospitalisations en addictologie dans le Puy-de-Dôme

FIGURES :

Figure 1 : Flow-Chart

Figure 2 : Nombre de sujet à inclure en fonction de la précision souhaitée

LISTE DES ABREVIATIONS

ANPAA = Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie

CH = Centre Hospitalier

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CNIL = Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COMVAL = COMité de VALidation des projets de recherche clinique

DRCI = Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation

DSM-V = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HAS = Haute Autorité de Santé

INSERM = Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IPV = Intimate Partner Violence

MCU = Maitre de Conférences Universitaire

MG = Médecine Générale

OFDT = Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

ONDRP = Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

PDD = Puy-De-Dôme

SPA = Substance Psycho-Active

TSO = Traitement de Substitution aux Opiacés

VC = Violences Conjugales

INTRODUCTION

1. *Violences conjugales*

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), les violences conjugales (VC) ou violences envers un partenaire intime (IPV) sont définies par « tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie »(1).

L'étude ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences faites aux Femmes en France), en 2000, retrouve qu'environ une femme sur 10 a été victime de VC (psychologiques, physiques ou sexuelles) sur les 12 derniers mois (2). Il existe moins de données sur les hommes victimes de VC. Selon l'ONDRP (Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales) dans l'enquête « Cadre de vie et sécurité », 0,4% des hommes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple chaque année (contre 1% pour les femmes) (3).

En 2018, 121 femmes ont été tuées par leur (ex-)partenaire. Sur cette même année, 28 hommes ont été tués par leur (ex-)partenaires, 15 étaient auteurs de violences conjugales (4).

Selon l'enquête « Cadre de vie et sécurité » réalisée par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), en 2018, 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou psychiques par leur (ex-)conjoint (4,5).

Selon l'enquête ENVEFF, le médecin généraliste est le premier interlocuteur (24% des cas) avant les autorités judiciaires et les associations (6,7). De plus, les médecins généralistes sont amenés à voir les victimes en consultation pour les conséquences variées (dépression, anxiété, plaintes fonctionnelles, douleurs chroniques, consultations itératives…) et potentiellement graves des VC (8,9). La HAS (Haute Autorité de Santé) a d'ailleurs publié en

octobre 2019 une recommandation de bonne pratique intitulée « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » s'adressant à tous les professionnels de santé, notamment aux médecins généralistes (8).

2. Addictions

Les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères (10). Le trouble de l'usage à une substance est défini par le DSM-V qui regroupe donc dans ce terme l'abus (ou usage à risque) et la dépendance (11). Ces troubles de l'usage concernent les substances psycho-actives, mais aussi, le jeu pathologique (jeux de hasard et d'argent). Les autres addictions sans substances (sexe, jeux vidéo…) n'y sont pas intégrées (10).

Selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), en 2014, on estimait à 8,7 millions d'usagers réguliers pour l'alcool et 1,4 millions pour le cannabis parmi les 11 – 75 ans (12).

Selon l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), 10% des adultes seraient en difficultés avec l'alcool (dépendance, consommation abusive). L'alcool est la 2ème cause de mortalité prématurée en France : sa consommation contribue de façon directe ou indirecte à 11% des décès masculins et 4% des décès féminins. Les conséquences sont donc sur la santé (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies digestives notamment cirrhose, accidents, suicides…) mais aussi sur le domaine social (relations familiales, travail, loisirs…) (13).

En 2009, près de deux tiers des médecins généralistes ont vu au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année (chiffre en nette augmentation) et 59% ont reçu au moins un usager de cannabis en consultation. Les trois quart des généralistes prenaient eux même en charge leurs patients pour un problème lié à l'alcool (14).

Le plan 2007-2011 pour « la prise en charge et la prévention des addictions » souhaitait impliquer la médecine de ville par le développement de la prévention de l'usage à risque d'alcool et le développement de l'enseignement en addictologie (15). Le rôle du médecin généraliste dans les addictions est de réduire les vulnérabilités, limiter l'impact des premières consommations, faire prendre consciences des risques (sanitaires et sociaux), assurer la substitution, soutenir les reprises de contrôle (16).

3. Liens entre violences conjugales et addictions

Plusieurs études retrouvent que les pathologies addictives augmentent le risque de perpétration de VC. Par exemple, selon l'OMS, l'utilisation nocive d'alcool est un facteur de risque d'être auteur de violences conjugales (1). Le contexte d'addiction (alcool, stupéfiants) est aussi un indicateur de gravité lié à l'agresseur (8). En France, dans 28% des cas de VC enregistrées en région parisienne, l'auteur consommait régulièrement des quantités importantes d'alcool (13). Sur les 121 féminicides en France, en 2018, dans 55% des cas, au moins l'un des deux (auteur ou victime) était sous l'emprise d'une substance (alcool, stupéfiants).

Une méta-analyse réalisée en 2008 retrouve que le risque d'agression sur un partenaire intime est multiplié par 3 en cas de trouble de l'usage de l'alcool ou d'un autre produit. Les drogues les plus impliquées sont les stimulants (comme la cocaïne) et le cannabis (17).

Une revue de la littérature sur les violences (subies ou produites) et l'usage de substances psychoactives et de drogues chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne retrouve un recours aux substances psychoactives plus important chez les personnes ayant subi des violences au cours de la vie que chez celles n'en ayant pas subi (18).

Il y a plusieurs modèles qui permettraient d'expliquer le lien entre l'usage de substances psychoactives et les VC (17):

- Selon le triparte du cadre conceptuel de Goldstein en 1985 :
    - Les effets psycho-pharmacologiques des drogues peuvent augmenter l'excitation et les comportements irrationnels amenant à l'agression.
    - Les compulsions économiques amènent à des actes violents pour s'acheter de la drogue.
    - La victimation et la perpétration des violences est inhérente à la participation au trafic de drogues.
- L'usage de drogues ne serait pas la cause des agressions et les agressions ne seraient pas la cause de l'usage de drogues mais on parlerait plutôt de comportement déviant. Ainsi un individu qui est plus enclin à avoir un comportement déviant, a plus de chance d'être impliqué dans un autre comportement déviant.
- Le modèle bio-psycho-social propose que les influences distales (violences dans l'enfance, antécédents familiaux d'usage de substances, anciennes consommations de substances, image traditionnelle des genres, pathologies psychiques) en lien avec les influences proximales (intoxication, déficit de traitement de l'information, provocation, impulsivité, hypersensibilité, contexte de la rencontre) augmentent le risque d'agression dans un contexte de relation conflictuelle avec le partenaire intime.

Concernant les pathologies addictives qui sont plus fréquentes chez les victimes de VC, cela pourrait être expliqué par la mémoire traumatique, ou syndrome de stress post-traumatique, dont les mécanismes neurobiologiques sont de mieux en mieux connus. Ainsi lors des périodes de souffrance psychologique, la victime utilise des conduites « d'auto-traitements » dissociantes, notamment en consommant des drogues dissociantes (alcool, cannabis, héroïne…) qui permettent de déclencher la disjonction du circuit émotionnel. De plus ces conduites dissociantes ont un fort potentiel addictif (19).

Les VC et les pathologies addictives sont donc deux problématiques, parfois intriquées, que les médecins généralistes ont très souvent à prendre à charge. Cependant il y a peu de données disponibles sur la prévalence des VC (qu'elles soient commises et/ou subies) dans la population des patients présentant une pathologie addictive. De plus, il semblerait intéressant de savoir quels sont les profils de ces patients pour pouvoir améliorer le dépistage et la prise en charge de ces problématiques notamment en médecine générale.

4. Objectif :

L'objectif principal de l'étude ViA-MG est d'évaluer la prévalence de la victimation et de la perpétration des VC chez les patients consultant et étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-De-Dôme, et de décrire cette population (caractéristiques socio-démographiques, caractéristiques de recours à la MG, attentes vis-à-vis de la MG concernant les VC et les pathologies addictives).

L'objectif de ce travail thèse est de réaliser le protocole de cette étude, les démarches éthiques et administratives et de réaliser une étude de faisabilité dans une structure de soins ambulatoire : l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) de Clermont-Ferrand.

METHODE

La méthode décrite ici est celle de l'étude de faisabilité. Les démarches éthiques et administratives, ainsi que le protocole de l'étude générale seront présentés dans la partie résultats.

1. Design de l'étude

L'étude était une étude transversale descriptive.

Les patient inclus étaient ceux consultant au sein de l'ANPAA de Clermont-Ferrand et ayant été en couple sur les 12 derniers mois. Cette structure a été choisie du fait de son fort potentiel de recrutement.

Les patients exclus étaient ceux n'ayant pas été en couple sur les 12 derniers mois, ceux souffrant d'un trouble de l'usage du tabac uniquement (la problématique du tabac étant trop prévalente en population générale), ceux ne lisant pas/n'écrivant pas le français et les patients mineurs.

- **Période de recueil**

Une durée d'un mois pour la période de recueil de l'étude de faisabilité a été décidée : du jeudi 7 novembre 2019 au jeudi 5 décembre 2019. Durant la période de recueil, le personnel de la structure pouvait joindre les investigateurs de l'étude.

- **Modalités de recueil**

Les questionnaires étaient imprimés sous forme de livret A5. La page de couverture comprenait les renseignements généraux et son recto était vierge. Des enveloppes A5 étaient mises à disposition pour pouvoir remettre les questionnaires remplis dans la boite de recueil.

La boite de recueil était une boite en carton recouverte de papier, son ouverture était donc impossible sans déchirer le papier. Une affiche explicative de l'étude était accrochée dessus **(*annexe I*)**.

La boite de recueil, les questionnaires et les enveloppes étaient déposés sur une table au milieu de la salle d'attente. Deux affiches, encourageant les patients à participer, étaient disposées sur les murs de la salle d'attente **(*annexe II*)**. Les secrétaires pouvaient informer les patients de la possibilité de répondre au questionnaire lors de leur arrivée dans la structure. Cependant la proportion de patients qui a été encouragée à participer n'est pas connue.

2. Moyen de mesure

Un questionnaire papier **(*annexe III*)** a été utilisé. Les patients le remplissaient librement et de manière anonyme en salle d'attente. Les sujets abordés étant sensibles (addictions, violences conjugales subies et surtout perpétrées), la peur du jugement pouvait être importante. Ce procédé avait donc pour but de diminuer le biais de désirabilité sociale.

Le questionnaire a été relu et modifié par des experts : Mme Ingrid DE CHAZERON (Attachée de Recherche Clinique au CHU de Clermont-Ferrand), Dr Catherine LAPORTE (médecin généraliste et MCU au Département de médecine générale de l'UFR de médecine de Clermont-Ferrand), Mme Marianne MANNEVILLE (psychologue clinicienne, dans l'unité de victimologie du CHU de Clermont-Ferrand).

Le questionnaire comportait 16 questions avec une partie d'expression libre à la fin.

La première page du questionnaire contenait les renseignements sur l'étude, les modalités de participation, ainsi que les personnes à contacter en cas de problème (l'unité de victimologie du CHU de Clermont-Ferrand dont la psychologue, Mme Marianne

MANNEVILLE, a accepté de se rendre disponible en cas de besoin). Le consentement était implicite par remplissage du questionnaire.

Le questionnaire était divisé en 5 parties :

- Les 5 premières questions concernaient les données socio-démographiques : sexe, âge, situation familiale (le fait d'avoir été en couple sur les 12 derniers mois et le fait d'avoir ou non des enfants), code postal (pour savoir si la population étudiée était plutôt urbaine ou rurale).
- Les questions 6 et 7 portaient sur la pathologie addictive et les consommations de substances associées. La pathologie addictive n'a pas été approfondie car cela aurait allongé le questionnaire de manière très importante.
- Les questions 8 et 9 concernaient les violences conjugales subies et/ou commises sur les 12 derniers mois, en précisant le type de violences (physiques, psychiques, sexuelles, économiques). La notion des violences sur l'année écoulée a été reprise car cette formulation avait été employée dans l'étude ENVEFF. Pour chaque type de violences, des exemples d'action étaient donnés. Il n'existait pas de questionnaire écrit en français validé concernant la victimation et la perpétration des VC, lors de la rédaction du questionnaire. De plus, la plupart se basent sur une quantification et/ou une fréquence des VC, ce qui aurait, là aussi, allongé le questionnaire. Pour limiter la sous-déclaration concernant la perpétration des VC, le terme de « responsable » plutôt que « auteur » a été utilisé.
- Les questions 10 à 14 s'intéressaient au recours à la médecine générale : présence d'un médecin généraliste « référent », fréquence et lieu de consultation, fait d'avoir ou non le même médecin que son/sa (ex)-conjoint(e), fait d'être reçu seul ou avec son/sa conjoint(e).

- Les questions 15 et 16 portaient sur le fait d'avoir été interrogés par le médecin généraliste concernant les pathologies addictives et les violences conjugales. Il était demandé si le patient a ou aurait apprécié d'aborder le sujet avec le médecin.

3. Procédure statistique

Les résultats ont été reportés sur le logiciel RedCap.

L'analyse statistique a été réalisée par Mme Céline Lambert (biostatisticienne à la DRCI du CHU du Clermont-Ferrand).

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels Stata (version 15 ; StataCorp, College Station, Texas, USA) et R 3.3.3 (http://cran.r-project.org/), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. Comme discuté par Feise (20), l'ajustement du risque d'erreur de première espèce n'a pas été proposé systématiquement, mais au cas par cas au vu des considérations cliniques et non uniquement statistiques. La population a été décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne ± écart-type ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique. La normalité a été étudiée par le test de Shapiro-Wilk et/ou par histogramme.

RESULTATS

1. Résultats de l'étude de faisabilité

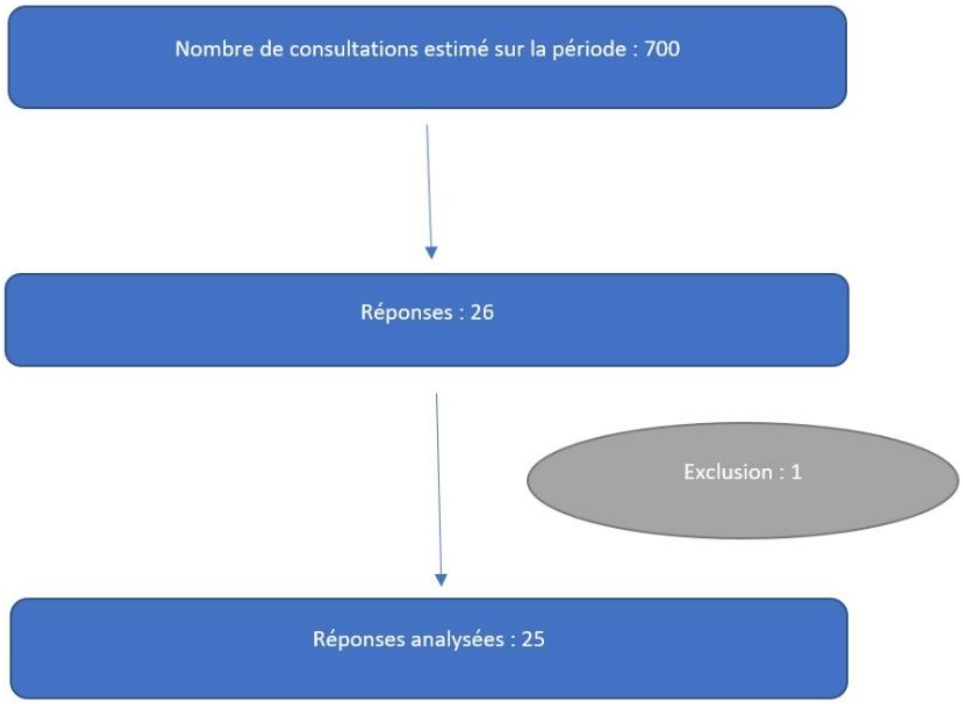


Figure 1: Flow chart

Le nombre de consultation sur cette période de 1 mois a été estimé à 700. Le nombre exact de patients reçus n'est pas connu. Sur ces 700 consultations, 26 réponses ont été obtenues. Un questionnaire a été exclu d'emblée car la personne n'a pas répondu à la question du motif de consultation et a noté « pas de consultation mais accompagnement ».

Il a finalement été décidé de ne pas exclure les personnes ayant répondu « non » à la question « avez-vous été en couple sur les 12 derniers mois ». En effet, il est ressorti que certains avaient répondu « non » à cette question mais avaient répondu « oui » à une des questions concernant les violences conjugales subies et/ou commises sur les 12 derniers mois. Cela évoque donc que soit ces personnes ont subies/perpétrées des violences

conjugales de la part de/sur un(e) ex-conjoint(e) soit la formulation « être en couple » n'était pas comprise de façon uniforme.

Les résultats portent donc sur 25 questionnaires.

- **Données socio-démographiques**

Une légère prépondérance masculine est retrouvée : 52,17%. L'âge moyen est de 36,58 ans. 73,91% des participants n'ont pas d'enfants. Plus de la moitié des participants (55%) résident à Clermont-Ferrand (codes postaux 63000 et 63100).

- **Pathologies addictives**

Le motif de consultation principal est l'alcool (56,52%) suivi par le tabac (34,78%), la prescription d'un traitement de substitution aux opiacés (26,09%) et le cannabis (21,74%). Aucun patient ne consultait uniquement pour le tabac, donc il n'y a pas eu d'exclusion pour cela. Plus de la moitié des participants avaient consommé de l'alcool (91,67%), du tabac (75%) et du cannabis (50%) sur les 12 derniers mois.

Conduite(s) addictive(s)	Pourcentage
Tabac	34,78 %
Alcool	56,52 %
Cannabis	21,74 %
Cocaïne	8,7 %
Héroïne	17,39 %
TSO	26,09 %
Antalgiques	0 %
Anxiolytiques	8,7 %
Aliments	0 %
Jeux	0 %
Autres : amphetamines, « multitoxicomanie » …	4,35 %

Tableau I : Consommation(s) et/ou comportement(s) motivant la consultation

- **Violences conjugales**

Concernant les violences conjugales, 36% des participants déclarent avoir été victimes de VC : majoritairement de violences psychiques (36%) puis de violences physiques (8%) et économiques (8%). 29,17% de participants déclarent avoir été auteurs de VC. La répartition des types de violences est quasiment la même que pour les victimes : 29,17% sont auteurs de violences psychiques, 8,33% de violences physiques et 4,35% de violences sexuelles et économiques.

Selon le ***tableau II***, 55,56% des victimes de VC déclarent être aussi auteurs de VC.

	Victimes de VC	
	Oui	Non
Auteurs de VC :	55,56 %	13,33 %
- Violences physiques	11,11 %	6,67 %
- Violences psychiques	55,56 %	13,33 %
- Violences sexuelles	0 %	6,67 %
- Violences économiques	0 %	6,67 %

Tableau II : Probabilité d'être auteur de VC en fonction de la victimation

Selon le ***tableau III***, 71,43% des auteurs de VC déclarent être victimes de VC.

	Auteurs de VC	
	Oui	Non
Victimes de VC :	71,43 %	23,53 %
- Violences physiques	0 %	11,76 %
- Violences psychiques	71,43 %	23,53 %
- Violences sexuelles	0 %	0 %
- Violences économiques	28,57 %	0 %

Tableau III : Probabilité d'être victime de VC en fonction de la perpétration

- **<u>Caractéristiques de recours et attentes vis-à-vis de la médecine générale</u>**

62,5% des personnes interrogées rapportent avoir un médecin généraliste.

Présence d'un médecin généraliste	62,5 %
Fréquence de consultation les 12 derniers mois :	
- 0 fois	12,5 %
- 1 à 2 fois	41,67 %
- 3 à 5 fois	20,83 %
- > 6 fois	25 %
Lieu de consultation :	
- Cabinet médical/ Maison de santé	95,65 %
- Centre de consultation gratuit	13,04 %
- Autres : clinique	4,35 %
Même MG que (ex)-conjoint(e)	30,43 %
Patient(e) reçu(e) seul(e) en consultation	86,36 %

Tableau IV : Caractéristiques de recours à la MG

Concernant les attentes vis-à-vis de la médecine générale, il apparait que les propositions de réponse n'étaient pas claires. Il manquait la réponse « non » aux questions sur le fait d'avoir abordé le sujet des addictions et des VC avec le médecin généraliste. Globalement la majorité des patients ont ou auraient apprécié que les sujets des addictions (76,19%) et celui des VC (75%) soient abordés. De plus, il a été remarqué que les patients non concernés par les VC n'ont pas répondu à la question concernant le fait que le médecin généraliste les ait interrogés à ce sujet.

- **<u>Résultats en fonction de la présence ou non de violences conjugales</u>**

Les réponses aux différentes questions en fonction de la présence ou non de la victimation et de la perpétration des VC sont répertoriées dans le ***tableau V.***

	Victimes de VC		Auteurs de VC	
	Oui	***Non***	***Oui***	***Non***
Hommes	66,7 %	42,9 %	57,14 %	46,67 %
Age moyen	35,66 ans	37,13 ans	32 ans	38,87 ans
Personnes ayant des enfants	37,5 %	20 %	16,67 %	31,25 %
Motif de consultation :				
- Tabac	25 %	40 %	28,57 %	40 %
- Alcool	50 %	60 %	28,57 %	66,67 %
- Cannabis	25 %	20 %	42,86 %	13,33 %
- Cocaïne	12,5 %	6,67 %	28,57 %	0 %
- Héroïne	25 %	13,3 %	14,29 %	20 %
- TSO	37,5 %	20 %	28,57 %	26,67 %
- Antalgiques	-	-	-	-
- Anxiolytiques	12,5 %	6,67 %	0 %	13,33 %
- Aliments	-	-	-	-
- Jeux	-	-	-	-
Autres consommations :				
- Tabac	88,89 %	66,67 %	100 %	62,5 %
- Alcool	88,89 %	93,33 %	100 %	87,5 %
- Cannabis	55,56 %	46,67 %	57,14 %	50 %
- Cocaïne	33,33 %	33,33 %	42,86 %	25 %
- Héroïne	33,33 %	13,33 %	42,86 %	12,5%
- TSO	44,44 %	33,33 %	42,86 %	37,5 %
- Antalgiques	11,11%	13,33 %	28,57 %	6,25 %
- Anxiolytiques	33,33 %	53,33 %	42,86 %	43,75 %
Présence d'un médecin traitant	50 %	68,75 %	33,33 %	76,47 %
Fréquence consultation MG :				
- 0 fois				
- 1 à 2 fois	12,5 %	12,5 %	16,67 %	11,76 %
- 3 à 5 fois	37,5 %	43,75 %	50 %	41,18 %
- > 6 fois	25 %	18,75 %	16,67 %	17,65 %
	25 %	25 %	16,67 %	29,41 %
Consultation dans un cabinet médical / maison de santé	85,71 %	100 %	83,33 %	100 %
Consultation dans un centre de consultation gratuit	28,57 %	6,25 %	0 %	50 %
Même MG que (ex)-conjoint(e)	37,5 %	26,67 %	33,33 %	31,25 %
Reçu seul(e) par MG	85,71 %	86,67 %	100 %	80 %
Sujet des addictions :				
- Abordé avec le MG	75 %	93,33 %	100 %	81,25 %
- Souhait que le sujet soit abordé	71,43 %	78,57 %	80 %	75 %
Sujet des VC :				
- Abordé avec les MG	25 %	-	33,33 %	-
- Souhait que le sujet soit abordé	71,43 %	80 %	75 %	75 %

Tableau V : Résultats en fonction de la présence ou non de VC

Il est intéressant de souligner que la pathologie addictive prédominant chez les auteurs de VC concerne le cannabis (42,86% des motifs de consultation). La consommation d'héroïne et la prescription de TSO semble être un facteur de risque d'être victime de VC. Il est mis en évidence que les patients étant victimes ou auteurs de VC ont moins souvent un médecin généraliste que les autres et le voient moins souvent dans un cabinet médical ou une maison de santé.

2. Etude générale : ViA-MG

- **Protocole**

Le protocole de l'étude est décrit dans le protocole COMVAL (COMité de VALidation des projets de recherche clinique) en ***annexe IV***.

Il a été choisi comme nom pour l'étude : ViA-MG (Violences conjugales, Addictions et relation avec le Médecin Généraliste) : prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant et étant hospitalisés en addictologie dans le Puy de Dôme et attentes vis-à-vis des médecins généralistes. C'est une étude transversale descriptive.

L'objectif principal est d'étudier la prévalence de la victimation et de la perpétration des VC des patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-De-Dôme en décrivant cette population : âge, sexe, type d'addiction, présence de violences conjugales (subies et/ou commises), caractéristiques de recours à la médecine générale, attente vis-à-vis de la médecine générale (concernant les pathologies addictives et les violences conjugales).

Le critère de jugement principal est d'évaluer la prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-De-Dôme.

L'hypothèse principale est qu'il existe, chez ces patients, une proportion importante de victimes et/ou auteurs de VC. Ils peuvent consulter en médecine générale. Ainsi, mieux connaitre leurs caractéristiques de recours à la médecine générale et leurs attentes, permettrait d'améliorer leur repérage et leur prise en charge.

Les critères d'inclusion ont été modifiés par rapport à l'étude de faisabilité. Les patients inclus devront être majeurs, lire et écrire le français, consulter ou être hospitalisés en addictologie, avoir déjà eu une relation amoureuse / avoir été en couple.

Les centres concernés sont les centres répertoriés sur le site http://www.addictauvergne.fr/ en excluant les centres prenant en charge uniquement la tabacologie et les consultations de pharmacodépendance du CHU de Clermont-Ferrand. Cela fait 10 centres.

En ambulatoire, 7 centres sont concernés : les consultations d'addictologie du CHU Clermont-Ferrand, du CH Sainte-Marie, des CH de Thiers et d'Ambert, l'ANPAA de Clermont-Ferrand, d'Issoire et d'Ambert.

En hospitalisation, 3 centres sont concernés : le CHU Clermont-Ferrand, le CH Thiers et le CH Clémentel à Enval.

Le déroulement de l'étude, en ambulatoire, sera le même que l'étude de faisabilité.

En hospitalier, le questionnaire sera proposé lors de l'entrée du patient dans le service. Le patient devra ensuite déposer le questionnaire dans la boite de recueil dans une enveloppe fermée. Les modalités de l'étude (avec une information claire sur l'anonymat) seront présentées via une affiche sur la boite de recueil.

Si des questions ou des problèmes sont soulevés par le remplissage du questionnaire, le nom d'un soignant de la structure dans laquelle le patient consulte ou est hospitalisé ainsi que les coordonnées du service de victimologie du CHU où une psychologue pourra recevoir le patient seront précisés sur le questionnaire et sur la boite de recueil.

La période de recueil sera de 6 mois avec des évaluations du taux de participation à intervalle régulier pour réévaluer la durée de recueil et encourager les centres à favoriser la participation si besoin.

- **Recrutement nécessaire**

L'étude de faisabilité a permis d'avoir une estimation du taux de participation. Le questionnaire a été en service pendant une période de 1 mois. 30 questionnaires avaient été déposés dans la salle d'attente le 7 novembre 2019. 30 questionnaires supplémentaires ont été déposés, 15 jours plus tard, le 21 novembre 2019. Il semble que la majorité des patients ont participé au début de la période de recueil.

L'objectif de cette étude vise à estimer la prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-de-Dôme. Ce type d'enquête, menée sur un échantillon, doit permettre de généraliser les résultats à l'ensemble de la population ciblée. Dans ce type de calcul d'effectif, on se fixe donc, en plus de la proportion escomptée, une marge d'erreur sur l'estimation (fiabilité de l'échantillon). L'étude de faisabilité réalisée sur 25 patients a mis en évidence 36% de victimation et 29% de perpétration. Ainsi, l'estimation du nombre de sujets nécessaire repose sur le taux le plus élevé (36%) et il faudrait inclure 350 à 547 sujets pour avoir une précision de l'ordre de ± 4% à 5% (cf. Figure 2). In fine, il est proposé d'inclure 400 patients.

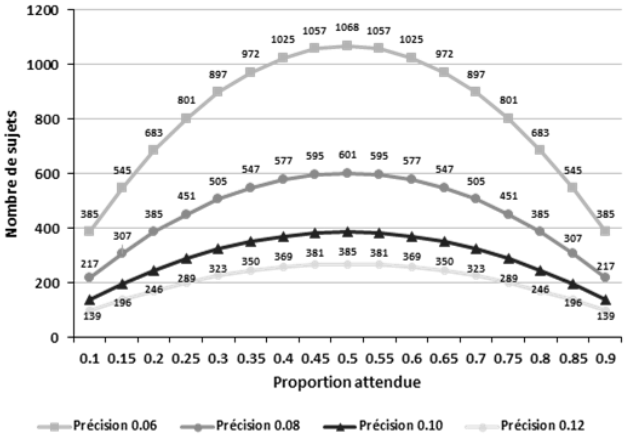


Figure 2 : Nombre de sujet à inclure en fonction de la précision souhaitée

Le nombre de consultation et d'hospitalisation dans les différentes structures en 2018 est répertorié dans les ***tableaux VI et VII***.

	Patients suivis/an (2018)	Nombre de consultations/an (2018)
CHU (consultations externes et liaison)	685	6467
CH Sainte-Marie	573	4534
CH Thiers	166	642
CH Ambert	87	214
ANPAA Clermont-Ferrand	2083	7409
ANPAA Issoire	191	838
ANPAA Ambert	68	232
Total	**3853**	**20336**

Tableau VI : Nombre de consultations en addictologie dans le PDD

	Nombre d'hospitalisation/an (2018)
CHU Clermont-Ferrand	240
CH Thiers	Non ouvert en 2018 Du 01/01/19 au 30/06/19 : 74
CH Clémentel	273
Total	**661**

Tableau VII : Nombre d'hospitalisations en addictologie dans le PDD

Dans les centres recrutés, on estime qu'il y a 1750 consultations et hospitalisations par mois. Une participation à 4% entrainerait un recrutement de 70 patients par mois. Pour atteindre un minimum de 400 patients recrutés, une durée de recueil de 6 mois est nécessaire.

- **<u>Démarches éthiques et administratives</u>**

L'étude rentre dans le cadre de la loi Jardé car il s'agit d'une recherche impliquant la personne humaine. L'étude est une recherche non interventionnelle (catégorie 3) et observationnelle. Cela implique donc un engagement auprès de la CNIL (Commission

Nationale de l'Informatique et des Libertés) par un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-003. Cependant un anonymat complet pourrait permettre de ne pas avoir besoin d'engagement de conformité CNIL.

L'étude de faisabilité nous permet de compléter la rédaction du protocole RIPH (Recherche Impliquant la Personne Humaine) du CHU Clermont-Ferrand, afin de présenter l'étude au COMVAL (COMité de VALidation des projets de recherche clinique). Ce comité permettra de faire une déclaration auprès du CPP (Comité de Protection des Personnes). Le protocole complet pour la présentation au COMVAL est disponible en ***annexe IV***.

- **<u>Modification du questionnaire</u>**

  Les résultats permettent d'apporter certaines modifications au questionnaire : ***annexe V***.

Tout d'abord, les critères d'exclusion ont été revus. Il n'est plus retenu la notion de relation amoureuse sur les 12 derniers mois, ainsi la question n°2 a été modifiée en demandant si la personne avait déjà été en couple ou avait déjà eu une relation intime. Une réponse négative à cette question entrainera une exclusion.

Il s'est avéré que le code postal était une information difficile à traiter (11 réponses différentes sur 25 questionnaires), il a donc été supprimé. De plus, le code postal n'est pas forcément synonyme d'urbain ou rural car certains codes postaux englobent plusieurs communes.

Il s'est posé la question du maintien de la question s'intéressant aux substances consommées sur les 12 derniers mois. Les réponses à cette question avaient peu de significativité clinique. En effet, une réponse positive ne permettait pas de définir une quantité ou une fréquence qui auraient pu nous orienter vers une consommation

potentiellement problématique. Cependant cet item permettra d'identifier certains patients potentiellement polyconsommateurs.

Les questions qui ont entrainé des difficultés de réponse sont la n°15 et n°16 abordant les attentes vis-à-vis des médecins généralistes au sujet des addictions et des VC. Les réponses aux questions sur le fait que le médecin ait interrogé le patient sur ces sujets ont été remplacées par « oui » ou « non ». Si le patient répond « oui » il pourra préciser si c'est le médecin ou lui qui a abordé le sujet. La dernière question a été reformulée pour que même les personnes non touchées par les VC y répondent.

DISCUSSION

1. Résumé des résultats principaux

L'étude de faisabilité met en évidence un faible taux de participation (moins de 4%), il faut donc en tenir compte pour la durée de recueil nécessaire afin de récupérer le nombre de réponses désiré pour l'étude générale.

Concernant les résultats, la pathologie addictive la plus représentée concerne l'alcool. Environ un patient sur 3 déclare avoir été victime et/ou auteur de VC, avec les violences psychiques au premier plan. Les résultats font aussi ressortir une intrication entre les auteurs et les victimes dans cette population : 55,56% des victimes de VC déclarent être auteurs de VC et 71,43% des auteurs de VC déclarent être victimes de VC.

Les trois quart des patients apprécient que les sujets des addictions et des VC soient abordés par le médecin généraliste.

2. Forces et limites de l'étude

- **Forces**

L'ensemble de cette étude a été réalisé par la même personne qui a donc suivi chaque étape : naissance du projet, rédaction du protocole, décision de réaliser une étude de faisabilité au préalable, rédaction du questionnaire, réalisation de l'étude de faisabilité, modification du questionnaire et du protocole, démarches éthiques… L'interne qui réalisera l'étude générale, pour sa thèse d'exercice, a été intégrée progressivement lors des modifications (protocole et questionnaires) et des démarches éthiques.

L'utilisation d'une méthode transversale descriptive permet d'estimer une prévalence. Le fait de proposer le questionnaire à tous les patients se présentant dans les structures doit permettre d'avoir un échantillon représentatif de cette population.

Concernant le choix de l'auto-questionnaire écrit, celui-ci permet une réalisation par le patient seul, donc une réduction du biais de désirabilité sociale. En effet, cela permet d'aborder plus facilement des questions intimes (21). La formulation des questions a été faite de manière à diminuer ce biais car des questions en rapport avec des normes sociales sont posées : par exemple, le terme « auteur de VC » n'a pas été utilisé mais plutôt « responsable ». De plus, l'anonymat a été renforcé en ne demandant aucune donnée permettant d'identifier la personne et en remettant le questionnaire dans une enveloppe fermée. Tout cela a aussi pour but de diminuer le biais de prévarication.

La plupart des questions sont fermées, ce qui facilite l'exploitation des résultats. Cette étude de faisabilité a donc permis de réaliser un pré-test du questionnaire.

- **Limites**

Concernant le questionnaire, sa limite principale est le fait de ne pas utiliser de questionnaire validé. Cette décision a été prise car les questionnaires validés concernant les VC ne peuvent pas s'appliquer dans un auto-questionnaire papier car ils demandent une gradation des VC ainsi qu'un entretien avec le patient. Le choix d'un questionnaire accessible à tous et court a été privilégié. De même, aucune qualification des consommations et/ou comportements permettant de définir un trouble de l'usage n'est demandé dans le questionnaire afin de ne pas alourdir celui-ci. Le fait que les patients consultent ou soient hospitalisés dans une structure d'addictologie semblait suffisant pour dire qu'ils présentent une consommation et/ou un comportement problématique.

En utilisant un auto-questionnaire à remplir librement, il y a un biais de participation dû au volontarisme. L'anonymat renforcé ne permet pas aux patients de pouvoir retirer leur participation à l'étude une fois le questionnaire déposé dans la boite de recueil.

Le fait de mentionner les violences conjugales dans l'intitulé de l'étude peut entrainer un biais de non-réponse car les personnes touchées par les VC pourraient être plus motivées à répondre au questionnaire que les personnes non touchées. De plus, le faible taux de participation fait poser la question de la représentativité.

3. Comparaison à la littérature

- **Intérêt d'une étude de faisabilité**

Une étude de faisabilité (pilot study) est une étude préliminaire et à petite échelle, qui permet de savoir si les éléments cruciaux de l'étude principale sont faisables (22,23). Dans ce cas, l'intérêt était de tester puis d'améliorer le protocole et le questionnaire, et d'avoir une évaluation du nombre de sujets nécessaire. Il a été démontré que réaliser une étude de faisabilité augmente la probabilité de réussir l'étude principale, en recrutant le nombre de sujets nécessaire pour avoir une puissance suffisante et en obtenant des réponses qui permettent d'avoir des résultats significatifs (22).

- **Violences conjugales et addictions**

Le lien entre VC et addictions est complexe à mesurer et à comparer dans les différentes études, les limites étant difficiles à définir : définition des VC (lien entre victime et auteur, type de violences…), victime ou auteur de VC, différentes addictions (selon le produit et/ou le comportement), protocole des études (questionnaires téléphoniques, auto-questionnaires, entretiens…). De plus les VC et les addictions sont deux sujets sensibles qui peuvent entrainer une sous-déclaration.

Les caractéristiques socio-démographiques retrouvées dans notre étude de faisabilité sont comparables à celles de l'étude de Landreat et al. portant sur les profils médico-sociaux des patients pharmacodépendants consultant en addictologie (au CHU de Nantes): prédominance masculine, âge moyen de 30 ans, majorité sans enfants (24). Cependant, la

répartition des SPA (substances psycho-actives) motivant la demande de soins est différente : prédominance de l'alcool dans l'étude de faisabilité et du cannabis et des opiacés dans l'étude de Landreat et al. Cela peut sûrement s'expliquer par la différence des structures impliquées : association qui, à la base, avait une orientation en alcoologie pour l'étude de faisabilité et service hospitalo-universitaire dans l'étude nantaise. Dans l'étude générale, il sera intéressant d'analyser les profils socio-démographiques en fonction des produits consommés notamment en différenciant produits licites et illicites.

L'étude de faisabilité semble en corrélation avec l'étude de Smith et al en 2012 qui retrouvait les consommations d'alcool et de cocaïne associées à la perpétration des VC et les consommations de cannabis et d'antalgiques opioïdes associées à la victimation (25).

- **<u>En pratique</u>**

L'étude générale permettra d'établir un lien entre les pathologies addictives et les violences conjugales, cependant elle ne permettra pas d'évaluer la nature de ce lien : chronologie, mécanisme physiopathologique… Cette association entre pathologies addictives et VC pourrait être explorée par une étude qualitative auprès des patients.

Il sera intéressant d'étudier l'intrication entre le fait d'être victime et le fait d'être auteur de VC. En effet, les parcours de vie semblent similaires entre auteurs et victimes de VC et sont marqués par des évènements de vie douloureux (violence intra-familiale, carence affective et éducative, séparation…) que l'on peut qualifier de traumatiques ou trouvant une résonnance négative dans l'expérience conjugale (26).

Les évènements récents (recrudescence des violences intra-familiales pendant le confinement lié à la pandémie de covid19) ont permis de mettre en lumière l'implication des problématiques addictives (notamment l'alcool) dans les VC. Du fait des difficultés d'acheminement, certaines personnes ont été privées de produits illicites entrainant un

sevrage forcé, et à l'inverse, l'accès libre aux produits licites comme l'alcool a pu entrainer une augmentation des consommations. En France, le nombre de signalements auprès des services de police pour violences conjugales pendant le confinement a augmenté (plus 30%) (27). Le lien entre l'augmentation de la consommation d'alcool et celle du nombre de signalements pour VC pourrait être étudié dans ce contexte.

Plusieurs études décrivent les difficultés des médecins généralistes à réaliser un repérage systématique des VC (notamment en lien avec le manque de connaissance, le sentiment d'impuissance et d'échec)(28,29). L'intérêt de l'étude générale sera de discuter le repérage systématique des VC chez les patients présentant une pathologie addictive. Cependant il a aussi été montré dans de nombreuses études que les médecins généralistes présentaient des freins à réaliser le repérage et la prise en charge des pathologies addictives : manque d'intérêt et de valorisation (30), manque de temps, de formations et d'outils, sentiment d'impuissance (31)… Les freins au repérage des VC et des addictions par les médecins généralistes sont donc relativement similaires. Il serait intéressant de travailler sur ces freins pour améliorer le repérage de ces deux problématiques.

CONCLUSION

Cette étude de faisabilité, réalisée à l'ANPAA de Clermont-Ferrand fin 2019, a donc permis d'améliorer le protocole de l'étude générale intitulée ViA-MG (prévalence de la victimation et de la perpétration des Violences conjugales chez les patients consultant et étant hospitalisés en Addictologie dans le Puy-De-Dôme et attentes vis-à-vis du Médecin Généraliste) qui sera réalisée par une autre interne de médecine générale fin 2020.

Les résultats de cette étude de faisabilité mettent en évidence des tendances, avec environ 1 patient sur 3 qui déclare avoir été victime et/ou auteur de VC sur les 12 derniers mois. Cette constatation ainsi que le taux de participation à l'étude de faisabilité permettent d'estimer le nombre de sujet nécessaire pour l'étude générale.

L'analyse des réponses au questionnaire a fait apporter certaines modifications à celui-ci, afin qu'il soit mieux compris et qu'ainsi les résultats soient les plus significatifs possibles.

L'association entre VC et pathologies addictives apparait importante. Ainsi pour améliorer la prise en charge globale des patients, il serait pertinent pour les médecins généralistes d'avoir une vigilance accrue et de poser la question des VC aux patients souffrant d'une pathologie addictive. L'objectif de l'étude globale sera de confirmer cette constatation.

Pierre CLAVELOU
Doyen – Directeur

U.F.R. DE MÉDECINE
Clermont-Ferrand

Georges BROUSSE
Le Président du Jury

le 4/09/2020

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé: violence entre partenaires. 2002.

2. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France. Bull Mens Inf Inst Natl Détudes Démographiques [Internet]. janv 2001 [cité 3 déc 2019];(364). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf

3. Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. Victimation 2017 et perception de la sécurité. Résultats de l'enquête Cadre de vie et Sécurité 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur: https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp_files/publications/pdf/rapport_CVS_2018.pdf

4. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violences au sein du couple et violences sexuelles: indicateurs annuels 2018 [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/data/Synth%C3%A8se_Violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20violences%20sexuelles_novembre%202019.pdf

5. Ministère des Affaires Sociales de la Santé et des Droit des Femmes. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes. 2015.

6. Saurel-Cubizolles M-J. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000. santepubliquefrance.fr. :2.

7. Buchaillet C, Jousset N, Rougé Maillart C. Violences conjugales. Rev Prat Médecine Générale. mai 2014;28(922):417-22.

8. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf

9. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. Clermont Auvergne; 2017.

10. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. drogues.gouv.fr. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction

11. Addiction à une substance: critères DSM-5 [Internet]. Disponible sur: http://www.addictauvergne.fr/addictauvergne/wp-content/uploads/2014/02/Crite%CC%80res-addiction-DSM5.pdf

12. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage de drogues en France. Résultats du baromètre santé 2014 relatifs aux usages de substances psychoactives en population adulte. Tend 99. mars 2015;8.

13. Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale, Naasila M. Alcool & Santé. Lutter contre un fardeau aux multiples visages. [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2006 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante

14. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes: prise en charges des addictions par les médecins généralistes. 2009;29.

15. Ministère de la Santé et des Solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions: Plan 2007 - 2011 [Internet]. 2006 [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf

16. Binder P, Vanderkam P. Intervenir sur les addictions en médecine générale. Deuxième partie: les interventions possibles. Exercer. févr 2017;(130):72-81.

17. Moore T, Stuart G, Meehan J, Rhatigan D, Hellmuth J, Keen S. Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. févr 2008;28(2):247-74.

18. Benoit T, Jauffret-Roustide M. Améliorer la prise en charge des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives. 2015.

19. Salmona M. La mémoire traumatique en bref [Internet]. https://www.memoiretraumatique.org. 2008 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/memoire-traumatique.html

20. Feise RJ. Do multiple outcome measures require p-value adjustment? BMC Med Res Methodol. déc 2002;2(1):8.

21. Frappé P, Frappé P, Druais P-L, Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale (Lyon). Initiation à la recherche. 2018.

22. Thabane L, Ma J, Chu R, Cheng J, Ismaila A, Rios LP, et al. A tutorial on pilot studies: the what, why and how. BMC Med Res Methodol. déc 2010;10(1):1.

23. Hassan ZA, Schattner P, Mazza D. DOING A PILOT STUDY: WHY IS IT ESSENTIAL? Malays Fam Physician. 2006;1(2):4.

24. Landreat M-G, Vigneau CV, Bronnec MG, Sebille-Rivain V, Venisse J-L, Jolliet P. Description de profils médicosociaux de sujets pharmacodépendants consultant en addictologie à partir d'une base de données informatique. L'Encéphale. déc 2011;37(6):418-24.

25. Smith PH, Homish GG, Leonard KE, Cornelius JR. Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychol Addict Behav. 2012;26(2):236-45.

26. Université de Toulouse Jean-Jaurès, Centre de criminologie et Sciences Humaines de Midi-Pyrénées. Etude des dynamiques violentes conjugales et de la trajectoire de vie du couple auteur/victime de violence conjugale: note de synthèse du rapport final [Internet]. 2017 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: http://www.gip-recherche-justice.fr/publication/view/etude-des-dynamiques-violentes-conjugales-et-de-la-trajectoire-de-vie-du-couple-auteurvictime-de-violence-conjugale/

27. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. L'Encéphale. juin 2020;46(3):S43-52.

28. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. Grenoble; 2012.

29. 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? Lorraine; 2016.

30. Malichier E. Rôle et place du médecin généraliste dans dans l'accompagnement / la prise en charge des problèmes d'alcool: étude quantitative par entretiens semi-dirigés [Internet]. Paris VII; 2017 [cité 30 juill 2020]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/1382/fichier_these_elise_malichiera12c1.pdf

31. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA. Nice Sophia-Antipolis; 2014.

ANNEXE 1. Affiche de la boîte de recueil de l'étude ViA-MG

Etude ViA-MG

(Violences conjugales, Addictions et relation avec le Médecin Généraliste)

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à cette étude dans le but de mieux cerner vos attentes envers le médecin généraliste, afin d'améliorer nos pratiques. Elle porte sur les addictions, les violences et vos attentes envers le médecin généraliste.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

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. Les réponses au questionnaire sont anonymes et doivent être rendues dans une enveloppe fermée déposée dans la boite prévue à cet effet.

Si à la suite du remplissage du questionnaire, vous ressentez le besoin d'en parle un professionnel se tient à votre disposition dans votre structure de soins.

Ou vous pouvez contacter l'unité de victimologie du CHU au 04.73.754.900 .

Investigateurs :

- *Julia BRETONNET, médecin généraliste*
- *Dr Mathilde VICARD-OLAGNE, médecin généraliste – Chef de Clinique Universitaire, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, 28 place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand.*
- *DPO (Délégué à la protection des données) : dpo@uca.fr*

ANNEXE 2. Affiche en salle d'attente de l'étude ViA-MG

Etude ViA-MG

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à cette étude dans le but de mieux cerner vos attentes envers le médecin généraliste, afin d'améliorer nos pratiques. Elle porte sur les addictions, les violences et vos attentes envers le médecin généraliste.

Pouvez-vous nous donner votre avis dans le questionnaire qui vous est proposé en libre-service dans la salle d'attente ?

Merci d'avance de votre précieuse participation,

Julia BRETONNET, médecin généraliste, en thèse de médecine générale sur l'étude ViA-MG

Dr Mathilde Vicard-Olagne, médecin généraliste

ANNEXE 3. Questionnaire initial

Annexe III :

Etude ViA-MG

(Violences conjugales, Addictions et relation avec le Médecin Généraliste)

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à cette étude dans le but de mieux cerner vos attentes envers le médecin généraliste, afin d'améliorer nos pratiques. Elle porte sur les addictions, les violences et vos attentes envers le médecin généraliste.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Votre participation à cette étude est entièrement **libre et volontaire**. Vous êtes libres de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Les réponses au questionnaire sont **anonymes** et doivent être rendues dans une enveloppe fermée déposée dans la boite prévue à cet effet.

Si à la suite du remplissage du questionnaire, vous ressentez le besoin d'en parler, un professionnel vous recevra à l'ANPAA. Adressez-vous au secrétariat.

Ou vous pouvez contacter la psychologue de l'unité de victimologie adulte du CHU (Mme Manneville) au 04.73.754.900.

Merci de ne pas répondre si vous avez déjà répondu à ce questionnaire.

Si vous n'avez pas été en couple durant les 12 derniers mois, merci de ne pas répondre.

Investigateurs :

- *Julia BRETONNET, médecin généraliste*
- *Dr Mathilde VICARD-OLAGNE, médecin généraliste – Chef de Clinique Universitaire, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, 28 place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand.*
- *DPO (Délégué à la protection des données) : dpo@uca.fr*

1. Etes-vous ?
   - ☐ Une femme
   - ☐ Un homme

2. Sur les 12 derniers mois, avez-vous été en couple ?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

3. Quel est votre âge ? : ……. ans

4. Avez-vous des enfants ?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

5. Quel est votre code postal ? ……

6. Pour quelle(s) addiction(s) consultez-vous ce jour ? *(Plusieurs réponses possibles)*
   - ☐ Tabac
   - ☐ Alcool
   - ☐ Cannabis
   - ☐ Cocaïne
   - ☐ Héroïne
   - ☐ Traitement de substitution aux opiacés (Méthadone, Subutex®, Suboxone®, Buprénorphine…)
   - ☐ Médicaments contre la douleur : Morphine, Skenan®, Oxycontin®, Codéine…
   - ☐ Médicaments pour le stress, les angoisses et/ou le sommeil : Benzodiazépines (Xanax®, Seresta®, Valium®, …), Lyrica®…
   - ☐ Aliments
   - ☐ Jeu d'argent / jeu vidéo
   - ☐ Autre(s) : …….

7. Quelles substances avez-vous consommé pendant ces 12 derniers mois ? *(Plusieurs réponses possibles)*
   - ☐ Tabac
   - ☐ Alcool
   - ☐ Cannabis
   - ☐ Cocaïne
   - ☐ Héroïne
   - ☐ Traitement de substitution aux opiacés (Méthadone, Subutex, Suboxone, Buprénorphine…)
   - ☐ Médicaments contre la douleur : Morphine, Skenan®, Oxycontin®, Codéine…
   - ☐ Médicaments pour le stress, les angoisses et/ou le sommeil : Benzodiazépines (Xanax®, Seresta®, Valium®, …), Lyrica®…
   - ☐ Autre(s) : ……

8. Pendant ces 12 derniers mois, avez-vous été **victime** de la part de votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) d'une :

   a. Atteinte PHYSIQUE : recevoir des coups de poings et/ou de pieds, des claques, être poussé(e), recevoir un objet, être brulé(e) … :
      ☐ Oui ☐ Non

   b. Atteinte PSYCHIQUE : insultes, menaces, intimidations, interdictions, imposition d'une croyance/idéologie… :
      ☐ Oui ☐ Non

   c. Atteinte SEXUELLE : rapports ou pratiques sexuels sans que vous soyez d'accord :
      ☐ Oui ☐ Non

   d. Atteinte ECONOMIQUE : ne pas avoir accès à un moyen de paiement, ne pas avoir accès à votre compte bancaire :
      ☐ Oui ☐ Non

9. Pendant ces 12 derniers mois, avez-vous été **responsable** sur votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) d'une :

   a. Atteinte PHYSIQUE : donner des coups de poings et/ou de pieds, des claques…, pousser, brûler, …
      ☐ Oui ☐ Non

   b. Atteinte PSYCHIQUE : insulter, menacer, intimider, interdire, imposer une croissance/idéologie…
      ☐ Oui ☐ Non

   c. Atteinte SEXUELLE : rapports ou pratiques sexuels sans que votre conjoint(e) soit d'accord
      ☐ Oui ☐ Non

   d. Violences ECONOMIQUES : priver d'un moyen de paiement, interdire l'accès au compte bancaire…
      ☐ Oui ☐ Non

10. Avez-vous un médecin généraliste qui vous suit régulièrement ?
    ☐ Oui ☐ Non

11. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ?
    ☐ 0 fois ☐ 3 à 5 fois
    ☐ 1 à 2 fois ☐ > à 6 fois

12. Dans quel(s) lieu(x) avez-vous consulté un médecin généraliste ?

- ☐ Cabinet médical ou maison de santé
- ☐ Centre de consultation gratuit (dispensaire Emile Roux, Solidarité Santé, médecine universitaire, médecine pénitentiaire…)
- ☐ Autre : ……

13. Votre médecin généraliste est-il le même que celui ou celle de votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) ?

☐ Oui ☐ Non

14. Comment votre médecin généraliste vous reçoit-il en consultation ?

☐ Seul(e) ☐ Avec votre conjoint(e) ☐ Cela dépend des fois

15. Concernant le problème d'**addiction** :

a. Avez-vous déjà parlé de votre/vos addiction(s) avec un médecin généraliste ?
   - ☐ Oui, un médecin généraliste m'a déjà demandé si je souffrais d'un problème d'addiction
   - ☐ Oui, c'est moi-même qui ai abordé la question
   - ☐ Un médecin m'a déjà posé la question mais je n'ai pas répondu
   - ☐ Je ne me rappelle pas

   Des commentaires éventuels : ……

b. Est-ce que vous auriez/avez aimé que la question des addictions soit abordée par le médecin généraliste ?

   ☐ Oui ☐ Non

16. Concernant les **violences conjugales (subies et/ou commises)** :

a. Avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous avez été victime et/ou responsable avec un médecin généraliste ?
   - ☐ Oui, un médecin généraliste m'a déjà demandé si j'étais victime et/ou responsable 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
   - ☐ Je ne me rappelle pas

   Des commentaires éventuels : ……..

b. Est-ce que vous auriez/avez aimé que la question des violences conjugales soit abordée par le médecin généraliste ?

   ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous d'autres choses à nous dire concernant les problématiques addictives et/ou les violences conjugales et votre relation avec les médecins généralistes ?

……
……
……
……
……
……

Nous vous remercions pour votre participation.

Merci de placer le questionnaire dans une enveloppe fermée et de la déposer dans la boite prévue à cet effet.

ANNEXE 4. Protocole ComVal

Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant et étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-de-Dôme et attentes vis-à-vis des médecins généralistes

Titre abrégé : Etude VIA-MG

Version : **en date du : 27/07/2020**

Code Promoteur	n° d'enregistrement ANSM
« … »	« … »

PROMOTEUR
CHU de Clermont-Ferrand 58 Rue Montalembert 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1
INVESTIGATEUR PRINCIPAL / COORDINATEUR :
Dr Mathilde VICARD-OLAGNE **Assistante universitaire de médecine générale– Médecin généraliste** **Département de médecine générale** Faculté de Médecine - BP38 28 place Henri Dunant 63001 CLERMONT FERRAND Cedex 1 E-mail : mathilde.vicard-olagne@uca.fr
PARTENAIRES ASSOCIES :
Julia BRETONNET **Interne en médecine générale** **Département de médecine générale** Faculté de médecine 28 place Henri Dunant 63000 CLERMONT-FERRAND

<table>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Lydie ATGER
Interne en médecine générale
Département de médecine générale
Faculté de médecine
28 place Henri Dunant
63000 CLERMONT-FERRAND</td></tr>
<tr><td>Dr Catherine LAPORTE
Maitre de conférences des universités
Département de Médecine Générale
Faculté de Médecine
28 place Henri Dunant
63000 CLERMONT-FERRAND</td><td>Pr Georges BROUSSE
Professeur des universités
Pôle psychiatrie
CHU Clermont-Ferrand
58 rue Montalembert
63001 CLERMONT-FERRAND Cedex 1</td></tr>
<tr><td colspan="2">METHODOLOGISTES / STATISTICIENS</td></tr>
<tr><td>Céline LAMBERT, – Biostatisticienne
Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation
CHU Clermont-Ferrand, 3ème étage,
Bâtiment Dunant, 58 rue Montalembert
63003 CLERMONT-FERRAND Cedex</td><td>Bruno PEREIRA – Biostatisticien
Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation
CHU Clermont-Ferrand, 3ème étage,
Bâtiment Dunant, 58 rue Montalembert
63003 CLERMONT-FERRAND Cedex</td></tr>
<tr><td colspan="2">ATTACHEE DE RECHERCHE CLINIQUE</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ingrid DE CHAZERON
Recherche clinique
Services de Psychiatrie B et Neurologie A
CHU Clermont-Ferrand
58 rue Montalembert
63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 1</td></tr>
<tr><td colspan="2">LIEU DE REALISATION DE L'ETUDE</td></tr>
<tr><td colspan="2">Structures ambulatoires et hospitalières d'addictologie du Puy De Dôme</td></tr>
</table>

RESUMÉ

Contexte :

Les violences conjugales constituent une problématique fréquente majoritairement décrite chez la femme dont la prévalence est très variable selon les études (1). On estime qu'en France environ 1 femme sur 10 a été victime de violences conjugales au cours des 12 derniers mois. Une femme européenne sur 5 a été victime de violences physiques et/ou sexuelles et une sur 2 a été victime de violences psychologiques au cours de sa vie (2). Celles-ci peuvent prendre différentes formes que ce soit physique, psychique, sexuelle, économique.

C'est une problématique multifactorielle et ayant de multiples conséquences telles que l'isolement, mais également un retentissement sur la santé avec des traumatismes physiques, troubles psychologiques et psychiatriques avec notamment l'abus de substances psychoactives (3).

Les pathologies addictives sont fréquentes, par exemple 10% de la population française serait en difficulté avec l'alcool.

Un lien entre violences conjugales et pathologies addictives a été retrouvé dans de nombreuses études (4).

Par exemple, d'après une méta-analyse réalisée en 2008, le risque d'agression sur un partenaire intime est multiplié par 3 en cas de trouble de l'usage de l'alcool ou d'une autre substance (22). Sur les 121 féminicides commis en France en 2018, dans au moins 55% des cas l'un des deux protagonistes (auteur ou victime) était sous l'emprise d'une substance (alcool, stupéfiants) (21).

Objectifs :

Principal : évaluer la prévalence de la perpétration et de la victimation des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le-Puy-de-Dôme.

Secondaires : Décrire la population consultant ou étant hospitalisée en addictologie dans le Puy-De-Dôme : âge, sexe, type d'addiction, présence de violences conjugales (subies et/ou commises), caractéristiques de recours à la médecine générale, attentes vis-à-vis de la médecine générale (concernant les pathologies addictives et les violences conjugales).

Type d'étude :

Etude descriptive transversale

Nombre de centres :

- En ambulatoire : 7 centres
  - CHU Clermont-Ferrand : consultations d'addictologie
  - CH Sainte-Marie : consultations d'addictologie
  - CH Thiers : consultations d'addictologie
  - CH Ambert : consultations d'addictologie
  - ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) de Clermont-Ferrand
  - ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) d'Issoire
  - ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) d'Ambert
- En hospitalisation : 3 centres
  - CHU Clermont-Ferrand
  - CH Thiers
  - CH Clémentel

Description de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive cherchant à évaluer la prévalence de la perpétration et victimation des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-de-Dôme. Cette prévalence sera évaluée au moyen d'auto-questionnaires disposés dans les centres d'addictologie ambulatoires et les services d'addictologie hospitaliers.

- Recrutement des centres : Les centres sélectionnés seront ceux répertoriés sur le site « Addictauvergne.fr » en excluant les centres prenant en charge uniquement la tabacologie.
- Distribution des questionnaires : Les questionnaires et les boites de recueil seront distribués dans les centres par Lydie ATGER. Les patients seront invités à participer grâce à des affiches et des suggestions des professionnels du centre. La participation sera libre et anonyme. Les questionnaires remplis seront ensuite déposés dans des enveloppes fermées elles-mêmes déposées dans des boites de recueil.

- Recueil des données : L'interne en charge de l'étude se rendra dans les différents centres à intervalle régulier afin de récupérer les boites de dépôt. L'analyse des questionnaires permettra de décrire la population consultant ou étant hospitalisée en addictologie dans le Puy-de-Dôme : âge, sexe, type d'addiction, présence de violences conjugales (subies et/ou commises), caractéristiques de recours à la médecine générale, attentes vis-à-vis de la médecine générale. Nous évaluerons ainsi la prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales parmi les patients consultant en addictologie ayant rempli le questionnaire.

Critère de jugement principal :

Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-De-Dôme.

Nombre de sujets :

D'après les résultats préliminaires de l'étude de faisabilité, un échantillon d'environ 400 sujets serait nécessaire.

Critères d'inclusion :

- Patients majeurs
- Patients parlant et écrivant le français
- Patients venant consulter ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction
- Patients étant ou ayant été en couple

Critères de non inclusion :

- Patients mineurs
- Patients n'ayant jamais été en couple
- Addiction au tabac seul

Description succincte des produits : Non applicable

Déroulement de l'étude :

- Rédaction du protocole préliminaire de l'étude et rédaction du questionnaire par Julia BRETONNET en 2019
- Etude de faisabilité au sein de l'ANPAA de Clermont-Ferrand du 7 novembre 2019 au 5 décembre 2019 réalisée par Julia BRETONNET

- Modification du questionnaire et du protocole de recherche grâce aux résultats de l'étude de faisabilité
- Présentation des résultats de l'étude de faisabilité le 29 septembre 2020 avec modifications à apporter aux questionnaires
- Etude générale dans les différents centres ambulatoires et hospitaliers du Puy-de-Dôme
- Date de début de l'étude en janvier 2021, période de recueil d'environ 6 mois à ajuster selon le taux de participation dans les différents centres.
- Recueil des questionnaires, analyse des données et analyse statistique

SOMMAIRE

1. INFORMATIONS GENERALES 9
1.1. TITRE DE LA RECHERCHE 9
1.2. CODE PROMOTEUR 9
1.3. PROMOTEUR 9
1.4. COORDINATION ET SUIVI DE L'ETUDE 9
1.5. INVESTIGATEURS 9
1.5.1. Investigateur coordonnateur (si étude multicentrique) 9
1.5.2. Investigateurs principaux (pour étude multicentrique) et / ou investigateurs associés 9
1.6. PARTENAIRES ASSOCIES 10
1.7. LIEUX DE REALISATION D'ETUDE 10
1.8. TRAITEMENT DES DONNEES 11
1.9. COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES 11
1.10. CALENDRIER PREVISIONNEL DE L'ETUDE 11
2. RATIONNEL DE L'ETUDE / JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE 11
2.1. DERNIER ETAT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES 11
2.2. DERNIER ETAT DES CONNAISSANCES SUR L'EXPERIMENTATION PRE CLINIQUE 15
2.3. EXPOSE DES HYPOTHESES ET DES OBJECTIFS 15
2.4. RESUME DES BENEFICES ET DES RISQUES PREVISIBLES ET CONNUS POUR LES PERSONNES SE PRETANT A LA RECHERCHE 15
2.5. RETOMBEES ATTENDUES 16
2.6. REFERENCES A LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE ET AUX DONNEES PERTINENTES SERVANT DE REFERENCE POUR LA RECHERCHE 16
3. OBJECTIFS DE L'ETUDE 19
3.1. OBJECTIF PRINCIPAL 19
3.2. OBJECTIFS SECONDAIRES 19
4. DESCRIPTION DE L'ETUDE 20
4.1. TYPE D'ESSAI 20
4.2. CATEGORIE DE RECHERCHE 20
4.3. JUSTIFICATION DE LA QUALIFICATION 20

5. POPULATION ETUDIEE 20
5.1. CRITERES D'INCLUSION 20
5.2. CRITERES DE NON INCLUSION 20
5.3. PROCEDURE D'ARRET PREMATURE DE TRAITEMENT 20
5.4. PERIODE D'EXCLUSION ET PARTICIPATION A UNE AUTRE RECHERCHE 21
5.5. INDEMNISATION DES VOLONTAIRES 21
5.6. MODALITES DE RECRUTEMENT 21
6. METHODOLOGIE DE L'ETUDE 21
6.1. CRITERES D'EVALUATION 21
6.1.1. Critère d'évaluation principal 21
6.1.2. Critères d'évaluation secondaires 22
6.2. DESCRIPTION DE LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 22
6.3. DESCRIPTION DES MESURES PRISES POUR REDUIRE ET EVITER LES BIAIS 24
7. REALISATION PRATIQUE DU PROTOCOLE 24
7.1. DESCRIPTION DETAILLEE DES ACTES PRATIQUES SUR LES PERSONNES (DESCRIPTION DE CHACUNE DES VISITES) 24
7.2. DESCRIPTION DE L'ORGANISATION LOGISTIQUE GENERALE DE L'ESSAI 24
7.3. PRELEVEMENTS ET ANALYSES BIOLOGIQUES DE L'ETUDE 24
7.4. DUREE PREVUE DE PARTICIPATION DES PERSONNES ET DESCRIPTION DE LA CHRONOLOGIE DE L'ESSAI 25
8. PRODUIT (/ DISPOSITIF MEDICAL / AUTRE) A L'ETUDE (SI APPLICABLE) 25
8.1. DESCRIPTION DU PRODUIT 25
8.2. POSOLOGIE, MODALITES D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT 25
8.3. PRESENTATION DES PRODUITS 25
8.4. DELIVRANCE ET COMPLIANCE 25
8.5. MEDICAMENTS ET TRAITEMENTS AUTORISES ET INTERDITS PENDANT L'ESSAI 25
9. DONNEES RECUEILLIES 25
10. CONSIDERATIONS STATISTIQUES 26
10.1. NOMBRE DE SUJETS A INCLURE 26
10.2. ANALYSE DE DONNEES : GENERALITES 27
10.3. ANALYSE PRINCIPALE 27
10.4. ANALYSES SECONDAIRES 27
10.5. METHODE DE PRISE EN COMPTE DES DONNEES MANQUANTES, INUTILISEES OU INVALIDES 28
10.6. RESPONSABLE DE L'ANALYSE 28
11. EVALUATION DE LA SECURITE – GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES 28
12. DROIT D'ACCES AUX DONNEES ET DOCUMENTS SOURCE 28
12.1. ACCES AUX DONNEES 28
12.2. DONNEES SOURCE 29
12.3. CONFIDENTIALITE DES DONNEES 29
13. CONTROLE ET ASSURANCE DE LA QUALITE 30
13.1. ENGAGEMENT DES INVESTIGATEURS ET DU PROMOTEUR 30
13.2. ASSURANCE DE QUALITE 30
13.3. CONTROLE DE QUALITE 30
13.4. CAHIER D'OBSERVATION 30

14. CONSIDERATIONS ETHIQUES 31

14.1. COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES 31
14.2. INFORMATION DU PATIENT ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE ECRIT 31
14.3. AMENDEMENTS AU PROTOCOLE 31
14.4. PRISE EN CHARGE RELATIVE A LA RECHERCHE 32

15. TRAITEMENT DES DONNEES ET CONSERVATION DES DOCUMENTS ET DONNEES RELATIVES A LA RECHERCHE 32

15.1. SAISIE ET TRAITEMENT DES DONNEES 32
15.2. CNIL 32
15.3. ARCHIVAGE 32

16. FINANCEMENT ET ASSURANCE 33

16.1. BUDGET DE L'ETUDE 33
16.2. ASSURANCE 33

17. COMMUNICATION - REGLES DE PUBLICATION 33

18. FAISABILITE DE L'ETUDE 33

19. BIBLIOGRAPHIE 34

20. LISTE DES ANNEXES ..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

1. Informations générales

1.1. Titre de la recherche

Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-de-Dôme et attentes vis-à-vis des médecins généralistes.
Etude VIA-MG.

1.2. Code Promoteur

1.3. Promoteur

CHU de Clermont-Ferrand
58 rue Montalembert
63003 Clermont-Ferrand cedex 1

Direction Générale Adjointe – Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation
Tél : 04.73.751.195 / Fax : 04.73.754.730

1.4. Coordination et suivi de l'étude

Centre d'Investigation Clinique – INSERM CIC-1405
58 rue Montalembert
63003 Clermont-Ferrand cedex 1

1.5. Investigateurs

1.5.1. Investigateur principal

Dr VICARD-OLAGNE Mathilde, docteur en médecine, assistante universitaire de médecine générale.

1.5.2. Investigateurs associés

BRETONNET Julia, interne en médecine générale

ATGER Lydie, interne en médecine générale

1.6. Partenaires associés

Pr Georges BROUSSE, PU Addictologie
Dr Catherine LAPORTE, MCU -MG
Mme DE CHAZERON Ingrid, Attachée de recherche clinique
L'équipe du site déclicviolence
Service de victimologie du CHU de Clermont-Ferrand : Mme MANNEVILLE, psychologue
Mme LAMBERT Céline, biostatisticienne à la direction de recherche clinique et de l'innovation du CHU de Clermont-Ferrand.

1.7. Lieux de réalisation d'étude

- En ambulatoire : 7 centres
  - CHU Clermont-Ferrand : consultations d'addictologie
  - CH Sainte-Marie : consultations d'addictologie
  - CH Thiers : consultations d'addictologie
  - CH Ambert : consultations d'addictologie
  - ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) de Clermont-Ferrand
  - ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) d'Issoire
  - ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) d'Ambert
- En hospitalisation : 3 centres
  - CHU Clermont-Ferrand
  - CH Thiers
  - CH Clémentel

Autorisation de lieu de recherche : non applicable

1.8. Traitement des données

Céline LAMBERT -Biostatistiques
Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du C.H.U. de Clermont-Ferrand
Bâtiment Dunant, 58 rue Montalembert
63003 Clermont-Ferrand Cedex

Bruno PEREIRA- Biostatistiques
Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du C.H.U. de Clermont-Ferrand
Bâtiment Dunant, 58 rue Montalembert
63003 Clermont-Ferrand Cedex

1.9. Comité de Protection des Personnes

Le CPP auquel le dossier aura été soumis (après tirage au sort)

1.10. Calendrier prévisionnel de l'étude

Soumission CPP :
Déclaration à l'ANSM : non applicable
Début d'étude : janvier 2021
Période de recrutement : 6 mois
Période de suivi : non applicable
Durée totale de l'étude : 6 mois
Fin d'étude prévisionnelle (dernière visite du dernier patient) : juin 2021
Rapport de fin d'étude : novembre 2021

2. Rationnel de l'étude / Justification scientifique

2.1. Dernier état des connaissances scientifiques

Selon l'organisation mondiale de la santé, les violences conjugales (VC) ou violences envers un partenaire intime (IPV) sont définies par « tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie »(5).

L'étude ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences faites aux Femmes en France), en 2000, met en évidence qu'environ une femme sur 10 a été victime de VC (psychologiques, physiques ou sexuelles) sur les 12 derniers mois (6). Il existe moins de données sur les hommes victimes de VC. Selon l'ONDRP (Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales) dans l'enquête « Cadre de vie et sécurité », 0,4% des hommes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple chaque année (contre 1% pour les femmes) (7).
En 2018, 121 femmes ont été tuées par leur (ex-)partenaire. Sur cette même année, 28 hommes ont été tués par leur (ex-)partenaires, 15 étaient auteurs de violences conjugales (8).
Toujours selon l'enquête ENVEFF, le médecin généraliste s'avère être le premier interlocuteur (24% des cas) avant les autorités judiciaires et les associations (1,10). De plus, les médecins généralistes sont amenés à voir les victimes en consultation pour des conséquences variées (dépression, anxiété, plaintes fonctionnelles, douleurs chroniques, consultations itératives…) et potentiellement graves des violences conjugales (11,12). La HAS (Haute Autorité de Santé) a d'ailleurs publié en octobre 2019 une recommandation de bonne pratique intitulée « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » s'adressant à tous les professionnels de santé, notamment le médecin généraliste (11).

Les addictions sont définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères (13). Le DSM-V définit ainsi le trouble de l'usage à une substance qui regroupe dans ce terme l'abus (ou usage à risque) et la dépendance. (14).
Selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), en 2014, on estimait à 8,7 millions les usagers réguliers pour l'alcool et 1,4 millions pour le cannabis parmi les 11 – 75 ans (15).
Selon l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), 10% des adultes seraient en difficulté avec l'alcool (dépendance, consommation abusive). L'alcool est la 2ème cause de mortalité prématurée en France : sa consommation contribue de façon directe ou indirecte à 11% des décès masculins et 4% des décès féminins. Les conséquences sont ainsi importantes sur le plan de la santé (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies digestives notamment cirrhose, accidents, suicides…) mais aussi dans le domaine social (relations familiales, travail, loisirs…) (16).
En 2009, près de deux tiers des médecins généralistes ont vu au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année (chiffre en nette augmentation) et 59% ont reçu au moins un usager de cannabis en consultation. Les trois quart des généralistes prenaient eux même en charge leurs patients pour un problème lié à l'alcool (17).

Le plan 2007-2011 pour « la prise en charge et la prévention des addictions » souhaitait impliquer la médecine de ville par le développement de la prévention de l'usage à risque d'alcool et le développement de l'enseignement en addictologie (18). Le rôle du médecin généraliste dans les addictions est ainsi de réduire les vulnérabilités, limiter l'impact des premières consommations, faire prendre conscience des risques (sanitaires et sociaux) , assurer la substitution et soutenir les reprises de contrôle (19).

Un lien entre violences conjugales et pathologies addictives a été retrouvé dans plusieurs études (4). Selon l'OMS, être usager de drogues peut augmenter le risque d'être à la fois victime et auteur de violence. Certaines substances ont ainsi comme effet pharmacologique de modifier le comportement des consommateurs plutôt vers la tendance agressivité/violence (20).
Par exemple, l'utilisation nocive d'alcool est un facteur de risque d'être auteur de violences conjugales (5).

En France, dans 28% des cas de violences conjugales enregistrés en région parisienne, l'auteur consommait régulièrement des quantités importantes d'alcool (21). Sur les 121 féminicides en France, en 2018, dans 55% des cas au moins l'un des deux (auteur ou victime) était sous l'emprise d'une substance (alcool, stupéfiants).
Une méta-analyse réalisée en 2008 retrouve que le risque d'agression sur un partenaire intime est multiplié par 3 en cas de trouble de l'usage de l'alcool ou d'un autre produit. Les drogues les plus impliquées sont les stimulants (comme la cocaïne) et le cannabis (22).
Une revue de la littérature sur les violences (subies ou produites) et l'usage de substances psychoactives et de drogues chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne retrouve un recours aux substances psychoactives plus important chez les personnes ayant subi des violences au cours de la vie que chez celles n'en ayant pas subi (23).
Prenons encore l'exemple d'une étude réalisée aux USA : « Intimate partner violence and specific substance use disorder » conduite chez 25778 participants ayant été en couple l'année précédente. Parmi les participants déclarant avoir été auteur de violence conjugale, 21,7 % consommaient de l'alcool contre 9,7% chez les non-auteurs. De même pour la cocaïne : 2,1% chez les auteurs contre 0,1% chez les non-auteurs. Concernant les victimes, 24,6% consommaient de l'alcool contre 9,5% chez les non victimes, 7,4% consommaient du cannabis contre 1,3% chez les non-victimes (24).

Il y a plusieurs modèles qui permettraient d'expliquer le lien entre l'usage de substances psychoactives et les VC (22):

- Selon le triparte du cadre conceptuel de Goldstein en 1985 :

  - Les effets psycho-pharmacologiques des drogues peuvent augmenter l'excitation et les comportements irrationnels amenant à l'agression.
  - Les compulsions économiques amènent à des actes violents pour s'acheter de la drogue.
  - La victimation et la perpétration des violences est inhérente à la participation au trafic de drogues.
- L'usage de drogues ne serait pas la cause des agressions et les agressions ne seraient pas la cause de l'usage de drogues mais on parlerait plutôt de comportement déviant. Ainsi un individu qui est plus enclin à avoir un comportement déviant, a plus de chance d'être impliqué dans un autre comportement déviant.
- Le modèle bio-psycho-social propose que les influences distales (violences dans l'enfance, antécédents familiaux d'usage de substances, anciennes consommations de substances, image traditionnelle des genres, pathologies psychiques) en lien avec les influences proximales (intoxication, déficit de traitement de l'information, provocation, impulsivité, hypersensibilité, contexte de la rencontre) augmentent le risque d'agression dans un contexte de relation conflictuelle avec le partenaire intime. Certains facteurs de risque sont ainsi communs au fait de consommer des substances et de perpétrer la violence tels que le niveau socio-économique bas et la dysfonctionnalité familiale dans l'enfance.

Concernant le fait que les pathologies addictives soient plus fréquentes chez les victimes de VC, cela pourrait être expliqué par la mémoire traumatique, ou syndrome de stress post-traumatique, dont les mécanismes neurobiologiques sont de mieux en mieux connus. Ainsi lors des périodes de souffrance psychologique, la victime utilise des conduites « d'auto-traitements » dissociantes, notamment en consommant des drogues dissociantes (alcool, cannabis, héroïne…) qui permettent de déclencher la disjonction du circuit émotionnel. Ceci constitue ainsi une stratégie de lutte face au traumatisme associé à la violence. De plus le fait de consommer des substances conduit à une relation conflictuelle pourvoyeuse de violences (20, 25).

Les VC et les pathologies addictives sont donc deux problématiques, parfois intriquées, que les médecins généralistes ont très souvent à prendre à charge. Cependant il y a peu de données disponibles sur la prévalence des VC (qu'elles soient commises et/ou subies) dans la population des patients présentant une pathologie addictive. De plus, il semblerait intéressant de savoir quels sont les profils de ces patients pour pouvoir améliorer le dépistage et la prise en charge de ces

problématiques. Il semble de plus indispensable de mieux connaitre les attentes de ces patients vis-à-vis de leur généraliste.

2.2. Dernier état des connaissances sur l'expérimentation pré clinique

Non applicable

2.3. Exposé des hypothèses et des objectifs

Hypothèse : Nous supposons une prévalence élevée des violences conjugales (que ce soit la victimation ou la perpétration) chez les patients ayant une problématique d'addictologie. Plus particulièrement nous attendons une prévalence importante de victimation et/ou perpétration de violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-de-Dôme.

Objectifs :

-Principal : Evaluer la prévalence de la perpétration et de la victimation des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-de-Dôme.

-Secondaires : Décrire la population consultant et étant hospitalisée en addictologie dans le Puy-de-Dôme : âge, sexe, type d'addiction, présence de violences conjugales (subies et/ou commises). Caractéristiques de recours à la médecine générale, connaissance des attentes de ces patients vis-à-vis de la médecine générale en vue d'une amélioration des pratiques.

2.4. Résumé des bénéfices et des risques prévisibles et connus pour les personnes se prêtant à la recherche

- Bénéfices-patient :
  - Favoriser la révélation à des professionnels de certaines problématiques (victimation et/ou perpétration des VC)
  - Libération de la parole sur ces problématiques (addictions, VC)

- Risques pour le patient :
  Principalement d'ordre psychologique, l'étude pouvant ainsi faire émerger des problématiques non abordées jusqu'alors par les patients et nécessitant une prise en charge spécialisée auprès d'un psychologue. Un soutien psychologique sera ainsi proposé auprès de Mme MANNEVILLE, psychologue au sein du service de victimologie du CHU de Clermont-Ferrand.

2.5. Retombées attendues

Amélioration des pratiques professionnelles :

- Meilleure connaissance de la population des patients ayant une problématique addictive
- Meilleure connaissance des attentes de cette population vis-à-vis de leur médecin généraliste
- Amélioration du repérage des VC dans cette population

2.6. Références à la littérature scientifique et aux données pertinentes servant de référence pour la recherche

1. Déclic Violence — Site [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: http://www.declicviolence.fr/index.html

2. Guillam M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. sept 2014;62:S252.

3. Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. Am Fam Physician. 15 oct 2016;94(8):646-51.

4. Stuart GL, Moore TM, Elkins SR, O'Farrell TJ, Temple JR, Ramsey S, et al. The Temporal Association between Substance Use and Intimate Partner Violence among

Women Arrested for Domestic Violence. J Consult Clin Psychol [Internet]. août 2013 [cité 29 mars 2020];81(4). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885140/

5. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé: violence entre partenaires. 2002.

6. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France. Bull Mens Inf Inst Natl Détudes Démographiques [Internet]. janv 2001 [cité 3 déc 2019];(364). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf

7. Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. Victimation 2017 et perception de la sécurité. Résultats de l'enquête Cadre de vie et Sécurité 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur: https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp_files/publications/pdf/rapport_CVS_2018.pdf

8. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violences au sein du couple et violences sexuelles: indicateurs annuels 2018 [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/data/Synth%C3%A8se_Violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20violences%20sexuelles_novembre%202019.pdf

9. Buchaillet C, Jousset N, Rougé Maillart C. Violences conjugales. Rev Prat Médecine Générale. mai 2014;28(922):417-22.

10. Saurel-Cubizolles M-J. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000 santepubliquefrance.fr. :2.

11. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf

12. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. Clermont Auvergne; 2017.

13. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. drogues.gouv.fr. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction

14. Addiction à une substance: critères DSM-5 [Internet]. Disponible sur: http://www.addictauvergne.fr/addictauvergne/wp-content/uploads/2014/02/Crite%CC%80res-addiction-DSM5.pdf

15. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage de drogues en France. Résultats du baromètre santé 2014 relatifs aux usages de substances psychoactives en population adulte. Tend 99. mars 2015;8.

16. Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale, Naasila M. Alcool & Santé. Lutter contre un fardeau aux multiples visages. [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2006 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante

17. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes: prise en charges des addictions par les médecins généralistes. 2009;29.

18. Ministère de la Santé et des Solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions: Plan 2007 - 2011 [Internet]. 2006 [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf

19. Binder P, Vanderkam P. Intervenir sur les addictions en médecine générale. Deuxième partie: les interventions possibles. Exercer. févr 2017;(130):72-81.

20. Amanda Atkinson, Zara Anderson, Karen Hughes, Mark A Bellis, Harry Sumnall and Qutub Syed. interpersonal_violence_and_illicit_drug_use.pdf [Internet]. Centre for Public Health Liverpool John Moores University WHO Collaborating Centre for Violence Prevention; 2009

21. Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale, Naasila M. Alcool & Santé. Lutter contre un fardeau aux multiples visages. [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2006

[cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante

22. Moore T, Stuart G, Meehan J, Rhatigan D, Hellmuth J, Keen S. Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. févr 2008;28(2):247-74.

23. Benoit T, Jauffret-Roustide M. Améliorer la prise en charge des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives. 2015.

24. Smith PH, Homish GG, Leonard KE, Cornelius JR. Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav [Internet]. juin 2012 [cité 9 févr 2020];26(2). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3883081/

25. Salmona M. La mémoire traumatique en bref [Internet]. https://www.memoiretraumatique.org. 2008 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/memoire-traumatique.html

3. Objectifs de l'étude

3.1. Objectif principal

Objectif double : *E*valuer la prévalence de la perpétration et de la victimation des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-de-Dôme.

3.2. Objectifs secondaires

Décrire la population consultant ou étant hospitalisée en addictologie dans le Puy-de-Dôme : âge, sexe, type d'addiction,

Caractéristiques de recours à la médecine générale des patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie

Attentes vis-à-vis des médecins généralistes concernant les pathologies addictives et les violences conjugales des patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie

4. Description de l'étude

4.1. Type d'essai

Essai de type observationnel transversal

4.2. Catégorie de recherche

RIPH de catégorie 3

4.3. Justification de la qualification

Etude en recherche observationnelle au regard de la liste fixée par l'arrêté du 12/04/2018.

Il s'agit en effet d'une recherche portant sur des personnes saines ou malades comportant des risques et des contraintes minimes.

5. Population étudiée

5.1. Critères d'inclusion

- Patients majeurs
- Patients parlant et écrivant le français
- Patients venant consulter ou étant hospitalisés pour un problème d'addiction
- Patients étant ou ayant été en couple

5.2. Critères de non inclusion

- Patients mineurs
- Patients n'ayant jamais été en couple
- Addiction au tabac seul

5.3. Procédure d'arrêt prématuré de traitement

Non applicable

Dans le cadre de cette étude il n'existe pas de suivi des patients du fait que celle-ci repose sur le remplissage d'un questionnaire. Ainsi cette étude n'est pas concernée par la sortie d'essai des patients. Ceux-ci peuvent choisir librement de remplir ou non le questionnaire disposé dans les différentes salles d'attente.

5.4. Période d'exclusion et participation à une autre recherche

Il n'existe pas de période d'exclusion, le patient pouvant tout à fait participer à un autre protocole de recherche clinique de manière simultanée.

5.5. Indemnisation des volontaires

Aucune indemnisation des volontaires n'est prévue.

5.6. Modalités de recrutement

Dans les centres ambulatoires d'addictologie, des questionnaires seront disposés en libre-service dans la salle d'attente. Les patients consultant dans ces centres seront invités à répondre au questionnaire par des affiches et par suggestion des différents professionnels du centre. Les modalités de l'étude (avec une information claire sur l'anonymat) seront présentées via une affiche sur la boite de recueil (annexe 3). La participation se fera de manière libre et anonyme.

Dans les centres hospitaliers, le questionnaire sera proposé lors de l'entrée du patient dans le service, avec information sur les modalités de l'étude et l'anonymat.

6. Méthodologie de l'étude

6.1. Critères d'évaluation

6.1.1. Critère d'évaluation principal

Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-de-Dôme. Recueil via auto-questionnaire papier dans les différents centres participant à l'étude sur une période de 6 mois.

6.1.2. Critères d'évaluation secondaires

Sur la base des questionnaires recueillis il s'agit de déterminer :
- Prévalence de chaque type d'addiction
- Profils socio-démographiques des auteurs et des victimes de violence conjugale consultant ou étant hospitalisés en addictologie (moyenne d'âge, répartition hommes-femmes)
- Caractéristiques de recours à la médecine générale des patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie, motifs et fréquence de recours à la médecine générale
- Attentes vis-à-vis des médecins généralistes concernant les pathologies addictives et les violences conjugales des patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie

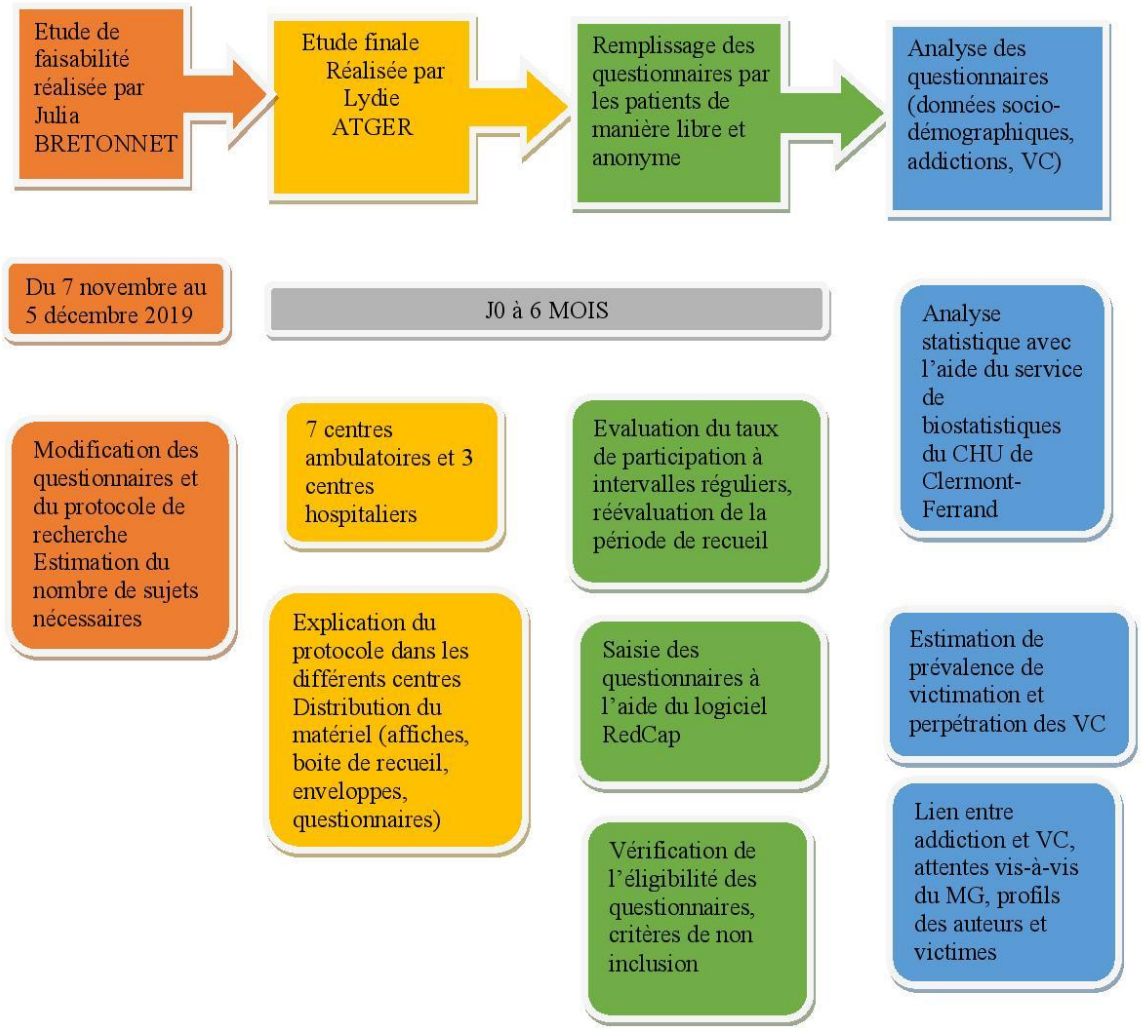
6.2. Description de la méthodologie de la recherche

L'interne en charge de l'étude se rendra dans les centres recrutés pour expliquer le protocole et donner le matériel (boite de recueil avec son affiche explicative, affiches pour la salle d'attente, questionnaires et enveloppes).

- En ambulatoire : Les questionnaires (annexe 1) seront disposés en libre-service dans la salle d'attente. Les patients seront invités à répondre au questionnaire par des affiches (annexe 2) et par suggestion des différents professionnels du centre. Une fois que le questionnaire sera rempli, le patient devra le déposer dans une boite prévue à cet effet dans une enveloppe fermée. Les modalités de l'étude (avec une information claire sur l'anonymat) seront présentées via une affiche sur la boite de recueil (annexe 3). Si des questions ou des problèmes sont soulevés par le remplissage du questionnaire, le nom d'un soignant de la structure dans laquelle le patient consulte ainsi que les coordonnées de Mme MANNEVILLE, psychologue au sein de l'unité de victimologie adulte du CHU seront précisés sur le questionnaire et sur la boite de recueil.
- En hospitalier : Le questionnaire (annexe 4) sera proposé lors de l'entrée du patient dans le service. Le patient devra ensuite déposer le questionnaire dans la boite de recueil dans une enveloppe fermée. Les modalités de l'étude (avec une information claire sur l'anonymat) seront présentées via une affiche sur la boite de recueil. Si des questions ou des problèmes

sont soulevés par le remplissage du questionnaire, le nom d'un soignant de la structure dans laquelle le patient est hospitalisé ainsi que les coordonnées de Mme MANNEVILLE, psychologue au sein de l'unité de victimologie adulte du CHU seront précisés sur le questionnaire et sur la boite de recueil.

- La période de recueil sera de 6 mois avec des évaluations du taux de participation à intervalle régulier pour réévaluer la durée de recueil et encourager les centres à favoriser la participation si besoin.



6.3. Description des mesures prises pour réduire et éviter les biais

Réduire le biais d'exhaustivité : Tous les centres d'addictologie du département sont inclus ce qui permet d'être représentatif de la population consultant ou étant hospitalisée en addictologie dans le Puy-de-Dôme.

Réduire le biais de déclaration : Participation des patients de manière libre et anonyme. Remise des questionnaires sous enveloppe, celle-ci même étant placée dans une boite fermée pour renforcer l'anonymat.

Réduire le biais de sélection : les patients seront encouragés à participer. A noter que le recrutement se fera uniquement dans des centres d'addictologie donc les résultats de l'étude ne seront pas applicables à la population consultant en médecine générale, cela nécessitera une autre étude en médecine générale.

Réduire le biais d'information / de prévarication : Evaluation par auto-questionnaire, pas d'entretien en face à face.

7. Réalisation pratique du protocole

7.1. Description détaillée des actes pratiqués sur les personnes (description de chacune des visites)

Au cours de cette étude il n'est pas prévu de suivi de patients. Une seule participation par patient par remplissage d'un auto-questionnaire.

7.2. Description de l'organisation logistique générale de l'essai

- Distribution du matériel (enveloppes, questionnaires, affiches) aux différents centres participant à l'étude par Lydie ATGER + explication du protocole et des modalités de l'étude aux personnels
- Recueil des questionnaires + évaluation de la participation de chaque centre à intervalles réguliers
- Saisie informatique des questionnaires papiers sur le logiciel REDCap par Lydie ATGER
- Analyse statistique effectuée par Céline LAMBERT

7.3. Prélèvements et analyses biologiques de l'étude

Non applicable

7.4. Durée prévue de participation des personnes et description de la chronologie de l'essai

Durée de l'étude estimée à environ 6 mois modulables en fonction du taux de participation
Date de début et de fin de l'étude : de janvier à juin 2021
Durée totale de participation à l'étude pour le patient : temps de remplissage du questionnaire (soit moins de 5 minutes.)
La date de fin d'étude sera transmise à l'autorité compétente et au CPP dans un délai de 90 jours.
En cas d'arrêt prématuré de l'étude, l'information sera transmise dans un délai de 15 jours à l'autorité compétente et au CPP.

8. Produit (/ dispositif médical / autre) à l'étude (Si applicable)

8.1. Description du produit

Non applicable

8.2. Posologie, modalités d'administration et durée du traitement

Non applicable

8.3. Présentation des produits

Non applicable

8.4. Délivrance et compliance

Non applicable

8.5. Médicaments et traitements autorisés et interdits pendant l'essai

Non applicable

9. Données recueillies

Toutes les données du sujet seront recueillies dans le questionnaire et constitueront les données sources du protocole. Ces données devront être rapportées dans une base de données spécifique au protocole. Il s'agit :

- Données socio-démographiques : sexe, âge, situation familiale,
- Données en rapport avec la pathologie addictive : motif de consultation, substances consommées sur les 12 derniers mois, attentes vis-à-vis de la médecine générale

- Données en rapport avec les violences conjugales : victimation de VC, perpétration de VC sur les 12 derniers mois, attentes vis-à-vis de la médecine générale
- Données sur le recours à la médecine générale : présence d'un médecin généraliste « référent », fréquence de consultation, lieu de consultation, même médecin ou non que le/la (ex-) conjoint(e)

10. Considérations statistiques

10.1. Nombre de sujets à inclure

L'objectif de cette étude vise à estimer la prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-de-Dôme. Ce type d'enquête, menée sur un échantillon, doit permettre de généraliser les résultats à l'ensemble de la population ciblée. Dans ce type de calcul d'effectif, on se fixe donc, en plus de la proportion escomptée, une marge d'erreur sur l'estimation (fiabilité de l'échantillon). L'étude de faisabilité réalisée sur 25 patients a mis en évidence 36% de victimation et 29% de perpétration. Ainsi, l'estimation du nombre de sujets nécessaire repose sur le taux le plus élevé (36%) et il faudrait inclure 350 à 547 sujets pour avoir une précision de l'ordre de ± 4% à 5% (cf. Figure 1). In fine, il est proposé d'inclure 400 patients.

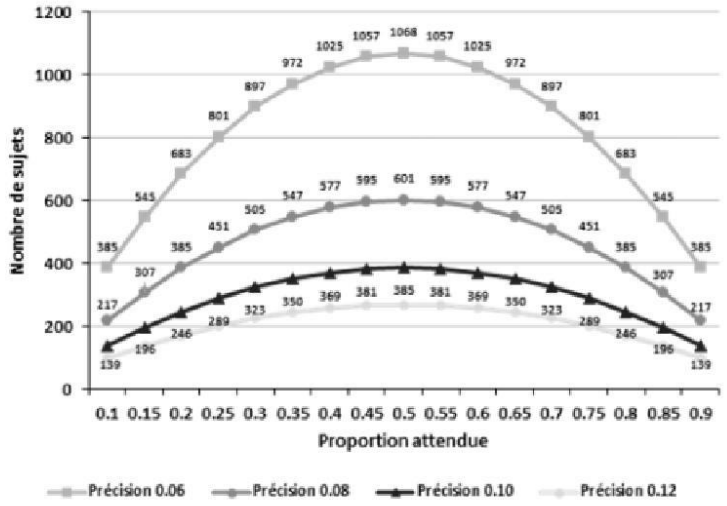


Figure 1

10.2. Analyse de données : généralités

Les analyses statistiques seront réalisées avec les logiciels Stata (version 15 ; StataCorp, College Station, Texas, USA) et R 3.3.3 (http://cran.r-project.org/), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. Comme discuté par Feise (Feise RJ. Do multiple outcome measures require p-value adjustment? BMC Medical Research Methodology 2002, 2:8), l'ajustement du risque d'erreur de première espèce ne sera pas proposé systématiquement, mais au cas par cas au vu des considérations cliniques et non uniquement statistiques. La population sera décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne ± écart-type ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique. La normalité sera étudiée par le test de Shapiro-Wilk et/ou par histogramme. Des représentations graphiques seront autant que possible associées aux analyses.

10.3. Analyse principale

Le taux de patients victimes de violences conjugales sera présenté avec un intervalle de confiance à 95%. De même pour le taux de patients auteurs de violences conjugales.

10.4. Analyses secondaires

Les analyses statistiques seront essentiellement de nature descriptive. Des comparaisons entre groupes indépendants pourront être réalisées par des tests statistiques usuels : test du Chi2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives ; test t de Student ou test de Mann-Whitney pour les variables quantitatives dans le cas de la comparaison de deux groupes ; ANOVA ou test de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives dans le cas de la comparaison de plus de deux groupes. Des analyses multivariées pourront être proposées, afin de considérer un ajustement sur les paramètres statistiquement ou cliniquement pertinents. Par ailleurs, s'agissant d'une étude à visée exploratoire, des analyses multidimensionnelles seront également envisagées afin de compléter les analyses inférentielles précédentes. Dans ce sens, des analyses multidimensionnelles factorielles de données mixtes (AFDM) permettant d'analyser en tant qu'éléments actifs des variables qualitatives et quantitatives seront considérées, afin de déterminer des profils de sujets particuliers.

10.5. Méthode de prise en compte des données manquantes, inutilisées ou invalides

Une analyse de sensibilité sera effectuée afin d'étudier le biais d'attrition, à savoir la quantité (niveau d'attrition) et la nature des données manquantes, afin de proposer la méthode d'imputation des données la plus appropriée.

10.6. Responsable de l'analyse

Céline Lambert et Bruno Pereira
CHU de Clermont-Ferrand
Délégation Recherche Clinique & Innovation
Cellule Méthodologie, Biostatistiques, Data-Management
clambert@chu-clermontferrand.fr et bpereira@chu-clermontferrand.fr

Le plan d'analyse statistique et ses versions successives seront conservés dans le dossier de l'étude. Le plan d'analyse statistique pourra être révisé en cours d'étude, afin de prendre en compte les éventuelles modifications apportées au protocole ou toute autre modification du déroulement de l'étude ayant un impact sur les analyses statistiques initialement prévues.

11. Evaluation de la sécurité – Gestion des événements indésirables

Non applicable
Ce sont les dispositions du soin et des vigilances sanitaires qui s'appliquent pour ce type d'étude.

12. Droit d'accès aux données et documents source

12.1. Accès aux données

L'investigateur principal, Lydie ATGER et les méthodologistes seront les seuls à avoir accès aux questionnaires anonymes.
Le promoteur est chargé d'obtenir l'accord de l'ensemble des parties impliquées dans la recherche afin de garantir l'accès direct à tous les lieux de déroulement de la recherche, aux données source, aux documents source et aux rapports dans un but de contrôle de qualité et d'audit par le promoteur.
Les investigateurs mettront à disposition les documents et données individuelles strictement nécessaires au suivi, au contrôle de qualité et à l'audit de la recherche impliquant la personne humaine, à la disposition des personnes ayant un accès à ces documents conformément aux

dispositions législatives et réglementaires en vigueur (articles L.1121-3 et R.5121-13 du code de la santé publique).

12.2. Données source

Les documents source étant définis comme tout document ou objet original permettant de prouver l'existence ou l'exactitude d'une donnée ou d'un fait enregistrés au cours de l'étude clinique seront conservés pendant 15 ans par l'investigateur ou par l'hôpital s'il s'agit d'un dossier médical hospitalier.
Dans le cadre de cette étude, il s'agit des questionnaires retranscrits en fichiers informatiques.

12.3. Confidentialité des données

Conformément aux dispositions concernant la confidentialité des données auxquelles ont accès les personnes chargées du contrôle de qualité d'une recherche impliquant la personne humaine (article L.1121-3 du code de la santé publique), conformément aux dispositions relatives à la confidentialité des informations concernant notamment la nature des médicaments expérimentaux, les essais, les personnes qui s'y prêtent et les résultats obtenus (article R. 5121-13 du code de la santé publique), les personnes ayant un accès direct prendront toutes les précautions nécessaires en vue d'assurer la confidentialité des informations relatives aux médicaments expérimentaux, aux essais, aux personnes qui s'y prêtent et notamment en ce qui concerne leur identité ainsi qu'aux résultats obtenus.
Ces personnes, au même titre que les investigateurs eux-mêmes, sont soumises au secret professionnel (selon les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal).
Pendant la recherche ou à son issue, les données recueillies sur les personnes qui s'y prêtent et transmises au promoteur par les investigateurs (ou tous autres intervenants spécialisés) seront rendues anonymes.
Elles ne doivent en aucun cas faire apparaître en clair les noms des personnes concernées ni leur adresse.
Pas de recueil d'identité sur le questionnaire papier ni par le personnel des centres. Les questionnaires sont remplis de manière anonyme remis sous enveloppes fermées dans une boite fermée.

13. Contrôle et assurance de la qualité

13.1. Engagement des investigateurs et du promoteur

L'investigateur s'engage à ce que cette étude soit réalisée en conformité avec la loi de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004 modifiée par la Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 et par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 concernant les recherches impliquant la personne humaine, le décret d'application n° 2016-1537 du 16/11/2016 modifiant le chapitre I^{er} du titre II du livre 1er de la première partie du code de la santé publique relatif aux recherches impliquant la personne humaine ainsi que les arrêtés en vigueur.
L'investigateur s'engage également à travailler en accord avec la Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale (Tokyo 2004, révisée).

13.2. Assurance de Qualité

S'agissant d'une RIPH type 3, un Attaché de Recherche Clinique (ARC) mandaté par le promoteur s'assurera de la conformité à la réglementation en vigueur des consentements éclairés des patients inclus.

13.3. Contrôle de Qualité

L'investigateur se porte garant de l'authenticité des données recueillies dans le cadre de l'étude et accepte les dispositions légales autorisant le promoteur de l'étude à mettre en place un contrôle de qualité.
L'investigateur coordinateur et les investigateurs associés acceptent donc de se rendre disponibles lors des visites de Contrôle de Qualité effectuées à intervalles réguliers par l'Attaché de Recherche Clinique. Lors de ces visites, les éléments suivants seront revus selon le plan de monitoring prédéfini :

- consentement éclairé
- respect du protocole de l'étude et des procédures qui y sont définies
- qualité des données recueillies dans le cahier d'observation : exactitude, données manquantes, cohérence des données avec les documents "source" (dossiers médicaux, carnets de rendez-vous, originaux des résultats de laboratoire, etc.…)

13.4. Cahier d'observation

Le cahier d'observation sera électronique (logiciel REDCap)

Toutes les informations requises par le protocole doivent être consignées sur les cahiers d'observation et une explication doit être apportée pour chaque donnée manquante. Les données devront être recueillies au fur et à mesure qu'elles sont obtenues, et transcrites dans ces cahiers de façon nette et lisible.
Les données erronées relevées sur les cahiers d'observation seront clairement corrigées et les nouvelles données seront retranscrites sur le cahier électronique par l'investigateur ou la personne autorisée. La personne ayant apportée les modifications ainsi que la date des modifications seront visibles.

14. Considérations éthiques

14.1. Comité de Protection des Personnes

Le protocole et le formulaire d'information et de consentement seront soumis pour avis au Comité de Protection des Personnes désigné.
Le résumé de l'étude et l'avis favorable du CPP seront adressés pour information par le Promoteur à l'ANSM avant le début de l'étude.

14.2. Information du patient et formulaire de consentement éclairé écrit

Les patients seront informés de façon complète et loyale, en des termes compréhensibles, des objectifs et des contraintes de l'étude, des risques éventuels encourus, des mesures de surveillance et de sécurité nécessaires, de leurs droits de refuser de participer à l'étude ou de la possibilité de se rétracter à tout moment. L'investigateur doit également informer les sujets de l'avis rendu par le CPP.
Toutes ces informations figurent sur un formulaire d'information. Le consentement est indirect par remplissage ou non du questionnaire.

14.3. Amendements au protocole

Les modifications apportées au protocole devront être qualifiées de substantielles ou non par le promoteur.
Elles feront, selon leur nature, l'objet d'un nouvel avis du Comité de Protection des Personnes.

14.4. Prise en charge relative à la recherche

Aucune modification de la prise en charge des participants n'est prévue.

15. Traitement des données et conservation des documents et données relatives à la recherche

15.1. Saisie et traitement des données

Saisie des données : la saisie informatique de chaque questionnaire papier se fera par Lydie ATGER (interne en médecine générale) sur le logiciel REDCap.
Analyse statistique : celle-ci sera réalisée par Mme Céline LAMBERT

15.2. CNIL

Cette étude entre dans le cadre de la « Méthodologie de Référence » (MR-003) en application des dispositions de la loi du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Ce changement a été homologué par décision du 5 janvier 2006. Le CHU de Clermont-Ferrand, promoteur de l'étude, a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence » en date du 15/03/2007.

15.3. Archivage

Les documents suivants seront archivés par le nom de l'étude dans les locaux du département de médecine générale de l'université de Clermont-Ferrand jusqu'à la fin de la période d'utilité pratique : 6 mois de recueil et 1 an d'analyse des données.
Ces documents sont :

- Protocole et annexes, amendements éventuels,
- Formulaires d'information
- Données individuelles (copies authentifiées de données brutes)
- Analyses statistiques
- Rapport final de l'étude

A l'issue de la période d'utilité pratique, l'ensemble des documents à archiver, tels que définis dans la procédure PG.06.005 « Gestion de la documentation relative aux protocoles » du CHU de Clermont-Ferrand sera transféré aux archives centrales et sera placé sous la responsabilité du Promoteur pendant 15 ans après la fin de l'étude conformément aux pratiques institutionnelles.

Aucun déplacement ou destruction ne pourra être effectué sans l'accord du Promoteur. Au terme des 15 ans, le promoteur sera consulté pour destruction. Toutes les données, tous les documents et rapports pourront faire l'objet d'audit ou d'inspection.

16. Financement et assurance

16.1. Budget de l'étude

Budget lié aux fournitures : enveloppes, impression des questionnaires estimé à 100 euros environ. Pas de financement extérieur.

16.2. Assurance

Conformément aux dispositions réglementaires, le CHU de Clermont-Ferrand en sa qualité de promoteur a souscrit une assurance responsabilité civile destinée à garantir les éventuels dommages résultant de la recherche auprès de la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM). *Le numéro de contrat est 147161.*
Il est à noter que le non-respect des conditions légales de la recherche (absence d'avis du CPP, non consentement de la personne, poursuite d'une recherche suspendue ou interdite) est une clause d'exclusion de la garantie.

17. Communication - Règles de publication

Les données ne seront divulguées qu'après accord conjoint préalable de l'investigateur et du promoteur. Les résultats feront l'objet de communications et de publications.

18. Faisabilité de l'étude

- Une étude de faisabilité a été réalisée sur un mois à l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) de Clermont-Ferrand.
- Celle-ci a permis d'éprouver le questionnaire : en enlevant certaines questions non pertinentes, en modifiant les intitulés pouvant créer une incompréhension, en modifiant les critères d'inclusion et d'exclusion.
- Une participation a été estimée à moins de 4%.

- Le critère de jugement principal étant la prévalence de la victimation et de la perpétration des VC, l'étude de faisabilité nous en donne une estimation : 36% pour la victimation et 29% pour la perpétration. Le nombre de sujets nécessaire est de 400.
- Dans les centres concernés, on estime qu'il y a 1750 consultations/hospitalisations par mois. Une participation à 4% entrainerait un recrutement de 70 patients par mois. Pour atteindre un minimum de 400 patients recrutés, une durée de recueil de 6 mois est nécessaire.

19. Bibliographie

- 1. Déclic Violence — Site [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: http://www.declicviolence.fr/index.html
- 2. Guillam M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. sept 2014;62:S252.
- 3. Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. Am Fam Physician. 15 oct 2016;94(8):646-51.
- 4. Stuart GL, Moore TM, Elkins SR, O'Farrell TJ, Temple JR, Ramsey S, et al. The Temporal Association between Substance Use and Intimate Partner Violence among Women Arrested for Domestic Violence. J Consult Clin Psychol [Internet]. août 2013 [cité 29 mars 2020];81(4). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885140/
- 5. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé: violence entre partenaires. 2002.
- 6. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France. Bull Mens Inf Inst Natl Détudes Démographiques [Internet]. janv 2001 [cité 3 déc 2019];(364). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
- 7. Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. Victimation 2017 et perception de la sécurité. Résultats de l'enquête Cadre de vie et Sécurité 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur: https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp_files/publications/pdf/rapport_CVS_2018.pdf
- 8. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violences au sein du couple et violences sexuelles: indicateurs annuels 2018 [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: https://www.stop-violences-

femmes.gouv.fr/data/Synth%C3%A8se_Violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20violences%20sexuelles_novembre%202019.pdf

- 9. Buchaillet C, Jousset N, Rougé Maillart C. Violences conjugales. Rev Prat Médecine Générale. mai 2014;28(922):417-22.
- 10. Saurel-Cubizolles M-J. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000 santepubliquefrance.fr. :2.
- 11. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf
- 12. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. Clermont Auvergne; 2017.
- 13. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. drogues.gouv.fr. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction
- 14. Addiction à une substance: critères DSM-5 [Internet]. Disponible sur: http://www.addictauvergne.fr/addictauvergne/wp-content/uploads/2014/02/Crite%CC%80res-addiction-DSM5.pdf
- 15. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage de drogues en France. Résultats du baromètre santé 2014 relatifs aux usages de substances psychoactives en population adulte. Tend 99. mars 2015;8.
- 16. Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale, Naasila M. Alcool & Santé. Lutter contre un fardeau aux multiples visages. [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2006 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante
- 17. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes: prise en charges des addictions par les médecins généralistes. 2009;29.
- 18. Ministère de la Santé et des Solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions: Plan 2007 - 2011 [Internet]. 2006 [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf
- 19. Binder P, Vanderkam P. Intervenir sur les addictions en médecine générale. Deuxième partie: les interventions possibles. Exercer. févr 2017;(130):72-81.

- 20. Amanda Atkinson, Zara Anderson, Karen Hughes, Mark A Bellis, Harry Sumnall and Qutub Syed. interpersonal_violence_and_illicit_drug_use.pdf [Internet]. Centre for Public Health Liverpool John Moores University WHO Collaborating Centre for Violence Prevention; 2009
- 21. Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale, Naasila M. Alcool & Santé. Lutter contre un fardeau aux multiples visages. [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2006 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante
- 22. Moore T, Stuart G, Meehan J, Rhatigan D, Hellmuth J, Keen S. Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. févr 2008;28(2):247-74.
- 23. Benoit T, Jauffret-Roustide M. Améliorer la prise en charge des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives. 2015.
- 24. Smith PH, Homish GG, Leonard KE, Cornelius JR. Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav [Internet]. juin 2012 [cité 9 févr 2020];26(2). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3883081/
- 25. Salmona M. La mémoire traumatique en bref [Internet]. https://www.memoiretraumatique.org. 2008 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/memoire-traumatique.html

ANNEXE 5. Questionnaire final

Etude ViA-MG

(Violences conjugales, Addictions et relation avec le Médecin Généraliste)

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à cette étude dans le but de mieux cerner vos attentes envers le médecin généraliste, afin d'améliorer nos pratiques. Elle porte sur les addictions, les violences et vos attentes envers le médecin généraliste.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Votre participation à cette étude est entièrement **libre et volontaire**. Vous êtes libres de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Les réponses au questionnaire sont **anonymes** et doivent être rendues dans une enveloppe fermée déposée dans la boite prévue à cet effet.

Si à la suite du remplissage du questionnaire, vous ressentez le besoin d'en parler, un professionnel vous recevra dans votre structure : ……

Ou vous pouvez contacter la psychologue de l'unité de victimologie adulte du CHU (Mme Manneville) au 04.73.754.900.

Merci de ne pas répondre si vous avez déjà répondu à ce questionnaire.

Investigateurs :

- ……
- *Dr Mathilde VICARD-OLAGNE, médecin généraliste – Assistante, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, 28 place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand.*
- *DPO (Délégué à la protection des données) : dpo@uca.fr*

1. Etes-vous ?
   - ☐ Une femme
   - ☐ Un homme

2. Avez-vous déjà été en couple / été dans une relation intime ?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

3. Quel est votre âge ? : ……. ans

4. Avez-vous des enfants ?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

5. Pour quelle(s) addiction(s) consultez-vous ce jour ? *(Plusieurs réponses possibles)*
   - ☐ Tabac
   - ☐ Alcool
   - ☐ Cannabis
   - ☐ Cocaïne
   - ☐ Héroïne
   - ☐ Traitement de substitution aux opiacés (Méthadone, Subutex®, Suboxone®, Buprénorphine…)
   - ☐ Médicaments contre la douleur : Morphine, Skenan®, Oxycontin®, Codéine…
   - ☐ Médicaments pour le stress, les angoisses et/ou le sommeil : Benzodiazépines (Xanax®, Seresta®, Valium®, …), Lyrica®…
   - ☐ Aliments
   - ☐ Jeu d'argent / jeu vidéo
   - ☐ Autre(s) : ……

6. Quelles substances avez-vous consommé pendant ces 12 derniers mois ? *(Plusieurs réponses possibles)*
   - ☐ Tabac
   - ☐ Alcool
   - ☐ Cannabis
   - ☐ Cocaïne
   - ☐ Héroïne
   - ☐ Traitement de substitution aux opiacés (Méthadone, Subutex, Suboxone, Buprénorphine…)
   - ☐ Médicaments contre la douleur : Morphine, Skenan®, Oxycontin®, Codéine…
   - ☐ Médicaments pour le stress, les angoisses et/ou le sommeil : Benzodiazépines (Xanax®, Seresta®, Valium®, …), Lyrica®…
   - ☐ Autre(s) : ……

7. Pendant ces 12 derniers mois, avez-vous été **victime** de la part de votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) d'une :

   a. Atteinte PHYSIQUE : recevoir des coups de poings et/ou de pieds, des claques, être poussé(e), recevoir un objet, être brulé(e) … :
      ☐ Oui ☐ Non

   b. Atteinte PSYCHIQUE : insultes, menaces, intimidations, interdictions, imposition d'une croyance/idéologie… :
      ☐ Oui ☐ Non

   c. Atteinte SEXUELLE : rapports ou pratiques sexuels sans que vous soyez d'accord :
      ☐ Oui ☐ Non

   d. Atteinte ECONOMIQUE : ne pas avoir accès à un moyen de paiement, ne pas avoir accès à votre compte bancaire :
      ☐ Oui ☐ Non

8. Pendant ces 12 derniers mois, avez-vous été **responsable** sur votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) d'une :

   a. Atteinte PHYSIQUE : donner des coups de poings et/ou de pieds, des claques…, pousser, brûler, …
      ☐ Oui ☐ Non

   b. Atteinte PSYCHIQUE : insulter, menacer, intimider, interdire, imposer une croissance/idéologie…
      ☐ Oui ☐ Non

   c. Atteinte SEXUELLE : rapports ou pratiques sexuels sans que votre conjoint(e) soit d'accord
      ☐ Oui ☐ Non

   d. Violences ECONOMIQUES : priver d'un moyen de paiement, interdire l'accès au compte bancaire…
      ☐ Oui ☐ Non

9. Avez-vous un médecin généraliste qui vous suit régulièrement ?
   ☐ Oui ☐ Non

10. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ?
    ☐ 0 fois ☐ 3 à 5 fois
    ☐ 1 à 2 fois ☐ > à 6 fois

11. Dans quel(s) lieu(x) avez-vous consulté un médecin généraliste ?

- ☐ Cabinet médical ou maison de santé
- ☐ Centre de consultation gratuit (dispensaire Emile Roux, Solidarité Santé, médecine universitaire, médecine pénitentiaire…)
- ☐ Autre : ……

12. Votre médecin généraliste est-il le même que celui ou celle de votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) ?

☐ Oui ☐ Non

13. Comment votre médecin généraliste vous reçoit-il en consultation ?

☐ Seul(e) ☐ Avec votre conjoint(e) ☐ Cela dépend des fois

14. Concernant le problème d'**addiction** :

a. Avez-vous déjà parlé de votre/vos addiction(s) avec un médecin généraliste ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, qui a abordé le sujet ?

☐ Moi ☐ Le médecin

b. Est-ce que vous auriez/avez aimé que la question des addictions soit abordée par le médecin généraliste ?

☐ Oui ☐ Non

15. Concernant les **violences conjugales (subies et/ou commises)** :

a. Avez-vous déjà parlé des violences conjugales avec un médecin généraliste (même si vous n'êtes ni victime ni responsable) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, qui a abordé le sujet ?

☐ Moi ☐ Le médecin

b. Est-ce que vous auriez/avez aimé que la question des violences conjugales soit abordée par le médecin généraliste ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous d'autres choses à nous dire concernant les problématiques addictives et/ou les violences conjugales et votre relation avec les médecins généralistes ?

……
……
……
……
……
……

Nous vous remercions pour votre participation.

Merci de placer le questionnaire dans une enveloppe fermée et de la déposer dans la boite prévue à cet effet.

(Conseil national de l'ordre des médecins)

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 les 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.

Nom, Prénom Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Nom, Prénom Signature

Etude de faisabilité de l'étude ViA-MG : Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-De-Dôme et attentes vis-à-vis de la médecine générale

CONTEXTE : Les violences conjugales (VC) sont une problématique fréquente en France. En 2018, 128 femmes et 28 hommes ont été tuées par leur (ex-)partenaire (39% des femmes avaient subies des violences antérieurement et 15 hommes avaient été auteurs de VC). Les pathologies addictives sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. Plusieurs études ont retrouvé une association entre VC et pathologies addictives.

OBJECTIFS : Etude de faisabilité de l'étude ViA-MG dont l'objectif principal est l'évaluation de la prévalence de la victimation et de la perpétration des VC chez les patients consultant et étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-De-Dôme. L'objectif secondaire est la description de cette population (caractéristiques socio-démographiques, caractéristiques de recours à la MG, attentes vis-à-vis de la MG concernant les VC et les pathologies addictives).

METHODE : Etude de faisabilité par étude transversale descriptive utilisant des auto-questionnaires en libre-service au sein de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie du Puy-De-Dôme (ANPAA) de Clermont-Ferrand sur une période d'un mois.

RESULTATS : Vingt-six questionnaires ont été recueilli, un questionnaire a été exclu. La participation était de 3,6%. La pathologie addictive la plus représentée concerne l'alcool. 36% des patients déclarent avoir été victime de VC et 29% en avoir été auteur. La pathologie addictive la plus représentée chez les auteurs de VC concerne le cannabis. Certaines questions n'ont pas reçu de réponse, le questionnaire a donc été modifié pour recueillir le plus de réponses possibles.

CONCLUSION : L'étude de faisabilité a permis de corriger le questionnaire, de rédiger le protocole, de réaliser les démarches éthiques et administratives et de calculer le nombre de sujets nécessaire de l'étude générale.

MOTS-CLES : Intimate partner violence, Addictive behaviour, Substance use disorder, General Practice