



HAL
open science

Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste en Isère et Savoie

Estelle Desvignes

► **To cite this version:**

Estelle Desvignes. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste en Isère et Savoie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03469022

HAL Id: dumas-03469022

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03469022>

Submitted on 7 Dec 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année 2020

**ATTENTES DES FEMMES VICTIMES
DE VIOLENCES CONJUGALES
ENVERS LEUR MEDECIN GENERALISTE
EN ISERE ET SAVOIE**

**THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE
DE DOCTEUR EN MEDECINE DIPLÔME D'ETAT**

Estelle Desvignes, [Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble le
02/07/2020

Devant le jury composé de:

Madame le Professeur Virginie Scolan (PU-PH)	Présidente du jury
Monsieur le Professeur Thierry Bougerol (PU-PH)	Juge
Monsieur le Docteur Yoann Gaboreau (MCU)	Juge
Madame le Docteur Pauline Girard (CCU)	Directrice de thèse

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

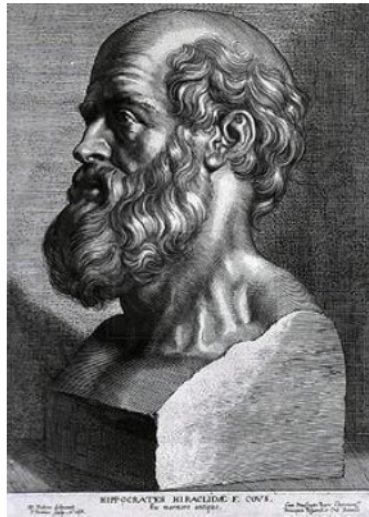
CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérard	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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.

REMERCIEMENTS :

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

A la présidente de ce jury, Madame le Professeur Virginie Scolan, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous remercie pour votre implication et vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Thierry Bougerol, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et d'évaluer mon travail. Je vous témoigne ma sincère gratitude et ma grande reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Yoann Gaboreau, je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'accepter de juger mon travail. Je vous témoigne ma sincère gratitude et ma grande reconnaissance.

A Madame le Docteur Pauline Girard, merci de m'avoir proposé ce travail portant sur cette problématique d'importance. Tes conseils au cours de cette étude ont été précieux et riche d'enseignements. Je te remercie pour ton implication sans relâche.

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

Au Docteur Mathilde Vicard, pour avoir été à l'origine de ce travail national et m'avoir permis de participer à cette étude.

A Céline LAMBERT, de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation de Clermont-Ferrand, pour votre aide précieuse et votre disponibilité.

A tous les professionnels des structures qui ont participé à ce projet, merci encore pour votre disponibilité, malgré l'importance de votre charge de travail. Merci pour votre investissement dans l'étude, qui n'aurait pas pu avoir lieu sans vous.

A toutes les femmes qui ont participé à cette étude pour le courage dont vous avez fait preuve en partageant vos expériences, afin de faire évoluer nos pratiques.

Aux précieux relecteurs de ce travail :

Nico pour ta maîtrise de cet outil jusqu'alors mystérieux pour moi, l'informatique ; Léa L. pour tes justes remarques et ta lecture attentive ; Valou pour ton analyse santé publiquesque ; JN pour ta relecture « à l'ancienne » ; Léa D. pour tes remarques sur les violences conjugales et enfin, Cycy, Leti et maman pour votre bilinguisme.

Aux professionnels soignants qui ont pris le temps de me former tout au long de mes études.

Aux médecins généralistes que j'ai remplacé, vous avez conforté mon choix professionnel.

Merci à ma famille :

A mes parents, pour m'avoir permis de faire ces études et de m'avoir toujours soutenue dans cette voie. Merci de m'avoir permis de trouver un sens à mon travail, ce que vous avez toujours tenu à me faire entendre. Sans vous, rien n'aurait été possible.

A mon frangin, merci d'être là. J'espère que nous arriverons à partager plus de moments à l'avenir.

A tous mes grands-parents, pour l'amour que vous m'avez apporté.

A mamie Chamonix, pour t'être si bien occupée de moi quand j'étais enfant. Je garde des souvenirs inoubliables de la Bretagne et de Chamonix. J'espère te revoir bientôt pour partager de nouveaux moments avec toi. Ta libellule.

Aux tontons, tantes, cousins et cousines, et autres membres de la famille, que je vois rarement mais toujours avec plaisir. Et un merci spécialement à tonton Olivier, tu as longtemps été un exemple pour moi.

Merci à mes amis :

Aux copains du lycée, et notamment Gab, Cycy, Flo, Eilin, Coco, Clément, Cécile, pour nos aventures corsées et nos soirées « rien ». Les carottes sont (enfin) cuites !

A Coco, pour ta précieuse présence depuis tant d'années. Au « poids des années » !

A Eilin, pour nos soirées « rien » à rallonge et nos aventures partagées !

A Milie, renommée la « mytho » par certains, jaloux de ses folles aventures ! A la découverte des voyages et aux aventures alpines.

Aux amis d'Espagne, et notamment Isa, Flex, Carlotta, Roulie et Liza. A nos aventures en stop ou à vélo, aux pasteis de nata, à nos feux de joie et nos baignades nature ! A quand la prochaine aventure ? Nagawicka !

A toi, Flex, la prof' de chant la plus tenace de tous les temps ! Je vais pouvoir ajouter une ligne sur mon Martine !

Aux amis Lyonnais, et en particulier, à la team togolaise avec Marie, Miguèle et Baboune, « èkpélétouménawoua ! »

A Chloé, pour nos expériences « coosmiques », les papotages et nos folies sur les pistes de danse.

Aux colocs' d'ici et d'ailleurs.

A Marie, pour ces années à réviser dans nos chambres voisines, à papoter, à nos sorties CAF rocambolesques et à nos voyages.

Aux colocs de Montbonnot, anciens et actuels, pour me permettre de vivre cette aventure collective. Au bâton de parole, au cinq cinquième, aux restau' clandestins, aux massages de la

princesse, aux « on joue ? », aux « c'est super » et « on n'est pas trop content ? », aux narvalos, aux patates, « aux bails » quoi.

A Nico, tout d'abord pour ton soutien et ta patience pendant ces derniers mois ! Aux combats de pouce chinois, au cappuccino sans cacao, à nos sessions improvisées accro-piano-clarino, à nos longues heures de papotage, à nos virées en tout genre !

Aux biches : Axou, Floflo roi des biches, Nono, Leti, Gigi, Bobby, Valou et Chouppi, pour ces années d'internat passées avec vous ! A nos photos de couverture aux cols, au « plaît-il » , aux descentes à couteaux, aux tatanes plongeuses, au touerk, au « bio-écolo-cc », à « qui fait le malin finit dans le sapin », aux langoustes, au « voyage voyage ».

Aux autres amis de l'internat.

Aux copains de l'escalade, ma bouffée d'oxygène durant toutes ces années !

Et à tous ceux que j'ai oublié mais pas oublié !

TABLE DES MATIERES	12
ABREVIATIONS.....	13
RESUME.....	14
ABSTRACT.....	15
I. INTRODUCTION.....	16
II. METHODES.....	20
A. Type d'étude.....	20
B. Méthodes d'intervention.....	21
C. Méthodes statistiques.....	23
D. Ethique et conformité de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.....	23
III. RESULTATS.....	25
A. Identification des structures.....	25
B. Les auto-questionnaires.....	31
1- Diagramme de flux.....	31
2- Caractéristiques de la population.....	32
3- Attentes des femmes victimes envers le médecin généraliste : résultats de l'objectif principal.....	34
4- Caractéristiques des consultations chez le médecin généraliste et éven- tuels freins à l'abord des violences : résultats des objectifs secondaires...36	
a- Motifs des consultations.....	36
b- Abord des violences conjugales.....	37
c- Comment sont reçues ces femmes chez le médecin généraliste?.....	38
d- Influence du sexe du médecin généraliste sur l'abord des violences.....	38
IV. DISCUSSION.....	39
A. Résultats principaux.....	39
B. Validité externe.....	39
1- Les caractéristiques de la population étudiée.....	39
2- Les femmes victimes de violences conjugales en médecine générale...42	
C. Forces et faiblesses.....	46
1- Faiblesses.....	46
a- Taille de l'échantillon.....	46
b- Biais.....	47
2- Forces.....	48
D. Perspectives.....	49
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	52
ANNEXES.....	57

ABREVIATIONS

ADDCAES : Association Départementale pour le Développement et la Coordination des Actions auprès des Etrangers de la Savoie

AIV : Aide Information Victimes

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

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

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

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin généraliste

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

RIALTO : Refuge Inter-Associatif en Logement Temporaire d'Orientation

VC : Violences conjugales

Estelle DESVIGNES

ATTENTES DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES ENVERS LEUR MEDECIN GENERALISTE EN ISERE ET EN SAVOIE

RESUME

Introduction : Les violences conjugales (VC) touchent près d'une femme sur dix et entraînent le décès d'une femme tous les trois jours. En médecine générale, trois à quatre patientes sur dix en sont victimes. Les objectifs étaient de décrire les attentes des femmes victimes de VC envers leur médecin généraliste (MG), les caractéristiques des consultations et certains freins à l'abord des violences. Un recensement des structures d'aide à la prise en charge des victimes de VC en Isère et en Savoie était également effectué afin d'enrichir le site internet www.decliviolence.fr.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive multicentrique transversale menée de novembre 2019 à avril 2020 en Isère et en Savoie. Elle s'inscrivait dans un travail national. Un auto-questionnaire était rempli par les femmes victimes de VC et consultant dans une association.

Résultats : Onze associations ont été recensées, sept associations ont participé et 28 questionnaires ont été recueillis. 93 % des femmes ont consulté leur MG dans les douze derniers mois, souvent pour des motifs psychologiques. Les VC étaient abordées par le MG seulement dans 21 % des cas. 92 % des femmes auraient aimé ou plutôt aimé que leur MG aborde la question des VC et 85 % pensaient que cela faisait partie du rôle du MG d'aborder la question des VC.

Discussion : Le dépistage plus systématique des VC par le MG semble pertinent, nécessitant un renforcement de la formation des médecins. Lors d'une prochaine étude, un recrutement au sein des services de médecine légale pourrait permettre d'obtenir un échantillon plus large de femmes victimes.

MOTS CLES : *violences conjugales, violences domestiques, médecin généraliste, soins primaires, femmes*

FILIERE : *médecine générale*

Estelle DESVIGNES

EXPECTATIONS OF WOMEN VICTIMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE TOWARDS THEIR GENERAL PRACTITIONER IN ISERE AND IN SAVOIE

ABSTRACT

Introduction : Intimate partner violence (IPV) affects about one in ten women. It induces the death of one woman every three days. More than 30% of women consulting a general practitioner (GP) are victims of IPV. This study aimed to describe the expectations of women victims of IPV towards their GP, their consultation features over the last year, and some barriers to mention the issue of IPV. In addition, we identified the organizations helping women victims of IPV in Isère and Savoie, so as to enrich the website www.declievioence.fr.

Methods : This descriptive multi-centric epidemiological study was carried out from November 2019 to April 2020, in Isère and Savoie. This study took part in a national work. The self-administered surveys were filled by the women victims of IPV consulting a victim support association.

Results : Eleven associations were listed, seven participated and 28 surveys were collected. 93 % of women consulted their GP at least once over the past year, often for psychological reasons. The issue of IPV was tackled by the GP only in 21 % of the cases. 92 % of women would have wished or would have rather wished their GP to touch on the issue of IPV, 85 % of them thought that addressing this problem is part of their GP's role.

Discussion : More systematic screening of IPV by the GP seems to be relevant. To reach this aim, GP's training about that issue should be improved. For a future study, a recruitment in legal medicine departments would allow to obtain a larger sample of women victims of IPV.

KEYWORDS: *intimate partner violence, battered women, spouse abuse, domestic violence, women, general practice, primary health care*

SECTOR : *general practice*

I. INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les violences à l'égard des femmes en reprenant les termes employés par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 1993 : « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ». (1) Par violence d'un partenaire intime, ou violence conjugale, l'OMS entend « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination. » (1)

Les violences conjugales (VC) concernent toutes les populations, quels que soient la culture, le statut socio-économique, la profession, la religion ou encore l'âge. Bien qu'elles soient exercées sans distinction de genre ou d'orientation sexuelle, les femmes en sont les premières touchées. En 2018 en France, 88 % des victimes de VC enregistrées par les services de police et de gendarmerie étaient des femmes. (2)

Depuis les années 1990, les VC sont reconnues comme étant un problème de santé publique, dépassant ainsi le champ judiciaire. En 1995, la quatrième conférence mondiale sur les femmes sous l'égide de l'ONU à Pékin a largement contribué à l'acquisition de statistiques précises sur les violences à l'égard des femmes. En 2000, l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) a été lancée. Elle a été la première étude

statistique d'envergure réalisée sur ce thème dans le pays et a rapporté que 10 % des femmes âgées de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des douze derniers mois avaient subi des VC. (3) En 2018, d'après la Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), 213 000 femmes majeures avaient déclaré avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année en France et huit sur dix de ces dernières avaient également été soumises à des atteintes psychologiques et/ou des agressions verbales. (2)

La création en 2019 d'un Grenelle sur les VC confirme l'importance de ce problème. Ces violences sont la première cause de mortalité et d'invalidité chez les femmes de 16 à 44 ans en Europe, d'après un rapport du Conseil de l'Europe de 2002. (4) Elles entraînent des répercussions sur la santé physique, conduisant parfois au décès. (5) En 2018 en France, 121 femmes ont été tuées par leur (ex-)partenaire, soit une femme tous les trois jours. (2) Les VC provoquent aussi d'importantes répercussions psychiques de type dépression, anxiété, syndrome de stress post-traumatique, abus de substances ou troubles du sommeil. (5) Une méta-analyse réalisée en 2012 suggère un risque deux à trois fois plus élevé d'épisode dépressif majeur chez les femmes victimes de VC. (6)

Les VC ont également un coût économique estimé à 2,5 milliards d'euros par an. Ce coût est composé de différents postes de dépenses : le système de soins à hauteur de près de 500 millions d'euros, le secteur médico-social et judiciaire à 355 millions d'euros, les pertes de production dues aux décès, aux incarcérations et à l'absentéisme à plus d'un milliard d'euros et surtout, les coûts humains des viols et des blessures graves à plus de 500 millions d'euros. (7)

La prévalence de femmes victimes de VC consultant en médecine générale n'est pas négligeable. Elle varierait entre 28,9 % et 44 % selon deux travaux de thèse, soit environ une femme sur trois en consultation de médecine générale. (8 ; 9) Ces femmes consulteraient quasiment deux fois plus leur MG. (10) Selon la MIPROF, les femmes victimes de VC physiques et/ou sexuelles s'adressent en priorité aux médecins et aux forces de sécurité, avant les autres professionnels de santé, les travailleurs sociaux ou les associations. (2) En effet, 25 % des femmes ayant subi des VC auraient consulté un médecin à la suite des violences. (2)

Plusieurs études qualitatives ont montré une attente importante des femmes victimes envers leur MG, ce dernier pouvant leur apporter un réel bénéfice. Ces études soulignaient que ces femmes souhaitaient être interrogées par leur MG, ce dernier devant adopter une écoute empathique et proposer une prise en charge globale et personnalisée. (11-15) Les attentes étaient de plusieurs ordres : biomédicales et médico-légales, psychologiques et sociales. Les femmes encore dans le silence attendaient spécifiquement d'être dépistées tôt par leur MG. (11) Dans une étude espagnole datant de 2008, il est spécifié que plus de 90 % des femmes interrogées, victimes ou non de VC, consultant leur MG, ne voyaient pas d'inconvénient à ce que ce dernier les questionnent sur leurs relations intimes. Cette question n'était posée que dans moins de 25 % des cas. (16)

Plusieurs difficultés sont exprimées par les MG dans la prise en charge des VC. Elles sont liées aux symptômes non spécifiques, à une méconnaissance des différentes formes de violences, à la méconnaissance de la prévalence des VC, à la peur de violer l'intimité des patientes, à un sentiment d'impuissance, à la méconnaissance du réseau local, à la complexité de la prise en charge médico-légale et à un manque de disponibilité des professionnels. (17 ; 18)

Le dépistage systématique pourrait être la solution à certains de ces freins. La question « Comment vont les choses avec votre partenaire ? » pour dépister les violences a un rapport de vraisemblance positif de 6.23 (95 % CI, 3.6-10.9), une spécificité de 89 % et une valeur prédictive négative de 90 %. (16) En conséquence, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande maintenant de dépister de manière systématique les VC, même en l'absence de signe d'alerte. (19)

Le médecin généraliste semble être un interlocuteur privilégié dans le contexte des VC, en tant que professionnel de premier recours. Ainsi, il semblait important d'interroger les femmes victimes de VC quant à leurs attentes envers leur MG dans un but d'amélioration des pratiques, à travers un travail quantitatif qui a été jusqu'alors peu réalisé sur ce sujet.

L'objectif principal était d'observer si les femmes victimes de VC souhaitaient être questionnées par leur MG sur les violences subies.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les caractéristiques des consultations avec leur MG sur les douze derniers mois et de mettre en évidence de manière non exhaustive certains freins à l'évocation de ces violences lors de la consultation.

Ce travail avait enfin pour objectif un recensement des différentes structures d'aide à la prise en charge des femmes victimes de VC dans les départements de l'Isère et de la Savoie afin d'améliorer le site internet www.decliviolence.fr, outil d'aide à la prise en charge des VC par le MG. (20)

II. METHODES

A. Type d'étude

Cette étude descriptive transversale multicentrique concernait les territoires de l'Isère et de la Savoie et s'inscrivait dans le cadre d'un travail national. Elle a été menée dans des structures spécialisées dans l'accueil des victimes de VC de ces deux départements.

Le critère de jugement principal était de connaître les attentes des femmes victimes de VC envers leur MG. Les critères de jugement secondaires étaient d'évaluer les caractéristiques des consultations de ces femmes chez leur MG, ainsi que de mettre en évidence les éventuels freins à l'évocation des violences.

La population étudiée comprenait des femmes majeures sachant lire et écrire le français, victimes de VC et ayant recours à une structure associative de prise en charge des victimes de VC.

Les critères d'exclusion étaient la nécessité d'une prise en charge en urgence, les femmes mineures et les femmes ne sachant pas lire ou écrire le français.

B. Méthodes d'intervention

L'étude se déroulait en deux étapes.

La première consistait à identifier les structures prenant en charge les victimes de VC et à rencontrer ses acteurs.

L'identification des structures iséroises a été réalisée à l'aide du schéma départemental d'aide aux victimes rédigé par la préfecture de l'Isère. En Savoie, l'accord de partenariat local pour la prise en charge des femmes victimes de violences rédigé par les différentes structures et le préfet de la Savoie a permis ce recensement.

Les structures participant à l'étude devaient être des structures non médicales identifiées comme ayant un rôle majeur dans l'aide à la prise en charge des femmes victimes de VC.

Les rencontres avaient pour but d'enrichir le site www.decliviolence.fr (20) ainsi que d'expliquer l'étude aux professionnels. Les services proposés par la structure ainsi que l'adresse postale étaient recueillis. A la suite de ces entretiens, des auto-questionnaires papiers étaient remis en mains propres aux professionnels des structures spécialisées dans l'accueil des victimes de VC répertoriées en Isère et Savoie. Des affiches (annexe 1) et des dépliants (annexe 2) étaient mis en place dans les salles d'attente des différentes structures pour informer de l'existence de l'étude.

L'auto-questionnaire AVIC-MG (annexe 3) a été réalisé en amont de ce travail. Il a été construit, sur la base des données de la littérature, par un comité scientifique composé d'un médecin par faculté réalisant déjà l'étude et de deux experts nationaux : Gilles Lazimi et Humbert de Fréminville. Une étude de faisabilité, réalisée sur Clermont-Ferrand dans la structure Accueil Victime Ecoute Conseil 63 de décembre 2018 à février 2019, a permis de

modifier le questionnaire afin de le rendre plus clair pour les femmes victimes. Il était composé de douze questions fermées et finissait par une question ouverte où les femmes pouvaient s'exprimer librement sur leurs attentes envers leur MG.

Dans un second temps, le questionnaire était proposé par les professionnels des structures aux femmes éligibles au détour d'un entretien. Le remplissage du questionnaire se faisait seule, dans un endroit protégé différent de la salle d'attente, de façon anonyme et libre, et la collecte dans des boîtes fermées ou dans des enveloppes. Les professionnels des structures se rendaient disponibles pour les femmes à l'issue du questionnaire, si ces dernières ressentaient le besoin d'en discuter. Les nom et coordonnées d'un référent de la structure étaient indiqués à la fin du questionnaire afin que les femmes puissent se tourner vers cette personne. Les coordonnées de l'investigateur principal étaient également renseignées.

La période de recueil s'est étalée sur trois mois dans chaque structure, dans les départements de l'Isère et de la Savoie. Lorsque la période de recueil comprenait la période de Noël, elle a été allongée à trois mois et demi. Des relances par mail et par téléphone ont été effectuées toutes les trois semaines avant et pendant la période de recueil auprès des différentes structures afin de solliciter dans la mesure du possible les professionnels concernés par ce travail.

C. Méthodes statistiques

Les analyses statistiques étaient réalisées par les biostatisticiens de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand. Le recueil des données se faisait avec le logiciel Redcap ; les analyses avec le logiciel Stata. Des analyses en sous-groupes, en fonction des régions et de la taille des structures d'accueil, étaient également réalisées, en utilisant le test exact de Fisher. L'étude étant descriptive, le nombre de sujets nécessaires n'était pas prédéfini.

D. Ethique et conformité de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Le protocole de recherche a été soumis au comité éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et a obtenu un avis favorable (annexe 4) après deux modifications : l'ajout à la fin du questionnaire d'un référent et la réalisation d'une analyse en sous-groupe pour l'étude nationale AVIC-MG pour prendre en compte les modalités disparates de recrutement selon les régions.

Par ailleurs, une demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) de Clermont-Ferrand avait été réalisée avec un engagement de conformité à la norme MR-004.

Une affiche résumant les droits des femmes participant à l'étude et les modalités de retrait de l'étude a été mise sur la boîte de recueil. (annexe 5)

III. RESULTATS

A. Identification des structures

Sur le département de l'Isère, sept associations ont été recensées. Trois d'entre elles font partie du réseau France Victimes. Les autres structures identifiées étaient le service médico-judiciaire du CHU de Grenoble et les différents référents « violences faites aux femmes » dans cinq centres hospitaliers dont un universitaire. La déléguée départementale aux droits des Femmes et à l'égalité femmes-hommes a aussi été rencontrée dans ce cadre. (tableau 1)

Sur le département de la Savoie, quatre associations ont été recensées ainsi que les différents référents « violences faites aux femmes » dans les trois centres hospitaliers et le service médico-judiciaire du centre hospitalier de Chambéry. La déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité femmes-hommes de la Savoie a également été rencontrée. (tableau 2)

Les caractéristiques et les adresses des différentes structures d'Isère et de Savoie sont répertoriées dans les tableaux 1 et 2.

Les questionnaires ont été distribués dans sept associations en Isère et trois en Savoie, l'ADDCAES en Savoie n'a pas été incluse car elle vise un public ne parlant pas français.

Sur les dix associations initialement incluses, l'une d'entre elle, Solidarité Femmes Miléna, n'a finalement pas pu participer à l'étude car ses locaux ont été incendiés. Deux autres associations ont été perdues de vue, malgré six relances par mail et téléphone.

Le recueil des questionnaires a débuté entre novembre 2019 et février 2020 et a duré trois mois dans chaque structure.

TYPE DE STRUCTURE	NOM DE LA STRUCTURE	TYPE DE SERVICES ET/OU DE PROFESSIONNELS	ADRESSE
Association	Aide Informations aux Victimes (AIV)	Accès aux droits et aide aux victimes Psychologues, juristes, écoutants	26, rue Colonel Dumont 38000 Grenoble
Association	Refuge Inter-Associatif en Logement Temporaire d'Orientation (RIALTO)	Hébergement et accompagnement Aide à la vie quotidienne Travailleurs sociaux, psychologues	106, cours de la Libération 38100 Grenoble
Association	Solidarités Femmes Miléna	Accompagnement, écoute, orientation Accueil de jour et hébergement Travailleurs sociaux, psychologues	2, rue Roland Garros 38420 Eybens
Association	Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)	Permanences juridiques et d'accès aux droits Entretiens physiques ou par téléphone	Maison des associations 6, rue Berthe Boissieux 38000 Grenoble
Association	ISIS Nord-Isère	Accès aux droits et aide aux victimes Psychologues et juristes	33, rue du Tribunal 38300 Bourgoin-Jallieu
Association	Accompagnement Logement Porte des Alpes	Accueil de jour et hébergement Travailleurs sociaux	17, avenue des Alpes 38300 Bourgoin-Jallieu
Association	France Victimes 38 APRESS	Accès aux droits et aide aux victimes, groupes de paroles Possibilité de nuitées d'hôtel prises en charge Prise en charge en urgence (astreinte téléphonique joignable via la police, la gendarmerie ou le parquet) Psychologues et juristes	43, rue Victor Hugo 38200 Vienne

Tableau 1 : Recensement des structures AVIC-MG Isère

TYPE DE STRUCTURE	NOM DE LA STRUCTURE	TYPE DE SERVICES ET/OU DE PROFESSIONNELS	ADRESSE
Service médico-judiciaire	CHU Grenoble	Médecins légistes, psychiatres légistes : consultations uniquement sur réquisition ou ordonnance judiciaire, avis spécialisés pour les professionnels Psychologues : prise en charge spécialisée sur rendez-vous	3ème étage pavillon E Chatin CHU Grenoble 8 Chemin Duhamel 38700 La Tronche
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Service d'urgences adultes Médecin urgentiste Docteur Salfranc	Formation et information des équipes hospitalières	Service d'urgences adultes CHU Grenoble 6, avenue du Rachais 38700 La Tronche
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Service d'urgences adultes Médecin urgentiste Docteur Achache	Formation et information des équipes hospitalières	Groupe hospitalier Nord-Isère 30, avenue du Médipôle 38300 Bourgoin-Jallieu
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Service d'urgences adultes Assistance sociale Madame Seuzaret	Formation et information des équipes hospitalières	Centre hospitalier de Vienne montée Dr Maurice Chapuis 38200 Vienne
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Service d'urgences adultes Médecin urgentiste Docteur Razafy	Formation et information des équipes hospitalières	Centre hospitalier de la Mure 62, rue des Alpes 38350 La Mure
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Service d'urgences adultes Médecin urgentiste Docteur Hurstel	Formation et information des équipes hospitalières	Centre hospitalier de Voiron 14, route des Gorges 38500 Voiron
Déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité femmes-hommes	Madame Jahier-Deton	Coordination des différents acteurs Formations des professionnels Sensibilisation du grand public	Cité administrative, bâtiment 2 1, rue Joseph Chanrion 38000 Grenoble
Hébergements d'urgence	Appel du 115		

Tableau 1 : Recensement des structures AVIC-MG Isère (suite)

TYPE DE STRUCTURE	NOM DE LA STRUCTURE	TYPE DE SERVICES ET/OU DE PROFESSIONNELS	ADRESSE
Association	AVIJ des Savoies	Accès aux droits et aide aux victimes Accompagnement socio-judiciaire Suivi psychologique Psychologues, juristes, intervenants sociaux en commissariat gendarmerie	8, avenue Jean Jaurès 73000 Chambéry
Association	SaVoie de Femme	Accueil de jour Ateliers (groupe de paroles,...) Hébergements via le 115 Intervenants sociaux	560, chemin de la Cassine 73000 Chambéry
Association	Association Départementale pour le Développement et la Coordination des Actions auprès des Etrangers de la Savoie (ADDCAES)	Information juridique pour les étrangers Accueil et accompagnement des femmes migrantes Interprétariat	259, place René Vair BP 3126 Le Biollay 73031
Association	Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)	Permanences juridiques et accès aux droits Entretiens physiques ou par téléphone sur rendez-vous	Maison des associations 67, rue Saint François de Sales 73000 Chambéry
Service médico-judiciaire	Centre Hospitalier Métropole Savoie Médecin légiste Docteur Henry	Médecin légiste : consultations uniquement sur réquisition ou ordonnance judiciaire, avis spécialisés pour les professionnels	Centre Hospitalier Métropole Savoie Rue Lucien Biset 73000 Chambéry

Tableau 2 : Recensement des structures AVIC-MG Savoie

TYPE DE STRUCTURE	NOM DE LA STRUCTURE	TYPE DE SERVICES ET/OU DE PROFESSIONNELS	ADRESSE
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Service d'urgences adultes Médecin urgentiste Docteur Lesay	Formation des différents professionnels de l'hôpital Coordination avec les différents acteurs Lien privilégié avec la médecine légale	Centre Hospitalier Métropole Savoie Rue Lucien Biset 73000 Chambéry
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Service d'urgences adultes Médecin urgentiste Docteur Guyot	Formation des médecins Rencontre des différents acteurs locaux Mise en place éventuelle de nouvelles procédures	Centre hospitalier Saint-Jean de Maurienne 179, rue du Dr Grange 73300 Saint-Jean-de-Maurienne
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Service d'urgences adultes Médecin urgentiste Docteur Matraxia	Formation des médecins Rencontre des différents acteurs locaux Mise en place éventuelle de nouvelles procédures	Centre hospitalier intercommunal Albertville-Moùtiers 253, rue Pierre de Coubertin 73200 Albertville
Déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité femmes-hommes	Madame Callies-de-Sallies	Coordination des différents acteurs Formations des professionnels Sensibilisation du grand public	321, chemin des Moulins BP 9113 73011 Chambéry
Hébergements d'urgence	Appel du 115		

Tableau 2 : Recensement des structures AVIC-MG Savoie (suite)

B. Les auto-questionnaires

1- Diagramme de flux

Sept associations ont participé à l'étude, 28 questionnaires ont été recueillis et analysés. (figure 1)

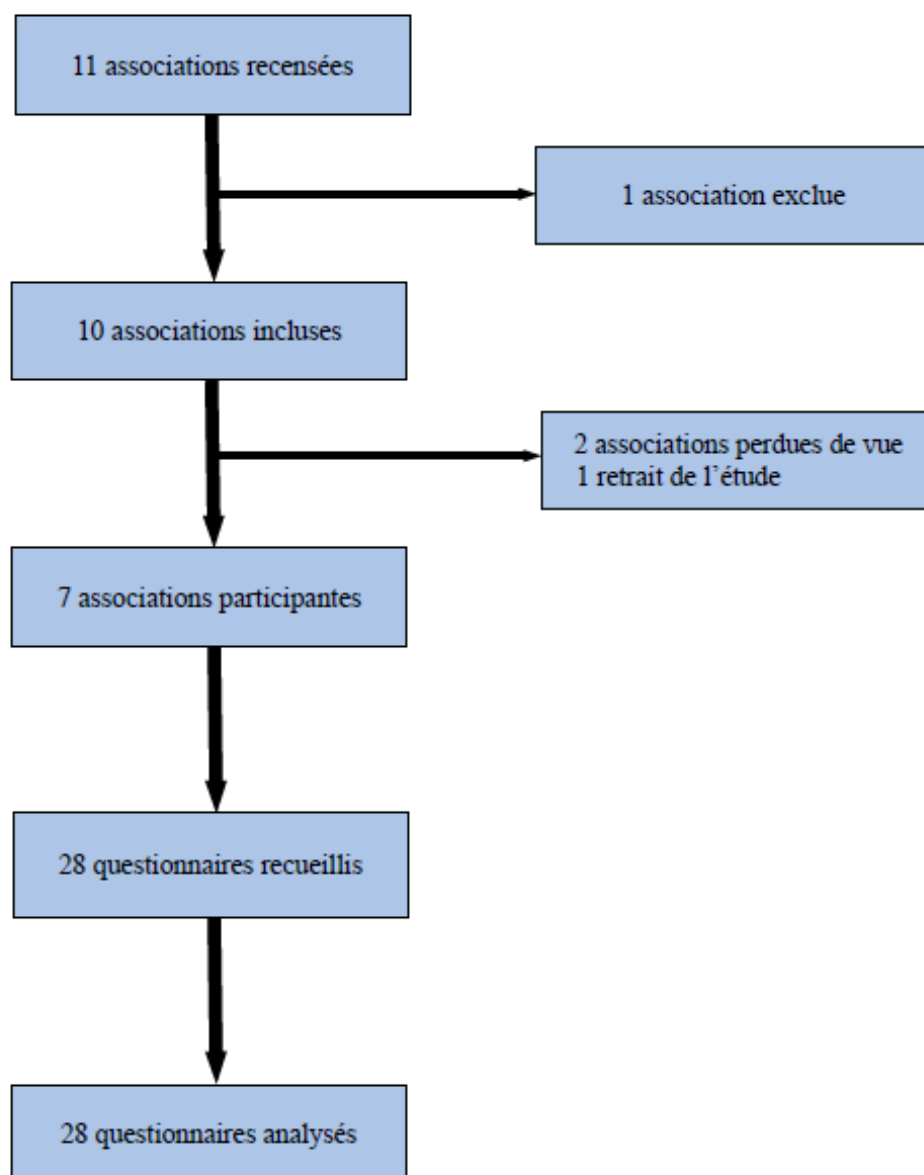


Figure 1 :Diagramme de flux

2- Caractéristiques de la population

Caractéristiques	Effectif de femmes	Pourcentage de femmes
Age		
18-25 ans	1/28	4 %
26-35 ans	7/28	25 %
36-45 ans	8/28	28 %
46-55 ans	7/28	25 %
56-65 ans	3/28	11 %
plus de 65 ans	2/28	7 %
Présence d'enfants ?		
Oui	23/28	82 %
Non	5/28	18 %
Nombre d'enfants		
1	4/20	20 %
2	8/20	40 %
3	6/20	30 %
4 et plus	2/20	10 %
Type de violences subies		
psychiques	28/28	100 %
physiques	25/27	93 %
sexuelles	12/25	48 %
économiques	7/26	27 %
Nombre de consultations chez le MG pour elle-même au cours des 12 derniers mois		
aucune	2/28	7 %
1 à 2 fois	8/28	29 %
3 à 5 fois	10/28	36 %
6 fois ou plus	8/28	28 %
Nombre de consultations chez le MG pour leur(s) enfant(s) au cours des 12 derniers mois		
aucune	3/19	16 %
1 à 2 fois	7/19	37 %
3 à 5 fois	8/19	42 %
6 fois ou plus	1/19	5 %

Tableau 3 : Caractéristiques de la population

La majeure partie des femmes interrogées avaient entre 26 et 55 ans, avec un pic dans la tranche des 36-45 ans. (tableau 3)

Parmi les mères de famille, 80 % (16/20) avaient au moins deux enfants. (tableau 3)

Les violences psychiques étaient présentes dans tous les cas, prédominaient ensuite les violences physiques puis sexuelles. Plus d'un quart (7/26) des femmes déclaraient avoir subi des violences économiques. (tableau 3)

Une grande majorité de ces femmes (93 % soit 26/28) ont consulté au moins une fois leur MG pour elle-même dans les douze derniers mois. (tableau 3)

Parmi les femmes qui avaient des enfants, 84 % (16/19) ont consulté pour leur(s) enfant(s) au moins une fois dans les douze derniers mois. (tableau 3)

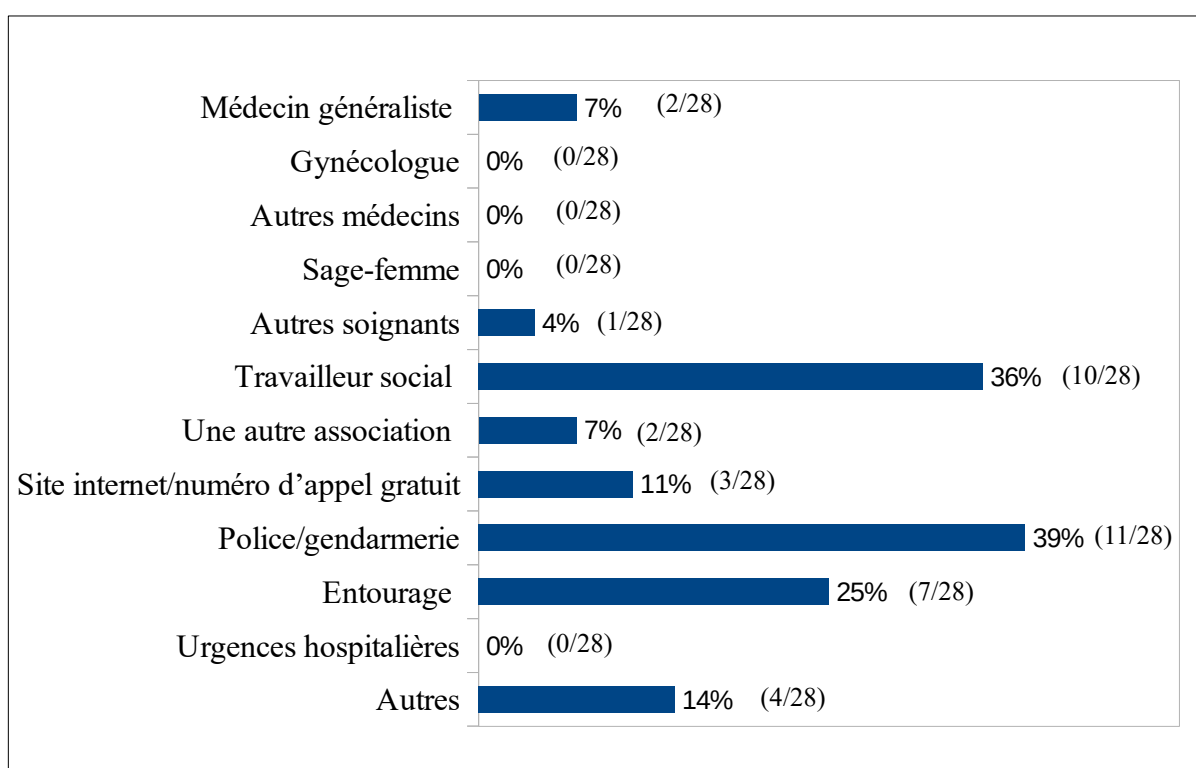


Figure 2 : Personnes ayant orienté les femmes victimes vers l'association

Les femmes avaient été orientées vers l'association dans plus de deux tiers des cas par la police/gendarmerie (11/28) ou par un travailleur social (10/28). L'entourage faisait connaître l'association à la victime dans un quart des cas (7/28). Elles avaient été adressées par le MG seulement dans 7 % des cas (2/28). Les femmes avaient renseigné la case « autres » lorsqu'il s'agissait des professionnels du planning familial, de SOS femmes 49 ou bien du tribunal. Certaines femmes avaient été orientées par plusieurs acteurs. (figure 2)

3- Attentes des femmes victimes envers le médecin généraliste : résultats de l'objectif principal

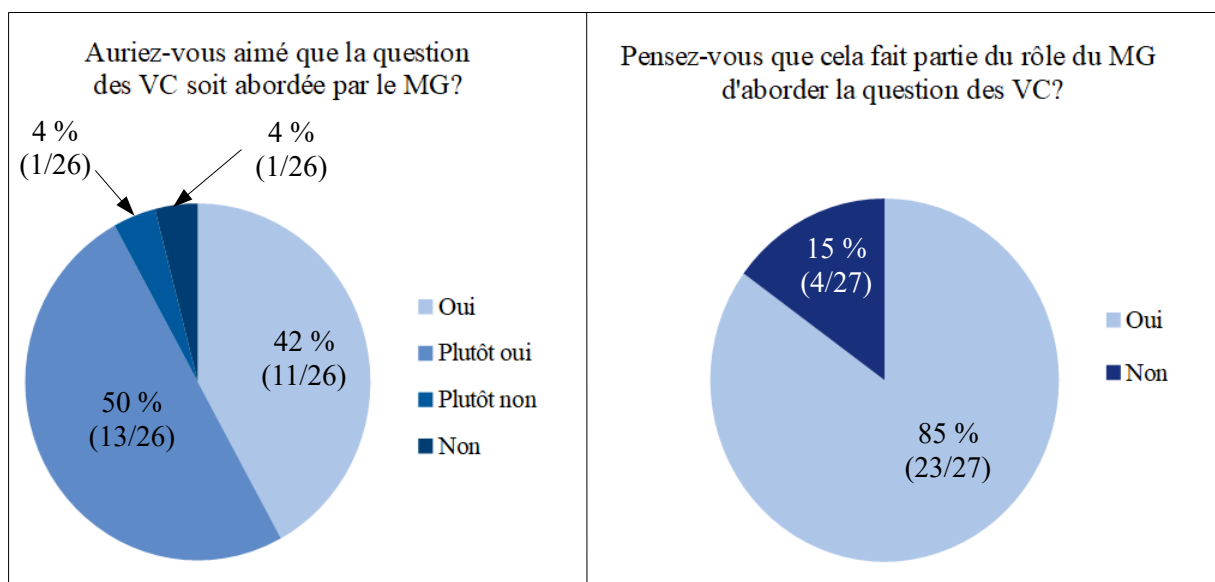


Figure 3 : Attentes des femmes victimes de VC envers leur MG

Quatre-vingt douze pour cent des femmes (24/26) auraient aimé (oui ou plutôt oui) que la question des violences soit abordée par le MG. (figure 3)

La fin du questionnaire permettait aux femmes de s'exprimer librement sur leurs attentes envers les médecins généralistes. Plusieurs thèmes en sont ressortis. Les femmes souhaitaient que le médecin adopte une attitude d'écoute et d'empathie, sans jugement, cela permettant d'instaurer une relation de confiance. Par ailleurs, elles souhaitaient que le médecin pose des questions et évoque les violences et qu'il pense à ces dernières en cas de signes indirects (fatigue, anxiété, troubles du sommeil, fractures, « histoire à rallonge »). Par ailleurs, des souhaits de conseil et d'orientation, en passant par une meilleure formation des médecins, étaient évoqués. Enfin, elles demandaient de prendre plus au sérieux leur demande d'incapacité totale de travail.

Voici quelques exemples d'attentes exprimées par les victimes :

« Peut-être qu'en constatant les nombreuses fois où j'ai consulté pour des fractures (...), en inventant à chaque fois une histoire, peut être pouvait-il soupçonner des violences, en plus de le consulter pour angoisse, problèmes de sommeil. On n'ose difficilement dévoiler que l'on est victime de violences conjugales. »

« Ils pourraient considérer notre état psychologique (...), s'intéresser à ce que l'on a subi, je veux dire poser des questions pour en savoir plus. »

« Peut-être que lorsqu'on consulte pour grande fatigue, stress, (...), poser les questions : avez-vous des soucis avec votre conjoint ? Connaissez-vous l'origine de votre état de fatigue ? Plus lié au travail, à la cellule familiale ou autres ? »

« Besoin que le médecin ne soit pas dans le doute par rapport aux violences évoquées »

« Aucun jugement sur la victime ni les solutions à prendre »

« Le 22/01/2002, j'ai été victime de violences. (...) J'ai fait croire à mon médecin que j'étais tombé des escaliers. (...) Je regrette que mon médecin n'ai rien vu. Je pense que s'il avait

abordé la question des violences ce jour-là, j'aurai tout avoué. Je n'aurai pas attendu 42 ans et demi. »

« Je pense que c'est important que le médecin ait une formation afin de savoir anticiper la question de violence dans le couple car certaines femmes hésitent pensant « exagérer » car sous emprise. »

4- Caractéristiques des consultations chez le médecin généraliste et éventuels freins à l'abord des violences : résultats des objectifs secondaires

a- Motifs des consultations

Motifs de consultations chez le MG	Effectif de femmes	Pourcentage de femmes
Pour évoquer les violences subies	10/25	40 %
Pour un traumatisme, une blessure physique	12/24	50 %
Pour de la tristesse	11/25	44 %
Pour de l'angoisse	15/25	60 %
Pour des difficultés à dormir	15/25	60 %
Pour un problème gynécologique	9/25	36 %
Pour une contraception	2/24	8 %
Pour des douleurs	18/24	75 %
Pour de la fatigue	18/24	75 %
Pour une prescription de psychotropes	14/25	56 %
Pour un renouvellement d'ordonnance	14/23	61 %
Pour un certificat ou une attestation de suivi pour violences	9/24	37 %
Pour les enfants	13/22	59 %
Pour une autre raison	4/11	36 %

Tableau 4 : Motifs des consultations

Dans moins de la moitié des cas, les femmes victimes venaient pour évoquer directement les violences subies (10/25) ou réaliser un certificat de coups et blessures (9/24). Les motifs en lien avec des troubles psychiques étaient très représentés. (tableau 4)

Les autres motifs de consultation évoqués étaient l'orientation vers des spécialistes suite à des fractures sans évoquer les VC et un suivi de grossesse.

b- Abord des violences conjugales

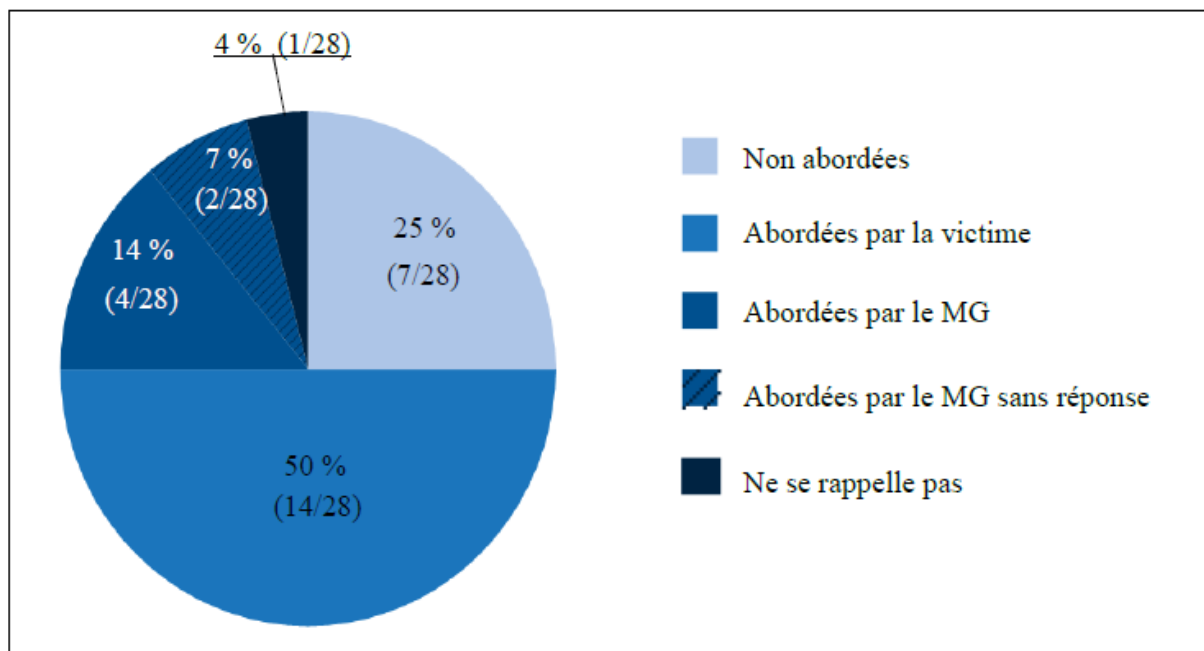


Figure 4 : Abord des violences conjugales

Dans la moitié des cas (14/28), les violences étaient abordées par les victimes. Dans 25 % des cas (7/28), les violences n'avaient pas du tout été abordées. Dans 21 % des cas (6/28), le

médecin avait posé la question. La femme n'avait pas répondu dans un tiers des cas (2/28). (figure 4)

Dans les commentaires, une femme précisait qu'elle avait parlé à son MG lorsqu'elle était venue récupérer son dossier médical. Une autre femme qui n'avait pas abordé les VC avec son MG précisait qu'il fallait déjà avoir pris conscience des violences pour pouvoir en parler.

c- Comment sont reçues ces femmes chez le médecin généraliste?

Le MG consulté était dans 43 % des cas (12/28) le MG du conjoint ou ex-conjoint violent. Malgré cela, dans 84 % des cas (10/12), la patiente était reçue seule avec le MG, dans 8% des cas (1/12), le conjoint était présent et dans 8 % des cas (1/12), cela était variable.

d- Influence du sexe du médecin généraliste sur l'abord des violences

Dans la moitié des cas (14/28), les femmes étaient influencées par le sexe du MG pour aborder les VC et exprimaient une facilité à parler des violences si le MG était une femme.

IV. DISCUSSION

A. Résultats principaux

Onze associations ont été identifiées comme spécialisées dans la prise en charge des victimes de VC sur la Savoie et l'Isère.

La plupart des femmes victimes de violences conjugales ont consulté leur MG sur les douze derniers mois et une grande majorité pensait que cela faisait partie du rôle de MG d'aborder les VC.

B. Validité externe

1- Les caractéristiques de la population étudiée

Concernant les caractéristiques de notre échantillon, une majorité des femmes avaient entre 26 et 55 ans avec un pic dans la tranche des 36-45 ans. Elles étaient 82 % (23/28) à avoir au moins un enfant, et en avaient plusieurs dans 80 % des cas (16/20).

Cela rappelle que les enfants sont eux aussi à compter comme des victimes de violences, même si ces violences ne sont pas exercées directement contre eux. Une revue de littérature publiée en 2008 portait sur les enfants et adolescents vivant dans un environnement de violences domestiques. Elle a montré qu'ils étaient plus à risque de subir des violences psychiques, physiques ou sexuelles. Ces environnements violents favorisaient aussi le développement des troubles émotionnels et/ou comportementaux et le risque d'être confrontés à d'autres violences dans leur vie. (21)

Par ailleurs, les femmes de l'étude semblaient plutôt âgées par rapport à la population générale des victimes. L'enquête « Cadre de vie et de Sécurité » de 2019 estimait que 29 % des femmes victimes de VC avaient entre 18 et 29 ans. (22) Cette différence peut s'expliquer par le mode de recrutement des victimes de l'étude. En effet, nous pouvons supposer que les femmes victimes mettent un certain temps avant de se tourner vers des associations spécialisées, ou du moins que les femmes plus jeunes sont moins enclines à répondre au questionnaire car elles ont moins de recul sur les violences vécues.

Aussi, elles étaient toutes victimes de violences psychiques. Les autres types de violences s'y ajoutaient. Ainsi, il semblait que les violences physiques, sexuelles ou économiques n'existaient pas sans les violences psychiques. Ces données sont concordantes avec une étude qualitative où toutes les femmes étaient elles aussi victimes de VC psychiques, et quasiment toutes de VC physiques. En revanche, les violences sexuelles étaient plus faiblement représentées, a contrario des violences économiques qui l'étaient plus. (12) De manière générale, les violences sexuelles sont possiblement encore sous-estimées. En France en 2018, près de la moitié des femmes victimes de viols ou de tentatives de viols sont agressées par leur conjoint ou ex-conjoint. (2) Cependant, lorsque les agressions sexuelles ont lieu dans l'espace public ou au travail, 60% des femmes parviennent à en parler, contre à peine 35%

lorsqu'elles ont lieu au sein de la sphère conjugale. Cette différence peut être en partie expliquée par la reconnaissance tardive du viol conjugal sur le plan légal mais aussi sociétal. En effet, pendant longtemps, le consentement aux relations sexuelles entre deux époux a été présumé, découlant du « devoir conjugal ». (23)

Les femmes ont été adressées par le MG vers l'association seulement pour 7 % d'entre elles (2/28), ce qui est peu comparé au nombre de femmes qui ont abordé les VC avec le MG. Cela peut s'expliquer par le fait que les VC soient abordées avec le MG après avoir rencontré l'association. Cela peut aussi être le reflet du manque de connaissances du réseau local des professionnels spécialisés de la part des MG et tend à prouver qu'une formation pourrait éclaircir ce point. Ces chiffres sont discordants avec ceux d'un autre travail de thèse où les MG avaient orienté les victimes vers des associations dans 42 % des cas. (24) Dans ce dernier travail, les VC non connues du MG n'ont pas été prises en compte, ce qui peut expliquer cette discordance. La police ou gendarmerie et les travailleurs sociaux sont les professionnels qui ont le plus orienté vers les associations. Cette donnée est contraire à la littérature qui rapporte que les femmes victimes de VC réalisent des démarches auprès des forces de sécurité seulement dans 27 % des cas et auprès des services sociaux seulement dans 12 % des cas. (2) Une fois de plus, nous pouvons supposer que les femmes de l'étude ne sont peut être pas représentatives des femmes victimes de VC en France car elles ont été recrutées au sein des associations.

2- Les femmes victimes de violences conjugales en médecine générale

Une très grande majorité des femmes victimes avaient consulté leur MG dans les douze derniers mois. Cela est concordant avec la littérature. (8-10) Les femmes qui avaient des enfants consultaient pour eux au moins une fois dans l'année dans la majorité des cas (84 % soit 16/19), ce qui les rendaient d'autant plus accessibles au dépistage.

Cependant, les femmes consultaient dans seulement 40 % des cas (10/25) pour évoquer les violences et dans 37 % des cas (9/24) pour demander un certificat de coups et blessures. La moitié des femmes (12/24) avaient consulté pour une blessure physique. Ces chiffres sont plus élevés que dans une étude quantitative de 2016 où 26 % des motifs initiaux étaient en lien direct avec les VC. (25) Cela peut s'expliquer une fois de plus par le mode de recrutement de notre étude. En effet, une autre étude avec un recrutement des femmes victimes au sein d'une association retrouvait un motif initial en lien direct avec les VC dans 36 % des cas. (12) Les autres motifs prédominants de consultation à propos de la femme victime étaient la tristesse, l'anxiété, les troubles du sommeil, des douleurs, de la fatigue et la prescription de psychotropes. Ces motifs sont concordants avec la littérature, notamment une revue de littérature de 2017 portant sur les signes cliniques présentés par les femmes victimes de VC en soins primaires. Elle montrait une association entre les troubles psychosomatiques, la consommation de psychotropes, les troubles psychiques de type troubles du sommeil, troubles anxieux et dépression et les VC. (26) Devant ces signes, après avoir éliminé les autres étiologies, questionner les patientes sur d'éventuelles VC permettrait de libérer leur parole et de les accompagner dans le soin. Dans une étude qualitative, le médecin interrogeait 36 femmes qui venaient de dévoiler les violences conjugales à leur MG. Seules trois d'entre elles étaient spécialement venues en consultation pour en parler, les autres consultaient pour les

mêmes motifs prédominants cités ci-dessus. Vingt-cinq femmes ont finalement parlé suite à une approche fondée sur la communication et l'écoute empathique de leur MG, neuf suite à une approche plutôt biomédicale mais aussi associée à une écoute empathique dans la plupart des cas, deux femmes n'étaient pas capables d'expliquer pourquoi elles avaient parlé. Après avoir abordé les violences avec leur MG, 20 femmes sur 36 percevaient un réel changement sur leurs possibilités de résoudre le problème. (27)

Le dépistage systématique semble aussi approprié devant la diversité des présentations cliniques et la question des VC qui n'est pas abordée dans 25 % des cas (7/28). Comme cité ci-dessus, l'HAS recommande en 2019 le dépistage systématique des VC, même en l'absence de signe d'alerte. (19) Une étude réalisée en 2005 proposait un dépistage systématique par le MG des violences chez les patientes venant en consultation, par l'intermédiaire d'un questionnaire. Sur une période témoin de durée identique mais restreinte, sur 251 patientes interrogées de manière systématique, 44 déclaraient avoir subi des violences contre trois seulement en l'absence de dépistage. (28) Le dépistage systématique des violences reste néanmoins encore insuffisant comme le montrait une étude lorraine où plus de 90 % des médecins généralistes interrogés disaient ne jamais avoir pratiqué ce dépistage de manière systématique. (29) Une étude réalisée en 2018 sur l'impact d'une formation de deux heures et demi sur les VC pour les professionnels de santé de premier recours augmentait le dépistage systématique de 10 % à 40 %. (30) Ainsi, il semble nécessaire que les médecins généralistes soient mieux formés. Cependant, le dépistage systématique semble encore débattu dans la littérature. Une revue de littérature de 2013 a tenté de chercher à savoir si le dépistage systématique par auto-questionnaire ou en face-à-face dans les systèmes de santé permettait de dépister plus de victimes, de les orienter plus facilement vers des professionnels spécialisés et d'améliorer l'état de santé des victimes. L'étude concluait que plus de victimes étaient identifiées mais sans amélioration de la santé des femmes ni une meilleure orientation. Il n'y

aurait ainsi pas de preuve suffisante qui justifierait un dépistage systématique. (31) Cependant, les résultats de l'étude citée sont à nuancer car cette dernière n'était pas réalisée seulement dans les soins primaires, et l'absence d'amélioration de la santé des femmes et de leur orientation peut s'expliquer par un manque de formation des professionnels de santé et par un défaut de moyens en aval sur le plan social, juridique et pénal. Un dépistage plus systématique semble cependant indissociable d'une formation adaptée des MG, ainsi qu'une meilleure connaissance du réseau, afin de ne pas laisser les MG et par extension les victimes, seuls face aux violences.

Dans notre étude, 50 % des femmes interrogées (14/28) étaient les premières à aborder les VC lors de la consultation. Ces résultats sont concordants avec une thèse de 2016 où 58 % des femmes abordaient les VC. (25) Ce résultat montre que le MG aborde encore peu les VC.

Par ailleurs, la majorité des femmes (64 % soit 18/28) ont déjà parlé des VC avec leur MG. Cela semble discordant avec les données de la littérature qui rapportent que seulement 25 % des femmes victimes ont consulté un médecin à la suite de violences. (2) Cela peut s'expliquer à nouveau par le mode de recrutement des victimes.

Dans notre étude, 92 % des femmes victimes (24/26) auraient souhaité ou plutôt souhaité (oui ou plutôt oui) que leur MG aborde les violences. Cela est concordant avec plusieurs études. (11-15). Cependant, 85 % d'entre elles (23/27) considéraient que cela fait partie du rôle du MG. Cette différence peut s'expliquer par une ambivalence : certaines femmes considèrent que c'est un problème personnel qu'elles doivent résoudre seules ou ont la croyance que ce n'est pas le rôle du médecin, pour autant, elles souhaiteraient que la question des VC soit abordée. Cette différence peut aussi s'expliquer par la signification du mot « rôle ». En effet, le rôle du médecin peut être perçu comme étant de dépister et

d'accompagner les femmes victimes de VC mais pas de résoudre le problème. Un parallèle peut ainsi être fait entre les concepts du « care » et du « cure », que l'on pourrait respectivement traduire en français par « soigner » et « guérir ».

Les attentes exprimées d'écoute, d'empathie, de non-jugement, de considération de l'état psychique, d'information et d'orientation sont concordantes avec plusieurs études. (11-14) Ces attentes font écho aux freins à l'expression des VC identifiés dans plusieurs études. (12 ; 14) Les femmes victimes rapportent par ailleurs un souhait que les VC soient évoquées par le MG, ce qui concorde avec plusieurs études qualitatives où les victimes estiment que c'est au médecin d'aborder le sujet des VC en premier pour les amener ensuite à se livrer. (11-15)

Concernant les freins à l'abord des violences conjugales, dans notre étude, le sexe du médecin semblait être un frein car la moitié des femmes (14/28) étaient influencées par le sexe du médecin pour parler des violences subies et semblaient se livrer plus facilement si le médecin était une femme. Cet résultat est discordant avec une autre étude où le sexe du médecin n'avait pas d'importance pour une majorité de femmes interrogées. (12)

Peu de femmes sont reçues en même temps que leur conjoint lors des consultations, même si dans 43 % des cas (12/28), elles ont le même MG que leur conjoint. Ce dernier point peut être un frein à l'abord des VC, comme cela est décrit dans d'autres études, par crainte de la rupture du secret médical ou d'un parti pris de la part du MG. (12 ; 14)

Une étude qualitative menée en 2014 sur un échantillon de 14 femmes victimes de VC mettait en évidence les principaux freins à la révélation au MG des violences subies. Les freins identifiés étaient : le fait que la patiente n'identifie pas l'acte subi comme un acte de violence ou un crime, le fait qu'elle pense ne pas pouvoir être crue, la crainte de la façon avec laquelle

ses déclarations vont être traitées par le médecin ou les représentants judiciaires, la crainte de représailles de l' auteur, le fait que la victime n'ait pas conscience que les actes de violences ont des conséquences délétères sur son bien-être physique et mental et sur celui de ses enfants. (32)

C. Forces et faiblesses

1- Faiblesses

a- Taille de l'échantillon

Vingt-huit questionnaires ont pu être recueillis sur une période de trois mois d'inclusion, nous aurions pu nous attendre à un nombre plus élevé de résultats. Cela peut s'expliquer par diverses raisons.

Concernant les associations, les causes principales étaient le manque de disponibilité des professionnels, des locaux non adaptés, des réticences à proposer le questionnaire aux victimes, plus rarement l'absence de victime de VC lors de la période d'inclusion et enfin la fermeture des associations lors de la période d'épidémie de Covid 19. Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'étude mettant en relief les freins à proposer le questionnaire de la part des professionnels des associations. Les réticences évoquées par les professionnels étaient

essentiellement en lien avec la proposition délicate de participer à une étude dans ce contexte de détresse psychologique des femmes victimes.

De la part des femmes, les causes principales rapportées par les professionnels étaient la barrière de la langue, la crainte d'être seule face à ce questionnaire et de la perte d'anonymat. La première rencontre avec les professionnels de l'association semblait être aussi un facteur prédisposant à un refus. La question peut se poser de savoir si les femmes ne souhaitant pas répondre au questionnaire sont aussi celles ayant le plus de difficultés à évoquer le sujet avec leur MG, du moins à ce moment-là de leur parcours.

b- Biais

Afin d'éviter un biais de désirabilité, l'auto-questionnaire a été choisi. Ainsi, les femmes ne sachant pas lire et/ou écrire le français n'ont pas été incluses dans l'étude, ce qui crée un biais de sélection. Ce biais est renforcé par le recrutement associatif : les femmes victimes de VC ne consultent pas toutes dans des associations. En effet, d'après la MIPROF, en 2018, seulement 7 % des femmes victimes avaient rencontré les membres d'une association. (2) Notre échantillon n'est donc pas représentatif des femmes victimes de VC en France. La prise en compte des services de médecine légale ou des services sociaux par exemple permettrait peut-être un échantillonnage plus représentatif. Toutefois, il est difficile d'être exhaustif pour cette population. En effet, en France en 2018, plus de la moitié des femmes victimes de violences interrogées déclaraient n'avoir entrepris aucune démarche auprès d'un professionnel de santé, du social ou d'une association. (2)

Par ailleurs, le questionnaire étant déclaratif, il est possible qu'il y ait un biais de mémorisation de la part des femmes victimes, d'autant plus dans cette population où les femmes victimes peuvent être dans un état de sidération. Ainsi, afin d'éviter le biais de désirabilité, il est probable que certaines informations n'aient pas été recueillies, alors qu'elles auraient pu l'être à l'aide d'une tierce personne (professionnel de l'association par exemple).

Enfin, il existe un biais méthodologique inhérent au recueil des données par auto-questionnaire : il était fréquent que les femmes ne répondaient pas par oui ou non à toutes les propositions au sein d'une question. Les pourcentages étaient ainsi réalisés sur le nombre de répondantes à chaque question.

2- Forces

Le travail de recensement des structures a pour but de renseigner le site www.decliviolence.fr. (20) Ce site est un outil national, à destination des professionnels de santé.

A l'heure actuelle, de nombreuses études qualitatives ont été réalisées sur les attentes envers le MG des femmes victimes de VC mais peu d'études quantitatives, ce qui constitue une force de notre étude.

Peu de questionnaires ont été recueillis sur les départements de l'Isère et de la Savoie mais cette étude s'intègre dans un travail national, permettant à terme une puissance plus importante des résultats.

Enfin, les résultats rapportent une place importante du MG dans le dépistage des VC puisque 93 % des femmes victimes (26/28) consultent leur MG et que par ailleurs, 85 % d'entre elles (23/27) considèrent qu'aborder la question des VC fait partie du rôle du MG.

D. Perspectives

Il pourrait être intéressant lors d'une prochaine étude d'inclure les femmes consultant dans les services de médecine légale. Il serait intéressant de voir si ces femmes sont encore plus avancées dans leur parcours et moins dans l'ambivalence. Ainsi, elles seraient peut être plus ouvertes à répondre au questionnaire.

Par ailleurs, il est mis en évidence une nécessité de la part des médecins de dépister de manière plus systématique les VC. Pour favoriser cela, il faudrait notamment renforcer la formation des médecins généralistes à propos des VC, et cela dès le deuxième cycle des études médicales.

THÈSE SOUTENUE PAR : Estelle DESVIGNES

**TITRE : ATTENTES DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES
CONJUGALES ENVERS LEUR MEDECIN GENERALISTE EN ISERE ET
EN SAVOIE**

CONCLUSION

Les violences conjugales (VC) ont des répercussions majeures sur la santé mais aussi sur l'économie.

L'objectif principal de cette étude descriptive était d'observer si les femmes victimes de VC souhaitaient être questionnées par leur médecin généraliste (MG) sur les violences subies. Les objectifs secondaires étaient d'observer le suivi des femmes victimes de VC en médecine générale et de mettre en évidence de manière non exhaustive certains freins à l'évocation des violences lors de la consultation. Par ailleurs, ce travail avait pour but de recenser les structures d'aide à la prise en charge des victimes en Savoie et en Isère.

Onze associations ont été rencontrées et répertoriées, ainsi que les différents référents « violences faites aux femmes » des centres hospitaliers, les services médico-judiciaires et les déléguées départementales aux droits des femmes et à l'égalité femmes-hommes de Savoie et d'Isère. Les résultats des auto-questionnaires tendent à montrer que la plupart des femmes victimes de VC consultent en médecine générale, et souvent pour un motif indirectement en lien

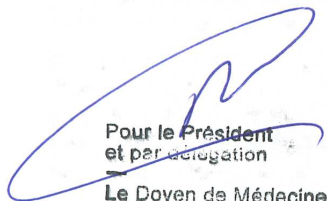
avec les VC. La plupart de ces femmes souhaitaient que le MG aborde la question des violences, qui est à l'heure actuelle initialement abordée dans 50 % des cas (14/28) par les victimes. Les femmes souhaitaient que le médecin adopte une attitude d'écoute et d'empathie, sans jugement, cela permettant d'instaurer une relation de confiance. Des souhaits de conseil et d'orientation, en passant par une meilleure formation des médecins, étaient évoqués.

Il pourrait être intéressant lors d'une prochaine étude d'inclure les femmes consultant dans les services de médecine légale. Cela permettrait de voir si ces femmes sont encore plus avancées dans leur parcours et moins dans l'ambivalence. Ainsi, elles seraient peut être plus disposées à répondre au questionnaire. Par ailleurs, pour obtenir une puissance plus importante au niveau des résultats, nous attendons les résultats finaux de l'étude nationale.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

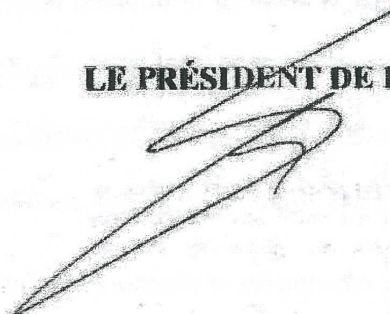
LE DOYEN



Pour le Président
et par dérogation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Virginie SCOLAN

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2017 [cité 17 déc 2019]. Disponible sur :
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. MIPROF. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes n°14 [Internet]. 2019 [cité 17 déc 2019]. Disponible sur :
<https://stop-violences-femmes.gouv.fr/lettre-no14-violences-au-sein-du.html>
3. Jaspard M. et l'équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Popul Sociétés [Internet]. janv 2001 [cité 23 mai 2020]; (364). Disponible sur :
https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
4. Assemblée parlementaire conseil de l'Europe. Recommandation 1582, Violence domestique à l'encontre des femmes [Internet]. 2002. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur :
<https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=17055&lang=FR>
5. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet. 2002;359:6
6. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression : a systematic review and meta-analysis. Social Science and Medecine. sept 2012;75(6):959-75.

7. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. *Santé Publique*. 16 sept 2010;Vol. 22(4):405-16.
8. Bolot A-L. Repérage des violences conjugales en médecine générale : évaluation de deux types d'interventions [Thèse d'exercice]. Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2010.
9. Dechenaud M. Prévalence de la violence conjugale en soins primaires : une enquête auprès de 300 femmes en médecine générale dans la région Rhône-Alpes et de 103 femmes au Centre de Planification ou d'Education Familiale de Bourg-en-Bresse. [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard ; 2010.
10. Prosman G-J, Lo Fo Wong SH, Bulte E, Lagro-Janssen ALM. Healthcare utilization by abused women: a case control study. *Eur J Gen Pract*. Juin 2012;18(2):107-13.
11. Gilot H. Les femmes victimes de violences conjugales : qu'attendent-elles de leur médecin généraliste ? : une étude qualitative. [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2016.
12. Landzberg L. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille. [Thèse d'exercice]. Université d'Aix Marseille ; 2015.
13. Dupre O. Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste : quelles sont leurs attentes ? *Revue de littérature*. [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2016

14. Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou MF. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. *Éthique et Santé* 2015;12(4):244-9.
15. Biglia E. Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale : expériences et attentes de femmes victimes. [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia Antipolis faculté de Médecine ; 2012.
16. García Torrecillas JM, Torío Durántez J, Lea Pereira MC, García Tirado MC, Aguilera Tejero R. Detection of violence against women in the family doctor clinic. *Aten Primaria*. sept 2008;40(9):455-61.
17. François I, Moutel G, Plu I, Fauriel I, Hervé C. Domestic violence : what are the difficulties for practitioners ? Analysis of interviews among 19 practitioners within a town-hospital care network aimed at a global approach of patients. *Presse Med*. 18 déc 2004;33(22):1561-5.
18. 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. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Grenoble ; 2012
19. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. 2019. [cité 9 déc 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple.
20. Département de médecine générale Clermont-Ferrand. Décllic Violence. [Internet]. 2018 [cité 9 déc 2019]. Disponible sur : <http://www.decllicviolence.fr/index.html>

21. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people : A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*. août 2008;32(8):797-810.
22. Service statistique interministériel de la sécurité intérieure. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. 2019. [cité 23 mai 2020] Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
23. Schlegel A. Le viol conjugal : Historique, lien avec l'Acceptation du Mythe du Viol et validation d'une échelle française d'Acceptation du Mythe du Viol. [Thèse d'exercice]. Université de Tours ; 2018.
24. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. [Thèse d'exercice]. Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie ; 2012
25. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. [Thèse d'exercice]. Université de Rouen ; 2016.
26. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. [Thèse d'exercice] . Université de Clermont Auvergne ;2017
27. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römken R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters : abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns*. 2008 mar;70(3):386-94.
28. Coy C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCP. [Thèse d'exercice]. Université Paris 6 ; 2005.

29. Dhuny DN. Violences conjugales : vers un dépistage systématique par les médecins généralistes lorrains. [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine ; 2012.
30. Moreau M. Formation sur le repérage et la prise en charge de femmes victimes de violences, organisée par l'association SOS Femmes Solidarité et le syndicat AGJIR : impact sur les pratiques des professionnels de santé de premier recours. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Bordeaux ; 2018.
31. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Apr 30.
32. Prosman G-J, Wong SHLF, Lagro-Janssen ALM. Why abused women do not seek professional help : a qualitative study. *Scand J Caring Sci.* 2014;28(1):3-11.

ANNEXES

Annexe 1 : affiche salle d'attente de l'étude AVIC-MG

Etude **AVIC-MG**



Nous cherchons à savoir quelles sont les attentes des femmes victimes de violences conjugales vis-à-vis des médecins généralistes, afin d'améliorer nos pratiques.

Pouvez-vous nous donner votre avis dans le questionnaire qui vous sera proposé en fin d'entretien?

Merci d'avance de votre précieuse participation,



Cette étude s'intègre dans un projet national. Nous avons bien sûr obtenu toutes les autorisations nécessaires à sa réalisation.

Estelle Desvignes, médecin généraliste, en thèse de médecine générale sur l'étude AVIC-MG

Dr Mathilde Vicard-Olagne, médecin généraliste



Annexe 2 : dépliant de l'étude AVIC-MG



Etude **AVIC-MG**

Attentes des femmes
Victimes de violences
Conjugales envers leur
Médecin **G**énéraliste



Etude **AVIC-MG**

Attentes des femmes
Victimes de violences
Conjugales envers leur
Médecin **G**énéraliste



Etude **AVIC-MG**

Attentes des femmes
Victimes de violences
Conjugales envers leur
Médecin **G**énéraliste

Annexe 3 : auto-questionnaire de l'étude AVIC-MG

1. Quel est votre âge :
- 18-25 ans 26-35 ans 36-45 ans 46-55 ans 56-65 ans Plus de 65 ans
2. Avez-vous des enfants ? oui non Si oui, combien ?
3. De quel(s) type(s) de violence avez-vous été victime de la part de votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) :
- PHYSIQUES (recevoir des coups, des claques, ... être poussée, ...) oui non
 - PSYCHIQUES (insultes, menaces, intimidations, interdictions, imposition d'une croyance/idéologie,....) oui non
 - SEXUELLES (rapports ou pratiques sexuels sans que vous soyez d'accord) oui non
 - ECONOMIQUES (ne pas avoir accès aux moyens de paiement) oui non
4. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ?
- pour vous même : aucune 1 à 2 fois 3 à 5 fois 6 fois ou plus
- pour vos enfants : aucune 1 à 2 fois 3 à 5 fois 6 fois ou plus
5. Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous allée le voir, au cours des 12 derniers mois ?
- pour évoquer directement les violences subies oui non
 - pour un traumatisme/ blessure physique oui non
 - pour de la tristesse oui non
 - pour de l'angoisse oui non
 - pour des difficultés à dormir oui non
 - pour un problème gynécologique oui non
 - pour une prescription de contraception (pilule, implant,...) oui non
 - pour des douleurs oui non
 - pour de la fatigue oui non
 - pour une demande de prescription de médicaments psychotropes (somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs par exemple) oui non
 - pour un suivi et/ou le renouvellement d'un traitement que vous prenez habituellement oui non
 - pour un certificat ou attestation de suivi pour violences oui non
 - autre : lequel ?
6. Avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous êtes victimes avec un médecin généraliste ?
- oui, un médecin généraliste m'a déjà demandé si j'étais victime de violences conjugales
- oui, c'est moi même qui ai abordé la question
- un médecin m'a déjà posé la question mais je n'ai pas répondu
- non
- Je ne me rappelle pas
- Commentaires éventuels :
7. Est-ce que vous auriez (avez) aimé que la question des violences conjugales soit abordée par le médecin généraliste ?
- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
8. Pensez-vous que cela fait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder la question des violences conjugales ?
- Oui
- Non
9. Qu'est-ce qui vous a mené jusqu'à cette association ? (Plusieurs choix possibles)
- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Autres médecins (urgentiste, psychiatre...)
- Sage-femme
- Autres soignants (infirmier, psychologue...)
- Travailleur social
- Une autre association
- Site internet/numéro d'appel gratuit
- Police/gendarmerie
- Entourage (amis, famille)
- Urgences hospitalières
- Autres(s) :
10. Le(s) médecin(s) généraliste(s) que vous consultez est(sont)-il(s) le(s) même(s) que celui de votre (ex)-conjoint(e) violent(e) ?
- Oui
- Non
- Je ne sais pas

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

- Seule
- Avec votre conjoint
- Ça dépend des fois

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

- Oui
- Non

Commentaires éventuels :

.....
.....

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

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



Etude AVIC-MG

Attentes des femmes **V**ictimes de violences **C**onjugales envers leur **M**édecin Généraliste

Si certaines questions vous ont mises mal à l'aise ou si vous en ressentez le besoin, nous nous tenons à votre disposition:.....
(nom et coordonnées du psychologue ou référent de la structure)

Pour tout renseignement, vous pouvez nous contacter par mail : mathilde.vicard-olagne@uca.fr



Annexe 4 : avis du comité éthique du CNGE pour l'étude AVIC-MG



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cngc.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 17 Avril 2019,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " Etude AVIC-MG - Attentes des femmes Victimes de violences conjugales envers leur MG "

Avis n° 14031977

Les auteurs ont pris en compte ou répondu aux remarques initialement formulées par le comité d'éthique. Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de ce travail.

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Annexe 5 : affiche boîte de recueil AVIC-MG



Etude **AVIC-MG**



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

Madame,

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

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

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libres de refuser d'y participer ainsi que de mettre terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Conformément au RGPD et à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à mathilde.vicard-olagne@uca.fr.

Si jamais vous avez déjà répondu à ce questionnaire dans une autre structure, nous vous remercions de ne pas y répondre une deuxième fois.

Investigateurs Isère : Estelle Desvignes, médecin généraliste et Docteur Pauline Girard

Investigateur principal : Dr Mathilde VICARD-OLAGNE, médecin généraliste (Vernet la Varenne) – Chef de Clinique Universitaire, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, 28 place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand.