



HAL
open science

Attentes des femmes victimes de violence conjugale envers leur médecin généraliste dans les départements de Haute-Savoie et de l'Ain

Clémentine Adrien, Alexis Allamanno

► To cite this version:

Clémentine Adrien, Alexis Allamanno. Attentes des femmes victimes de violence conjugale envers leur médecin généraliste dans les départements de Haute-Savoie et de l'Ain. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03469147

HAL Id: dumas-03469147

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03469147v1>

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 VIOLENCE CONJUGALE
ENVERS LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LES
DÉPARTEMENTS DE HAUTE-SAVOIE ET DE L'AIN**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Clémentine ADRIEN

[Données à caractère personnel]

Alexis ALLAMANNO

[Données à caractère personnel]

**THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE**

Le : 23/09/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Thierry BOUGEROL (PU-PH)

Membres :

Mme le Docteur Géraldine PALIS (MSU) - Directrice de thèse

Mme le Professeur Virginie SCOLAN (PU-PH)

M. le Docteur Yoan GABOREAU (MCU)

Mme le Docteur Pauline GIRARD (CCU)

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 Gaétan	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-vénéréologie
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-SIBLOT 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	PASSAGGIA 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

Le 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.”

Remerciements

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

Au président de ce jury, Monsieur le **Professeur Thierry BOUGEROL**, vous nous faites l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Nous vous en remercions et vous témoignons notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A Madame le **Professeur Virgine SCOLAN**, nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Nous vous témoignons notre sincère gratitude et notre grande reconnaissance.

A Monsieur le **Docteur Yoann GABOREAU**, nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse, ainsi que de notre formation. Nous vous témoignons notre sincère gratitude et notre grande reconnaissance.

A Madame le **Docteur Pauline GIRARD**, nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse, ainsi que des conseils fournis tout au long de notre travail. Nous vous témoignons notre sincère gratitude et notre grande reconnaissance.

A Madame le **Docteur Géraldine PALIS**, nous te remercions d'avoir accepté de diriger ce travail, et merci de ton soutien et ton aide sans relâche, et de tes conseils précieux. Nous te témoignons notre sincère gratitude et notre très grande reconnaissance.

A celles et ceux qui ont permis aboutissement de ce travail :

A Madame le Docteur Mathilde VICARD, merci d'avoir été à l'origine de ce travail enrichissant et nécessaire.

Aux salarié(e)s et bénévoles des structures participantes, merci pour votre disponibilité, votre réactivité et votre participation, malgré l'importance de votre charge de travail.

A toutes les femmes qui ont accepté de répondre à nos questions, merci pour votre courage et pour vos précieux enseignements.

A **Hélène**, sans qui rien n'a de sens, et dans l'espoir de te laisser un monde meilleur

A nos **parents**, pour leur soutien infatigable tout le long de nos études et de notre vie. A Papa **Gaby** pour ta gentillesse et ta curiosité. A maman **Marie** pour tes fondants au chocolats, tes crumbles et ton amour sans faille. A maman **Christine** pour ton soutien indéfectible et tes tomates farcies. A papa **Philippe**, merci de m'avoir toujours poussée au cul pour atteindre les sommets.

A mes **frères**.

A nos **grand-parents**, qui ont cru en nous. A Mamie Alexia, Marie-Jo, Pépé Roger, Papy Bébert et Pépé Victor qui n'ont pas pu voir ce jour, mais qui seront toujours avec nous. A la pastaciutta de Mémé Rose.

A **Eve, Réglisse, Réal, Duchesse, Pirate et Nikita**, grands réconforts pendant nos études.

Au **groupe des gentils c*******, pour tous les moments passés à la fac et ailleurs. Pour les soirées arrosées et leurs lendemains difficiles, les exploits, le PLS, les soirées jeux, les soirées ciné, les St Jo, les voyages, les appels pour avis, les coups de gueule, les bars, les chansons, les balades ardéchoises, les batailles de bar, les champs de mémé, les Cham', les pré-soirées, les tacos, les groupes messenger, les bouffes, le van pulvérisé (mais les bouteilles intactes), la liqueur de pépé, la dangereuse et la croate. Pour Hervé le vitrier, mon p'tit Nono, Latifa, Honoré et son guacamole... merci !

A **Jean**, jamais relecteur mais toujours de bon conseil, le troisième de notre troupe et parrain de notre fille, Un jour, la sous unité 16S du ribosome bactérien portera ton nom !

A **Overs** : ses bonbons, sa caféine, sa vie, son œuvre.

A **Benjamin**, compagnon d'infortune de la D4, meilleur chirurgien que la Terre ait porté.

A **Charles**, éternel absent au regard affûté.

A **Adam**, hyperbare, hypercalcique, hyper-meilleur. Aux nems de ta maman (hyperbons).

A **Roumejon**, notre arc-en-ciel monochromatique

A **Florent** : 2,98 g/l !

A **Luis** : bon anniversaire à ton cousin.

A notre petit **boudin**, best psychiatrist ever !

Aux **co-externes**, **co-internes**, à nos **chefs** et aux **équipes** qui ont su nous former (parfois malgré nous) et **nos patient(e)s** qui nous ont tout appris (parfois malgré eux...).

A **Gé**, qu'il a fallu supplier pour qu'elle accepte de nous encadrer (merci !) et qui surtout m'a montré qu'une autre médecine était possible.

Aux collègues de **SOS** (Seb qui a su supporter mes plaintes), aux **médecins** remplacés et aux collègues de **gyneco**, merci de votre confiance.

A **Rémi**, **Lily** et leur équipe de **Vikings** qui ont maintenu le moral à flot et les chopes pleines.

A **Christian** et **Dada** qui nous nourrissent que de bonnes choses (merci pour le pot de thèse).

Aux amis de **lycée**, de **Maurienne**, de **Nantes**, de **Lyon**, de **Grenoble**, de la **Drôme**, de **Labenne**, de **Paris** et d'ailleurs, aux **colocs**.

A **Peter Jackson** pour 3 chefs d'œuvre, et 3... autres films.

A **Gérard**, j'arrive !

Et à tous ceux qu'on a oublié mais pas vraiment, vous qui faites partie de notre petit monde, grâce à qui les choses tournent (presque) rond. A vous : les mots nous manquent pour dire à quel point vous comptez pour nous... merci

A ma Croûte. A mon Steak.

Table des matières

Abréviations	13
Résumé	14
Abstract	15
I. Introduction	16
II. Généralités	
A. Définition de la violence conjugale.....	17
B. Cycles de la violence conjugale (annexe 1).....	18
C. Cadre légal en France.....	19
D. Épidémiologie de la violence conjugale en France.....	20
E. Conséquences de la violence conjugale.....	21
1. <i>Physiques</i>	22
2. <i>Psychologiques</i>	22
3. <i>Obstétricales et gynécologiques</i>	23
4. <i>Exposition des enfants à la violence conjugale</i>	23
5. <i>Socio-économiques</i>	24
F. Rôle du soignant.....	25
G. Dépistage de la violence conjugale.....	26
III. Matériel et méthode	
A. Étude AVIC-MG (Attentes des femmes VICtimes de violence conjugale envers leur Médecin Généraliste).....	27
B. Recrutement des structures.....	27
C. Recrutement des patientes.....	28
D. Auto-questionnaire.....	29
E. Période de recueil.....	30
F. Analyse statistique.....	30
IV. Résultats	
A. Comités d'éthique.....	31
B. Recensement des structures de prise en charge des victimes.....	32
C. Description des associations participantes.....	34
D. Réponses aux auto-questionnaires	
1. <i>Dans l'Ain</i>	
a. <i>Ni putes ni soumises</i>	36
b. <i>AVEMA</i>	36
c. <i>CIDFF 01</i>	36

2. <i>En Haute-Savoie</i>	
a. <i>Espace femmes Geneviève D.</i>	37
b. <i>CIDFF 74.</i>	37
E. Résultats	
1. <i>Nombre de questionnaires.</i>	37
2. <i>Description de l'échantillon.</i>	38
3. <i>Recours au médecin généraliste et à l'association partenaire.</i>	40
4. <i>Place de la violence conjugale en consultation de médecine générale.</i>	44
5. <i>Le médecin généraliste dans le couple.</i>	46
6. <i>Influence du sexe du médecin généraliste.</i>	48
7. <i>Commentaires libres.</i>	49
V. Discussion	
A. Validité de l'échantillon	
1. <i>Une faible participation.</i>	51
2. <i>Représentativité de l'échantillon.</i>	52
B. Recours au médecin généraliste	
1. <i>Les femmes violentées consultent.</i>	54
2. <i>Motifs de recours au médecin généraliste.</i>	54
C. Violence conjugale dans la consultation de médecine générale	
1. <i>Oser aborder la question.</i>	55
2. <i>Favoriser la discussion.</i>	56
3. <i>Dépistage de la violence conjugale.</i>	57
D. Attentes des femmes victimes de violence conjugale	
1. <i>Orientation.</i>	58
2. <i>Prise en charge médicale et médico-légale.</i>	59
3. <i>Signalement et secret médical.</i>	60
E. Perspectives	
1. <i>Propositions du Grenelle sur la violence conjugale.</i>	61
2. <i>Ouverture en lien avec le questionnaire.</i>	61
VI. Conclusion	63
Bibliographie	65
Annexes	69

Abréviations

AVIC-MG : Attentes des femmes **VIC**times de violence conjugale envers leur
Médecin Généraliste

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

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

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin généraliste

MIPROF : **M**ission **I**nterministérielle pour la **PRO**tection des **F**emmes victimes de
violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VC : Violence conjugale

Clémentine ADRIEN, Alexis ALLAMANNO

ATTENTES DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE ENVERS LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LES DÉPARTEMENTS DE HAUTE- SAVOIE ET DE L'AIN

Résumé

Introduction

La violence conjugale (VC) est une problématique fréquente et sous-estimée, entraînant des conséquences graves sur la santé des femmes et sur la société. L'objectif principal était d'observer les attentes des femmes victimes de VC envers leur médecin généraliste (MG).

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude multicentrique descriptive transversale menée de décembre 2019 à mai 2020, dans les départements de l'Ain et de Haute-Savoie, s'inscrivant dans un travail national mené par Dr Mathilde VICARD. Un recensement des structures d'aide à la prise en charge des victimes dans ces départements a été effectué afin d'enrichir le site internet www.decliviolence.fr. Un auto-questionnaire à destination des femmes victimes de VC a été déposé dans les associations participantes.

Résultats

Six associations ont été recensées, cinq ont accepté de participer, 42 auto-questionnaires ont été remplis. 92,7% des femmes interrogées avaient consulté un MG au cours de la dernière année. La grande majorité des femmes (81%) souhaitait que leur MG aborde la question de la VC, et estimait que cela fait partie du rôle du MG (78,6%). La VC était abordée en consultation par le MG dans 40,5% des cas, et par les femmes dans 28,6% des cas.

Discussion

Les femmes victimes de VC souhaitent que leur MG aborde le sujet. Un dépistage systématique de la VC semble donc pertinent. Il serait intéressant d'élargir l'étude aux femmes moins avancées dans le parcours de prise en charge de la VC, afin d'en observer l'acceptabilité.

Mots clés : violence conjugale, médecin généraliste, soins primaires

Filière : Médecine Générale

Clementine ADRIEN, Alexis ALLAMANO

EXPECTATIONS OF FEMALE VICTIMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE TOWARDS THEIR GENERAL PRACTITIONER IN AIN AND HAUTE-SAVOIE

Abstract

Introduction

Intimate partner violence (IPV) is a frequent and under-estimated problematic, causing severe consequences on the health of women and on society in general. The main objective of this study was to describe the expectations of female victims of IPV towards their general practitioner (GP).

Methods

This was a multicentric descriptive epidemiological study, conducted from December 2019 to May 2020 in Ain and Haute-Savoie, taking part in a national work by Dr Mathilde VICARD. A census of help and care units for IPV victims in Ain and Haute-Savoie was undertaken, and listed on www.decliviolence.fr. Self-administered surveys destined to IPV victims were left in non-profit organizations willing to partake in our study.

Results

Six non-profit organizations were listed, five participated and 42 surveys were recorded. 92,7% of women had seen their GP during the last year. The vast majority of women (81%) wished their GP had brought up the issue of IPV, and believed that raising the question was within the role of a GP (78,6%). The subject of IPV was brought up by the GP in 40,5% of the cases, and by the women in 28,6% of cases.

Discussion

Women victims of IPV expect their their GP to broach the subject of IPV. A systematic screening of IPV therefore appears relevant. It would be interesting to widen the study to women less advanced in the process of dealing with IPV, to establish its acceptability.

MeSH terms : intimate partner violence, general practitioner, primary healthcare

Sector : general practice

I. Introduction

Les violences exercées par un partenaire intime sont définies par l'OMS comme "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). Elles ont tué 121 femmes en France en 2018 (2). En France, 10% des femmes déclarent avoir vécu des violences commises par leur conjoint ou ex-conjoint au cours des 12 derniers mois (3) .

Outre les traumatismes physiques directement subis, la violence conjugale (VC) est associée à des effets directs sur la santé physique et psychologique des victimes et de leurs enfants (2) .

Les médecins sont en première ligne face à ces violences, étant dans 24% des cas le recours des victimes (3). Or, les soignants sont souvent désemparés face à ces patients, et de nombreux freins gênent le dépistage et la prise en charge (4). L'accompagnement de ces patientes nécessite un réseau pluri-professionnel et une formation des soignants (4, 5).

Ces constats ont mené le Dr Mathilde VICARD à être à l'origine de ce projet de recherche national, visant à répertorier les structures d'aide aux femmes victimes de VC. Cette thèse s'intéresse également aux attentes des victimes fréquentant ces structures envers leur médecin généraliste (MG).

II. Généralités

A. Définition de la violence conjugale

La VC englobe donc différents types de violences :

- violences physiques : coups, griffures, brûlures, traumatismes indirects, traumatismes avec armes blanches ou armes à feu, mais aussi destruction de biens, de mobiliers, de pièces d'identité, etc
- violences sexuelles : agressions sexuelles, viols conjugaux, prostitution, grossesse (ou interruption de grossesse) non désirée, etc
- violences verbales et psychologiques : insultes, injures, moqueries, dénigrement, harcèlement, menaces et chantage affectif, menaces au suicide, menaces envers les enfants ou chantage à la séparation, actions de contrôle et d'emprise, cybercontrôle, actes d'autorité, etc
- violences économiques : interdiction de travailler ou obligation de céder le salaire, dépendance financière, confiscation de ressources, contrôle des comptes, etc

Ces différents types de violences sont souvent intriqués, et il est souvent difficile de les séparer.

L'auteur de ces violences peut être un partenaire actuel ou passé. La victime et auteur ne vivent pas nécessairement sous le même toit, ne sont pas nécessairement mariés, et n'ont pas forcément d'enfants ensemble : il suffit qu'ils soient ou qu'ils aient été liés par une relation intime. L'auteur peut être de sexe masculin ou féminin, mais les victimes sont dans l'immense majorité des femmes (6),

c'est pourquoi il a été décidé dans cette étude de se limiter à étudier les femmes victimes de violence de la part d'un conjoint (ou ex-conjoint) masculin.

B. Cycles de la violence conjugale (annexe 1)

En France, le Pr Henrion, dans son rapport publié en 2001, définit les VC comme : « un processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce, dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par des agressions physiques, psychiques ou sexuelles. Elles se distinguent des simples conflits entre époux ou concubins ou même des conflits de couple en difficulté ou « conjugopathie », par le caractère inégalitaire de la violence exercée par l'homme qui veut dominer, asservir, humilier son épouse ou partenaire. La violence se manifeste au cours de scènes répétées, de plus en plus sévères, qui entraînent des blessures ainsi que des séquelles affectives et psychologiques extrêmement graves. Elles obéissent à des cycles, ou après les moments de crise, s'installent des périodes de rémission au cours desquelles la femme reprend l'espoir de la disparition des violences. Cependant la fréquence et l'intensité des scènes de violence augmentent avec le temps, pouvant aboutir au suicide de la femme ou à un homicide » (5).

La VC peut survenir à tout âge et à toutes les phases de la vie familiale, être ponctuelle ou répétée, directe ou indirecte, unilatérale ou réciproque. Elle obéit à un caractère cyclique établi. Les cycles comportent plusieurs phases : une première phase insidieuse dite de « climat de tension », qui peut être plus ou moins longue, avec une installation progressive de menaces, à laquelle la victime répond par une anxiété croissante, avec parfois des tentatives de désamorçage. Cette phase laisse place à une phase brutale, « d'explosion de la violence » (physique, sexuelle ou

psychologique). Puis vient la phase de « justification », où l'auteur tente d'expliquer ou de rationaliser son geste, il peut aussi le minimiser voire le nier. La dernière phase est appelée « lune de miel », car l'auteur cherche souvent à se faire pardonner, à se racheter, peut offrir des cadeaux et des promesses de changer ou de ne jamais recommencer. Cette phase redonne souvent espoir à la victime et nourrit l'ambivalence qu'elle peut ressentir pour son conjoint. Elle dure plus ou moins longtemps, et peut disparaître avec le temps, pour laisser place à des violences exercées de manière continue.

Cette description sous-entend que la VC est un processus évolutif, insidieux, dont les victimes ont de grandes difficultés à s'extraire.

C. Cadre légal en France

En France, la VC est un délit passible de poursuites devant le tribunal correctionnel, voire un crime sanctionné par la Cour d'Assises, même si elles n'ont entraîné aucune incapacité totale de travail (ITT). Le Code Pénal en vigueur depuis le 1er mars 1994 (loi n°92-683 du 22 juillet 1992) mentionne que la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des « atteintes volontaires à l'intégrité de la personne » (7).

La loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 (8) renforce la prévention et la répression de la VC, en étendant la circonstance aggravante aux violences à l'égard d'un ancien conjoint, concubin, pacsé ; en reconnaissant l'existence du viol au sein du couple ; en insistant sur les mesures d'éloignement du conjoint violent du domicile conjugal et en alignant l'âge légal du mariage des femmes sur celui des hommes.

La loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 (9) a entraîné la création d'une ordonnance de protection des victimes, qui vise à faciliter le dépôt de plaintes, en permettant de prévenir de nouvelles violences.

D. Épidémiologie de la violence conjugale en France

La VC existe dans tous les pays, toutes les cultures et toutes les religions, quel que soit le contexte social et économique (1, 6).

En France, la VC est un sujet de santé publique. L'enquête Enveff (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) de 2001, rapporte que 10% des femmes ont vécu des violences physiques, émotionnelles et/ou sexuelles au sein d'une relation intime au cours des 12 derniers mois, et que 2,5% d'entre elles ont subi des violences physiques (3). D'après l'enquête "Cadre de Vie et Sécurité" de 2012 à 2018, chaque année en moyenne, 219 000 femmes (soit 1% des femmes) de 28 à 75 ans vivant en ménage en France métropolitaine déclarent être victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint et/ou ex-conjoint (10). La majorité des cas rapportent des situations de violences répétées. Ces résultats ne prennent pas en compte les violences verbales et psychologiques.

En 2018, sur les 121 femmes tuées par leur partenaire ou ex-partenaire intime "officiel" (conjoint, concubin, pacsé ou "ex-") ou non officiel, au moins 47, soit 39%, étaient victimes de violences antérieures de la part de ce compagnon. Sur les 28 femmes ayant tué leur conjoint, au moins 15, soit 54%, étaient victimes de violences au sein du couple (2).

Aucune étude de grande envergure en France ne s'est pour l'instant intéressée à la prévalence sur la vie entière de la VC (11). Toutefois, plusieurs

études internationales ont été réalisées, et il ressort de 48 enquêtes de population réalisées dans le monde que de 10% à 69% des femmes déclarent avoir été agressées physiquement par un partenaire intime de sexe masculin à un moment de leur vie (12), avec à nouveau une majorité de cas de violences s'inscrivant dans un répétition d'actes violents. De plus, la littérature donne à penser que la violence physique dans les relations intimes s'accompagne souvent de violence psychologique et parfois de violence sexuelle (12). Les écarts importants dans ces différents taux peuvent s'expliquer de plusieurs manières : différences méthodologiques, différences de définition de la VC (notamment la violence verbale et/ou psychologique), différences socio-culturelles, biais de déclaration (avec les freins pouvant exister à la libération de la parole des victimes).

C'est dans la vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences physiques, psychologiques et sexuelles : tous les groupes sociaux sont exposés, le milieu socio-économique défavorisé est cependant un facteur aggravant (2).

E. Conséquences de la violence conjugale

Pour rappel, la définition de la santé selon l'OMS ne se fonde pas sur l'absence de maladie mais bien sur un état de bien-être physique, psychologique et social. La VC a un impact grave sur la santé des victimes, et ses conséquences persistent souvent longtemps après que la violence ait cessé (13).

1. Physiques

La VC va en premier lieu avoir des conséquences traumatologiques aiguës, pouvant aboutir au décès de la victime (2). La VC est la cause la plus fréquente de blessures traumatiques chez la femme, étant à l'origine de 22% des blessures non mortelles (4). La violence physique reste le motif de consultation de loin le plus fréquent en cas de VC déclarée (4). Cette violence peut avoir des complications chroniques, y compris dans l'augmentation des risques de maladies cardiovasculaires et inflammatoires (6, 12).

2. Psychologiques

En plus des complications somatiques, la VC a des conséquences graves sur la santé mentale des victimes. En effet, les victimes ont plus de risques que les autres femmes de présenter des pathologies psychiatriques (6, 12), telles que :

- troubles de l'humeur et anxieux
- syndrome de stress post-traumatique
- addictions
- comportements suicidaires et auto-agressivité
- troubles psychosomatiques ou douleurs chroniques
- troubles du sommeil

Par ailleurs, les victimes de VC qui parviennent à s'extraire de leur agresseur se retrouvent souvent dans des situations de précarité (12).

3. Obstétricales et gynécologiques

La grossesse est un facteur de risque clairement identifié de survenue de VC (6, 12). La violence visant les femmes enceintes entraînent des complications pour elle et pour l'enfant à naître : fausses couches, retard de croissance, prématurité, traumatismes fœtaux (12). A l'inverse, les violences sexuelles peuvent être source d'interruptions volontaires de grossesse plus ou moins consenties par la femme, ou pouvant être cachées à l'auteur (14).

Les femmes victimes de VC présentent également un sur-risque de développer des infections génito-urinaires, des douleurs pelviennes chroniques et des troubles sexuels (6, 12).

4. Exposition des enfants à la violence conjugale

En 2018, 21 enfants sont décédés des suites de violences intra-familiales, 57 enfants ont été témoins de scènes de crime (2). En France, environ 1% des mineurs vivent dans une famille où la femme est victime de VC (2).

Les enfants exposés à des situations de violence intra-familiale en souffrent, même s'ils n'en sont pas les principales victimes (15). Ils vont présenter davantage de troubles psycho-comportementaux; de troubles de l'alimentation et du sommeil; de troubles psychosomatiques; de difficultés scolaires et relationnelles. Les adolescents exposés vont être plus à risque de comportements suicidaires; d'addictions; de fugues (6, 15).

Les enfants sont parfois utilisés par l'auteur de violences comme un moyen de pression sur leur victime, et l'auteur peut leur faire endosser différents rôles (15). Ces

situations de manipulation font naître chez les enfants des sentiments d'ambivalence et de souffrance.

Pour l'HAS, dans une situation de VC, les enfants sont à considérer comme des victimes de maltraitance, et nécessitent une prise en charge spécifique de la part des professionnels de santé (16). En cas de connaissance de ce genre de situation, il est justifié d'adresser une information préoccupante à la Cellule départementale de Recueil et d'évaluation des Informations Préoccupantes, voire d'effectuer un signalement au Procureur de la République (16). Toute personne, y compris non soignante, peut également joindre le 119 (ligne enfance en danger).

5. Socio-économiques

Selon l'OMS, la prise en charge en ambulatoire de ces femmes victimes coûte deux fois et demie plus cher à la société que celles des autres femmes (1) : les victimes nécessitent, des soins supplémentaires par rapport à la population générale, et les complications de santé les rendent également moins aptes à travailler.

L'Organisation des Nations Unies englobe la VC dans la définition qu'elle fait des violences faites aux femmes: "tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages et des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de la liberté que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée" (1). En ce sens, les violences faites aux femmes ne représentent pas qu'une problématique de victimes, système judiciaire et soignants mais bien une préoccupation de société.

F. Rôle du soignant

Le recours des femmes victimes de VC se porte dans 24 % des cas sur les médecins, devant les associations et les forces de l'ordre (3). Le soignant a donc un rôle crucial à jouer, tout au long de la prise en charge et de l'accompagnement des victimes.

Cette prise en charge ne se résume pas au seul traitement des complications physiques des violences, mais doit aussi comprendre le dépistage des VC, et l'écoute empathique des victimes. Il est vital que les soignants puissent être en mesure d'évaluer la gravité et le niveau de risque pour la santé des victimes dont sont victimes les patientes qui viennent les solliciter (16), afin de mettre en place des mesures de protection en urgence si indiqué.

Le médecin (ou dentiste ou sage femme) a également un rôle médico-légal à remplir, dans la rédaction du certificat médical initial avec éventuellement une évaluation de l'incapacité totale de travail (16). Il est parfois essentiel pour le cheminement des victimes de voir qualifier les actes de violences interdites par la loi, par les soignants. Les victimes ont souvent besoin d'être orientées, renseignées sur les structures d'aide et sur leurs droits. Toutefois, il est impératif de laisser les victimes prendre leurs propres décisions quant à une éventuelle action judiciaire ou de séparation du conjoint, à l'exception des situations de péril imminent (16).

D'un point de vue plus pragmatique, il faut inciter les femmes à prévoir des mesures concrètes en cas d'urgence, pour qu'elles puissent se mettre à l'abri, elles et leurs enfants (16).

Par ailleurs, la loi française et le Code de Déontologie Médicale reconnaissent 3 situations où le soignant a un devoir de signalement : en l'accord de la victime, en

cas de péril imminent, ou en cas de violences infligées à « un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique » (17). Ces textes permettent aux professionnels de santé de s'affranchir du secret médical uniquement dans ces cas.

Sur le long terme, les victimes nécessitent une prise en charge et un accompagnement, avec un dépistage et une prise en charge des éventuelles complications chroniques de la VC (13).

G. Dépistage de la violence conjugale

Les victimes de VC éprouvent des difficultés à aborder spontanément le sujet, même dans les situations d'urgence (13). Or, le soignant doit connaître le contexte d'une telle situation pour une meilleure prise en charge.

Il apparaît donc comme primordial pour les soignants de dépister la VC, comme toute autre situation à risque. Les questions abordant les violences semblent généralement bien accueillies par les femmes (13).

III. Matériels et méthodes

A. Étude AVIC-MG (Attentes des femmes Victimes de violence conjugale envers leur Médecin Généraliste)

Cette thèse d'exercice s'inscrit dans le projet d'étude AVIC-MG (**A**ttentes des femmes **V**ictimes de violence conjugale envers leur **M**édecin **G**énéraliste). Il s'agit d'une étude descriptive transversale multicentrique menée par le Dr VICARD Mathilde, réalisée dans différentes régions françaises (Auvergne-Rhône Alpes, Sud Provence Alpes-Côte d'Azur, Nouvelle Aquitaine, Ile de France, Bretagne, Pays de la Loire, Grand Est et Hauts-de-France) par des internes de médecine générale dans le cadre de leur thèse d'exercice. Une étude de faisabilité a eu lieu dans un des centres (Association Victimes Écoute Conseils 63, Clermont-Ferrand) de décembre 2018 à février 2019 (19).

L'objectif principal est de recenser les différentes structures d'aide aux femmes victimes de VC, afin de les répertorier au niveau national sur le site internet nommé declic-violences.fr, conçu par le Dr VICARD. Une fois recensées, les structures associatives ont été contactées afin de leur proposer cette étude.

B. Recrutement des structures

Cette thèse d'exercice se concentre sur les départements de l'Ain et de Haute Savoie. Les différentes structures ont été recherchées par internet, soit via le site gouvernemental stop-violences-femmes.gouv.fr (20) ; soit par une recherche via le moteur de recherche google.fr. Une structure a été contactée grâce au bouche à

oreille, après un premier contact avec une association dont elle est partenaire. Les associations ont d'abord été contactées par courriel (annexe 2). Un deuxième contact a été fait dans certains cas par téléphone. Puis, une rencontre physique a eu lieu, excepté dans un cas, où tous les contacts ont été par téléphone et courriel. Le matériel nécessaire au bon déroulé de l'étude (boîtes anonymes (annexe 3), affiches (annexe 4), auto-questionnaires (annexe 5)) a été fourni aux structures. Une fois leur accord donné, les structures ont été recontactées 4 fois pendant la durée de recueil, par courriel et/ou téléphone afin de les relancer.

C. Recrutement des patientes

Les femmes majeures victimes de VC, consultant dans des structures d'aide aux victimes, écrivant et lisant le français ont pu être incluses. Les critères d'exclusion principaux ont été la nécessité de prise en charge urgente ou incompatible avec le remplissage de l'auto-questionnaire, et le fait de ne pas pouvoir lire ou écrire le français.

Une ou plusieurs affiches ont été mises en place dans les salles d'attente pour informer de l'existence de l'étude. A l'issue d'entretiens organisant la prise en charge des femmes victimes de VC, les professionnels des structures ont proposé aux femmes éligibles de remplir le questionnaire, seules. Les professionnels des structures pouvaient ainsi ne pas proposer le remplissage du questionnaire s'ils jugeaient que cela aurait pu nuire à la prise en charge de ces femmes.

D. Auto-questionnaire

L'auto-questionnaire a été réalisé sur la base des données de la littérature, par un comité scientifique (1 chercheur par centre et 2 experts nationaux : Gilles Lazimi et Humbert de Fréminville). Ils ont été déposés au sein des structures spécialisées dans l'accueil des victimes de VC répertoriées dans nos départements. Leur remplissage a eu lieu dans un endroit protégé, de façon anonyme et libre, et le questionnaire a été recueilli dans des boîtes fermées anonymisées. Les professionnels des structures ont proposé aux femmes remplissant le questionnaire de les revoir à l'issue si elles le souhaitent ou en ressentaient le besoin. Le nom et les coordonnées d'un(e) référent(e) par structure (idéalement psychologue) ont été notés à la fin du questionnaire pour que les femmes puissent se tourner vers cette personne si elles ont été mises en difficulté par le questionnaire. Les coordonnées de l'investigateur principal sont également notées.

L'auto-questionnaire comportait 12 questions :

- âge de la femme et nombre d'enfants
- nombre de consultations chez le MG pour la femme et ses enfants au cours des 12 derniers mois, ainsi que le motif de consultation
- est-ce que la question des VC a déjà été abordée en consultation, par qui et comment, ainsi que l'avis de la femme sur la place du MG dans cette question
- la façon dont la femme a découvert l'association partenaire
- est-ce que le MG de la femme est celui de son (ex)-conjoint violent, et si oui, comment est elle reçue en consultation par le médecin (seule ou accompagnée).

Ces questions cherchaient à caractériser la population étudiée, ainsi que son recours au MG, ainsi que l'approche faite de la VC lors des consultations.

E. Période de recueil

Après une période de 4 mois (de décembre 2019 à mars 2020) commune à toutes les structures, les boîtes fermées contenant les auto-questionnaires ont été récupérées. Une deuxième rencontre s'est donc déroulée avec les différentes structures, qui ont pu rendre leurs impressions.

F. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées par les bio-statisticiens de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du CHU de Clermont-Ferrand. Le recueil des données s'est fait avec le logiciel Redcap ; les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata. Des analyses en sous-groupes (en fonction des régions et de la taille des structures d'accueil) vont également être réalisées.

IV. **Résultats**

A. Comités d'éthique

Les comités d'éthique qui ont été sollicités pour ce travail sont la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés et le comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (annexe 6). Ils ont tous deux donné leur accord. Il n'y a pas eu de déclaration auprès du Comité de Protection des Personnes, du fait du recrutement. Les femmes étant recrutées dans en dehors de structures de soins, elles n'ont pas le statut de patientes.

B. Recensement des structures de prise en charge des victimes

<u>TYPE DE STRUCTURE</u>	<u>NOM DE LA STRUCTURE</u>	<u>ROLE</u>	<u>ADRESSE</u>
Association	NI PUTES NI SOUMISES	Accueil des femmes victimes de violence / Aide juridique / Soutien psychologique / Lutte pour l'égalité des droits femmes / hommes	12 bis Rue de Gex 01210 FERNEY-VOLTAIRE
Association	Aide aux victimes et médiations dans l'Ain (France Victimes 01)	Ecoute, soutient les personnes victimes d'agressions ou de violences sous toutes leurs formes	1, rue de la bibliothèque 01000 BOURG-EN-BRESSE
Association	ADSEA - CHRS	Accueil et hébergement (notamment en situations d'urgence) Accompagnement individualisé Aide à l'insertion sociale	526 rue Paul Verlaine 01960 PERONNAS
Association	Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles (CIDFF 01)	Permanences juridiques et d'accès aux droits	100, place Louis Blériot 01000 BOURG-EN-BRESSE
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Dr ADELAIDE Emmanuelle	Sensibilisation des équipes hospitalières sur la question des femmes victimes de violences	Centre Hospitalier Fleyriat 900 route de Paris 01012 Bourg-en-Bresse
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Dr MONTIGNY Etienne	Sensibilisation des équipes hospitalières sur la question des femmes victimes de violences	Centre Hospitalier Dr Recamier 52, rue Georges Girerd BP 139 01306 BELLEY
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Mme AUDOUARD Céline (Cadre de santé au SAU)	Sensibilisation des équipes hospitalières sur la question des femmes victimes de violences	Centre Hospitalier du Haut-Bugey, 1 Route de Veyziat BP 818 01108 OYONNAX
Déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité femmes-hommes	Mme Pascale GUILLET	Promotion de l'égalité filles-garçons; Formation des professionnels; Coordination auprès des différents acteurs	DDCS 9 rue de la Grenouillère CS 60425 01012 BOURG EN BRESSE Cedex

Tableau 1 : Recensement des structures de prise en charge des victimes de VC dans l'Ain.

<u>TYPE DE STRUCTURE</u>	<u>NOM DE LA STRUCTURE</u>	<u>ROLE</u>	<u>ADRESSE</u>
Association	Espace femme Geneviève D	Accueil, écoute et accompagnement des femmes victimes de violences.	34 Place des Afforêts 748000 La Roche sur Foron
Association	Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles (CIDFF 74)	Permanences juridiques et d'accès aux droits	1 rue Louis Armand 74000 Annecy
Service médico-judiciaire	Centre Hospitalier Annecy Genevois	Médecins légistes et psychiatres: Avis spécialisé sur ordonnance judiciaire ou sur rendez vous.	1 avenue de l'Hôpital BP 90074 74374 PRINGY
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Dr Isabelle REVIL	Sensibilisation des équipes hospitalières sur la question des femmes victimes de violences	Centre hospitalier Alpes Léman 558 route de Findrol BP 20500 74130 Contamine sur Arve
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Dr MAMMERI Nadjjet	Sensibilisation des équipes hospitalières sur la question des femmes victimes de violences	HOPITAUX DU LEMAN Site Georges PIANTA 3, avenue de la Dame CS 20526 74203 Thonon-les-Bains
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Dr CAILLER Samira	Sensibilisation des équipes hospitalières sur la question des femmes victimes de violences	Centre Hospitalier Annecy Genevois site de St Julien en Genevois BP 14110 74164 Saint-Julien-en-Genevois
Référent hospitalier « violences faites aux femmes »	Dr NAY Camille	Sensibilisation des équipes hospitalières sur la question des femmes victimes de violences	Centre Hospitalier Intercommunal Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc 380, rue de l'hôpital BP 118 74703 SALLANCHES
Déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité femmes-hommes	Mme Joséphine KUDIN	Promotion de l'égalité filles-garçons ; Formation des professionnels; Coordination auprès des différents acteurs	DDCSCité administrative Rue Dupanloup 74040 ANNECY Cedex

Tableau 2 : Recensement des structures de prise en charge des victimes de VC en Haute-Savoie.

C. Description des associations partenaires

6 structures dans les départements de l'Ain et de Haute-Savoie ont été contactées. L'absence de réponse de l'une d'entre elle, malgré plusieurs relances est regrettable.

Aucune association spécifique d'aide aux victimes de VC n'a été recensée dans les 2 départements, il existe cependant :

- 1 association d'aide aux victimes tout venant : France Victimes 01 (AVEMA)
- 2 associations centrées sur le droit des femmes et des familles : le CIDFF de l'Ain (CIDFF 01) et le CIDFF de Haute Savoie (CIDFF 74)
- 2 associations d'aide aux femmes : l'Espace Femmes Geneviève D. et Ni Putes Ni Soumises (NPNS).

Les responsables des 5 associations partenaires ont fait parvenir leurs rapports d'activité pour l'année 2018 afin de permettre de mieux les caractériser. Toutefois, les données extraites sont (dans certains cas) limitées et permettent seulement d'avoir une appréciation globale du travail des structures. Au total, sur l'année 2018, les 5 structures étudiées ont reçu 14 626 personnes, dont 4 549 estimées en situation de VC.

Nom de la structure	Nombre de visites	Nombre de personnes	Nombre d'entretiens	Nombre de situations de VC	Types de VC
NPNS	1243	200 femmes 22 hommes	1003 entretiens	Non Connu	Physiques : 126 Verbales : 83 Financières : 31
AVEMA	3810	2514 femmes 1296 hommes	Non Connu	1258	Non Connu
CIDFF 01	3368	2156 femmes 1212 hommes	Non Connu	231	Physiques : 215 Verbales : 203 Sexuelles : 44 Financières : 30
Espace femmes	2 615	730 femmes	1752 entretiens	730	Physiques : 474 Verbales : 146 Sexuelles : 110
CIDFF 74	3590	2585 femmes 1005 hommes	Non Connu	166	Non Connu

Tableau 3 : Description de l'activité 2018 des associations partenaires : nombre de visites, nombre et sexe des personnes accueillies, nombre d'entretiens réalisés, nombre de situations de VC rencontrées et type de VC.

D. Réponses aux auto-questionnaires

1. Dans l'Ain

a. NPNS

Cette association a recueilli 8 questionnaires, tous interprétables.

L'association a estimé que lors de la période de recueil, elles avaient reçu 91 femmes, toutes dans une situation de VC.

b. AVEMA

Cette association a recueilli 20 questionnaires, tous interprétables. La dirigeante de l'association a estimé que lors de la période de recueil, elles avaient reçues environ 1 250 personnes, dont 150 (60%) dans une situation de VC.

c. CIDFF 01

Cette association n'a recueilli aucun questionnaire. Il n'y a pas eu d'estimation du nombre de passages lors de la période de recueil.

2. En Haute-Savoie

a. Espace femmes Genevieve D.

Cette association a recueilli 13 questionnaires, tous interprétables. Il n'y a pas eu d'estimation du nombre de passages lors de la période de recueil.

b. CIDFF 74

Cette association a recueilli 1 questionnaire, ininterprétable. Il n'y a pas eu d'estimation du nombre de passages lors de la période de recueil.

E. Résultats

1. Nombre de questionnaires

Au total, 42 questionnaires ont été recueillis, dont 41 interprétables (1 femme a rendu la notice explicative plutôt que le questionnaire rempli). Seulement 13 questionnaires étaient complets.

Le nombre de refus de participer venant de femmes correspondant aux critères d'inclusion n'a pas été recueilli, car il n'avait pas été spécifié aux associations initialement, pour ne pas alourdir la charge de travail.

La période de recueil, du 01/12/2019 au 31/03/2020 a inclus la période de confinement (du 17/03/20 au 31/03/20) liée à la pandémie de COVID-19, et le fonctionnement des associations en a été perturbé. Durant la période de confinement, les associations ont toutes été fermées au public, avec une

permanence téléphonique ou par visio-conférence. Aucun questionnaire n'a donc été rempli pendant les 2 dernières semaines de l'étude.

Lorsque les femmes interrogées ont écrit des commentaires libres, les éventuelles fautes n'ont pas été corrigées, afin de rendre compte fidèlement de leur propos et ne pas risquer d'en interpréter le sens.

2. Description de l'échantillon

Quel est votre âge ?		
	Fréquence	Pourcentage
18-25 ans	3	7.32
26-35 ans	10	24.39
36-45 ans	13	31.71
46-55 ans	8	19.51
56-65 ans	4	9.76
>65 ans	3	7.32
Total	41	
Avez-vous des enfants ?		
	Fréquence	Pourcentage
<i>Avez-vous des enfants ?</i>		
Non	5	12.20
Oui	36	87.80
Total	41	
	Fréquence	Pourcentage
<i>Si oui, combien ?</i>		
1	4	18.18
2	8	36.36
3	6	27.27
4	3	13.64
5	1	4.55
Total	22	

Tableau 4 : Description de la population - Âge des femmes interrogées et nombre d'enfants.

De quel(s) type(s) de VC avez-vous été victime ?		
	Fréquence	Pourcentage
<i>Physiques</i>		
Non	8	19.05
Oui	29	69.05
NC	5	11.90
Total	42	
	Fréquence	Pourcentage
<i>Psychologiques</i>		
Non	10	23.81
Oui	30	71.43
NC	2	4.76
Total	42	
	Fréquence	Pourcentage
<i>Sexuelles</i>		
Non	19	45.24
Oui	19	45.24
NC	4	9.52
Total	42	
	Fréquence	Pourcentage
<i>Économiques</i>		
Non	21	50.00
Oui	18	42.86
NC	3	7.14
Total	42	

Tableau 5 : Type de VC (physique, psychologique, sexuelle, économique).

3. Recours au médecin généraliste et à l'association partenaire

Combien de fois êtes-vous allée chez le MG au cours des 12 derniers mois ?		
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour vous ?</i>		
Aucune	3	7.32
1 à 2 fois	20	48.78
3 à 5 fois	10	24.39
6 fois ou plus	8	19.51
Total	41	
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour vos enfants ?</i>		
Aucune	6	23.08
1 à 2 fois	4	15.38
3 à 5 fois	8	30.77
6 fois ou plus	8	30.77
Total	26	
Pour quelle(s) raison(s) ?		
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour les violences</i>		
Non	13	30.95
Oui	21	50.00
NC	8	19.05
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour un traumatisme</i>		
Non	23	54.76
Oui	11	26.19
NC	8	19.05
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour de la tristesse</i>		
Non	19	45.24
Oui	15	35.71
NC	8	19.05
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour de l'angoisse</i>		
Non	19	45.24
Oui	15	35.71
NC	8	19.05
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour le sommeil</i>		

Non	14	33.33
Oui	19	45.24
NC	9	21.43
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour de la gynécologie</i>		
Non	29	69.05
Oui	4	9.52
NC	9	21.43
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour la contraception</i>		
Non	30	71.43
Oui	3	7.14
NC	9	21.43
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour des douleurs</i>		
Non	14	33.33
Oui	20	47.62
NC	8	19.05
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour de la fatigue</i>		
Non	13	30.95
Oui	21	50.00
NC	8	19.05
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour des psychotropes</i>		
Non	23	54.76
Oui	11	26.19
NC	8	19.05
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour un renouvellement</i>		
Non	26	61.90
Oui	10	23.81
NC	6	14.29
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour un certificat</i>		
Non	13	30.95
Oui	24	57.14
NC	5	11.90
	Fréquence	Pourcentage
<i>Pour vos enfants</i>		
Non	10	23.81
Oui	19	45.24

	NC	13	30.95
<i>Autres</i>		Fréquence	Pourcentage
	Non	22	52.38
	Oui	3	7.14
	NC	17	40.47

Tableau 6 : Recours au MG - Nombre de consultation(s) au cours des 12 derniers mois pour la femme interrogée et ses enfants et motifs de consultation.

Les personnes ayant coché « autres » à cette question ont ajouté les commentaires suivants :

- « pour pour une attestation de l'alcoolisme de mon conjoint : refusé »
- « Arrêt travail »
- « MALADE, Engoïse ».

Qu'est ce qui vous a menée jusqu'à cette association ?			
		Fréquence	Pourcentage
<i>Médecin généraliste</i>	Non	32	78.05
	Oui	9	21.95
		Fréquence	Pourcentage
<i>Gynécologue</i>	Non	41	100.00
	Oui	0	0
		Fréquence	Pourcentage
<i>Autres médecins</i>	Non	40	97.56
	Oui	1	2.44
		Fréquence	Pourcentage
<i>Sage femme</i>	Non	41	100.00
	Oui	0	0
		Fréquence	Pourcentage
<i>Autres soignants</i>			

	Non	38	92.68
	Oui	3	7.32
		Fréquence	Pourcentage
<i>Travailleur social</i>			
	Non	29	70.73
	Oui	12	29.27
		Fréquence	Pourcentage
<i>Autre association</i>			
	Non	39	95.12
	Oui	2	4.88
		Fréquence	Pourcentage
<i>Internet ou numéro d'appel</i>			
	Non	40	97.56
	Oui	1	2.44
		Fréquence	Pourcentage
<i>Police ou gendarmerie</i>			
	Non	31	75.61
	Oui	10	24.39
		Fréquence	Pourcentage
<i>Entourage</i>			
	Non	31	75.61
	Oui	10	24.39
		Fréquence	Pourcentage
<i>Urgences hospitalières</i>			
	Non	41	100.00
	Oui	0	0
		Fréquence	Pourcentage
<i>Autre</i>			
	Non	35	85.37
	Oui	6	14.63

Tableau 7 : Mode d'orientation vers l'association partenaire (plusieurs choix possibles).

Quatre personnes ont ajouté un mode d'orientation vers l'association partenaire :

- « *assistante sociale PMI* » (Protection Materno-Infantile)
- « *AVIJ* » (Aide aux Victimes - Intervention Judiciaire)

- « SOS Femme Battue »
- « Affichage dans la mairie de Cruseilles à l'époque 2015 »

4. Place de la violence conjugale en consultation de médecine générale

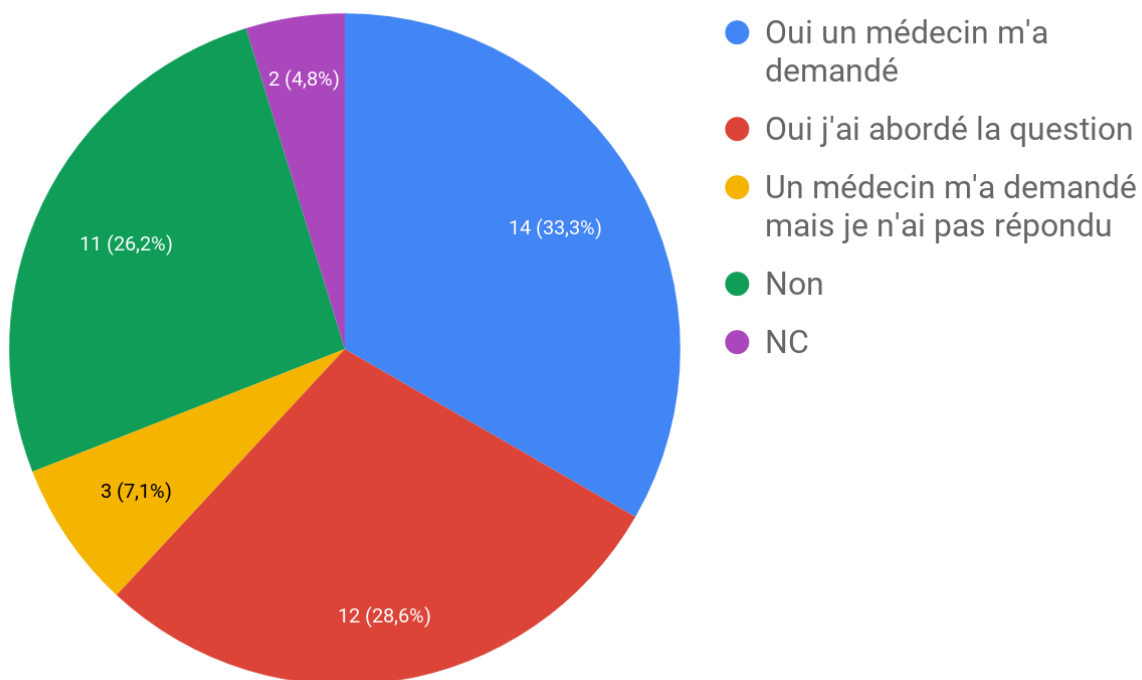


Figure 1 : Avez-vous déjà parlé de la VC dont vous êtes victime avec un MG ?

Six personnes ont ajouté un commentaire à cette question.

Deux d'entre elles ont répondu « Non », puis ont ajouté :

- « Oui si j'avais vu une femme et non le médecin de famille de mon mari »
- « vu le medecin urgentiste pour la premier fois »

Deux d'entre elles ont répondu « Oui, c'est moi qui ai abordé la question », puis ont ajouté :

- « il m'a dit que comme il suit mon conjoint il ne peut rien faire »

- « le 1er m'a envoyé voir un psychiatre. le 2e m'a dit de me bouger et d'oublier, de passer à autre chose »

Deux d'entre elles ont répondu « Oui, un médecin m'a posé la question », puis ont ajouté :

- « grâce à lui j'ai pu avancer »
- « La 1ere fois que l'on m'a posé la question s'était une gynécologue au Centre Hospitalier d'Annecy, lors d'une consultation »

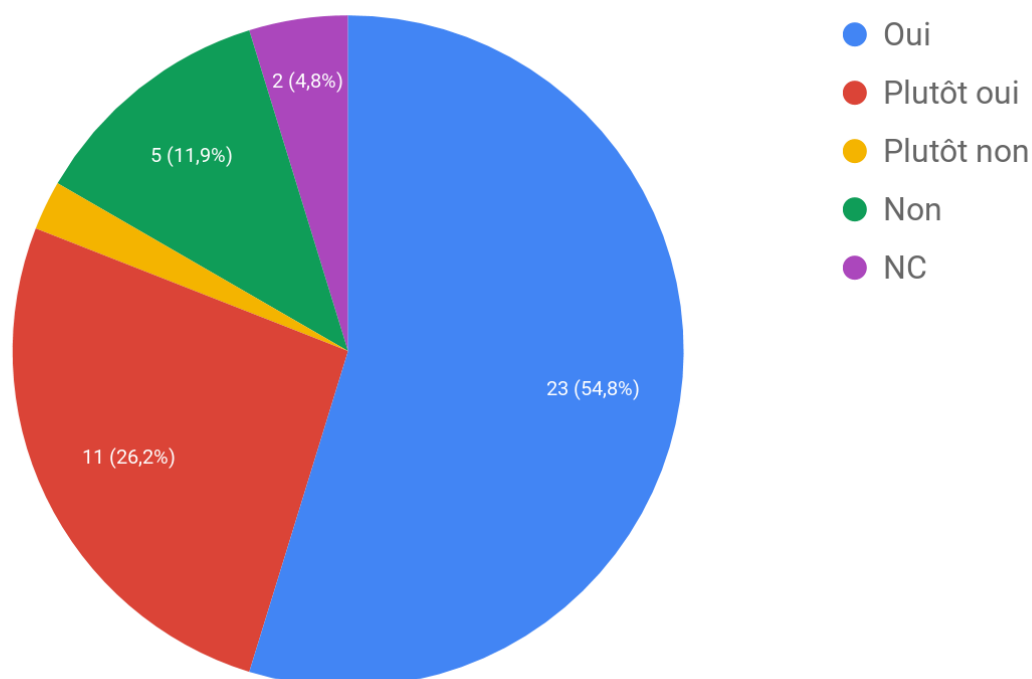


Figure 2 : Est ce que vous auriez aimé que la question de la VC soit abordée en consultation ?

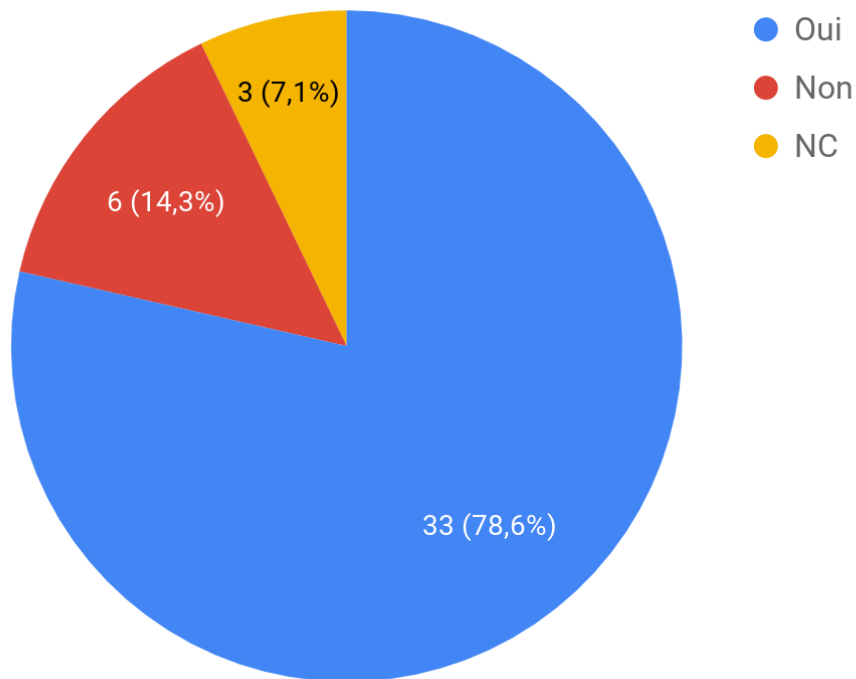


Figure 3 : Pensez-vous que cela fait partie du rôle du MG d'aborder la question de la VC ?

5. Le médecin généraliste dans le couple

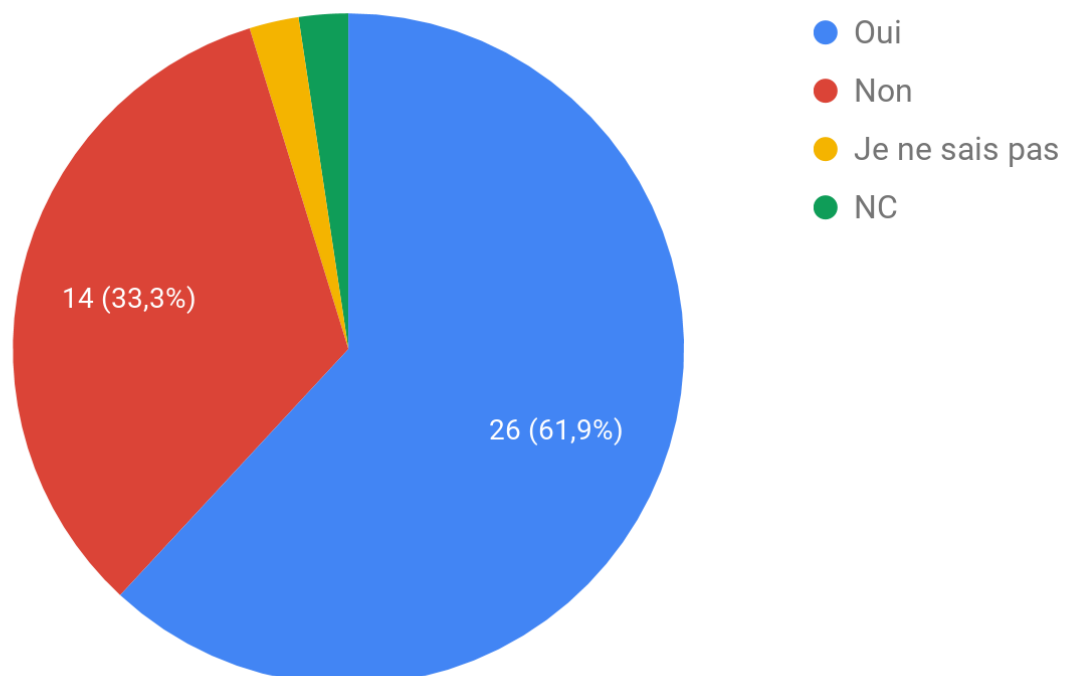


Figure 4 : Le MG que vous consultez est-il le même que celui de votre (ex-)conjoint ?

Une femme a commenté « *médecin de famille travaille avec une femme aujourd'hui et je vais plus voir la femme* ».

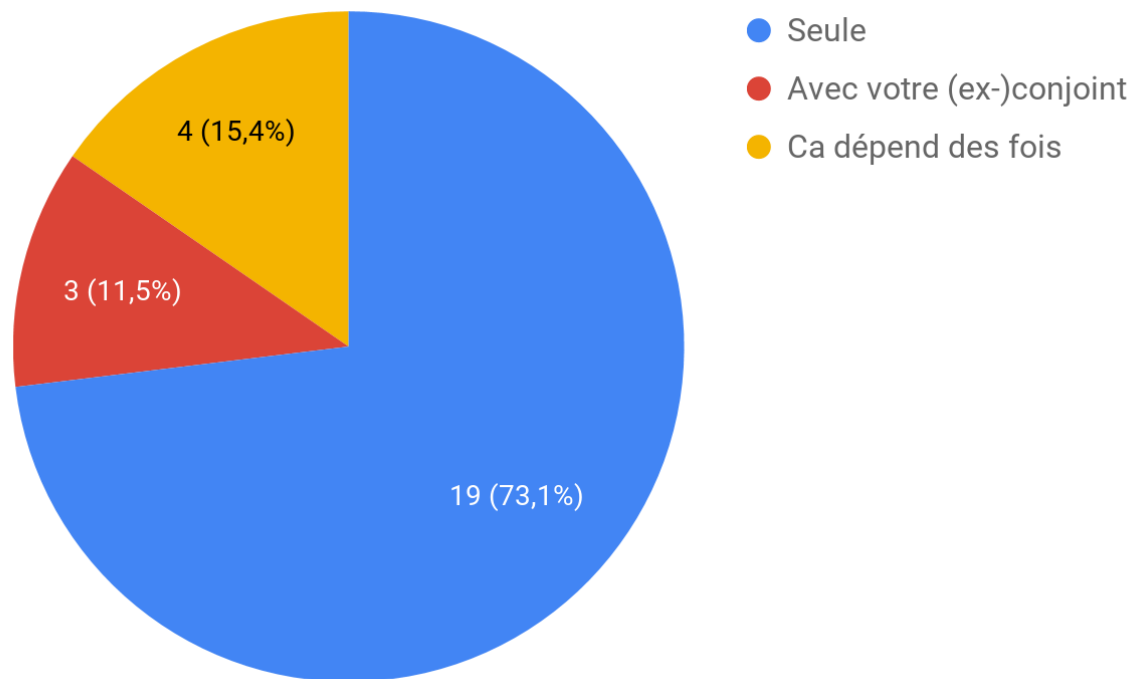


Figure 5 : Si oui, comment ce MG vous reçoit-il en consultation ?

6. Influence du sexe du médecin généraliste

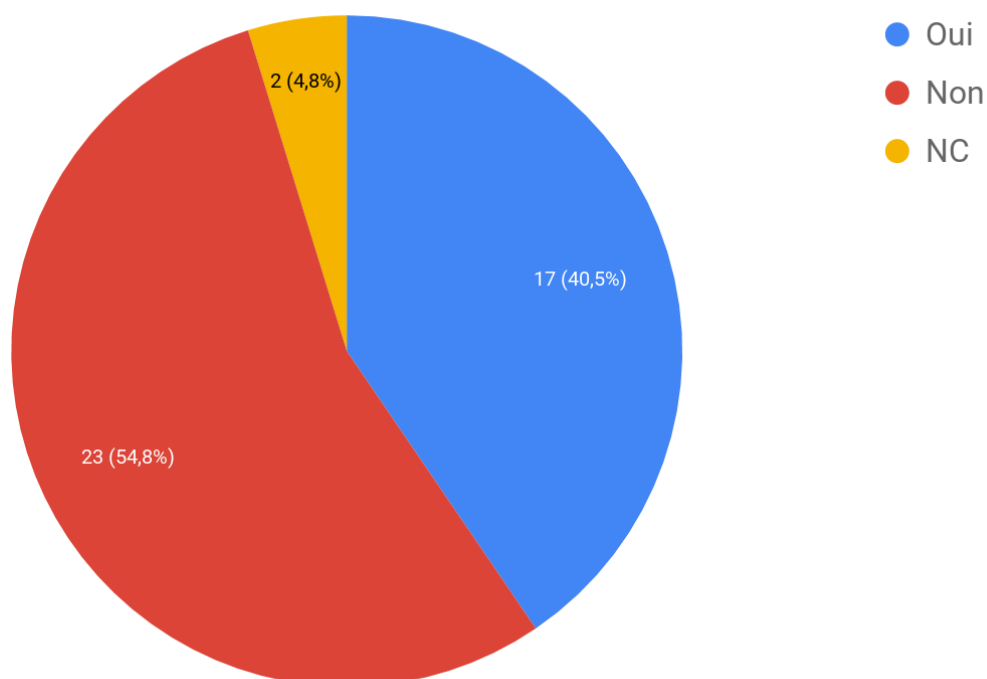


Figure 6 : Est ce que le fait que le MG soit un homme ou une femme peut influencer votre facilité à aborder le sujet de la VC ?

Trois personnes ont commenté leur réponse.

Une femme a répondu « Oui », puis a ajouté :

- « *Nous victimes parlons plus facilement avec une femme* »

Deux d'entre elles ont répondu « Non », puis ont ajouté :

- « *Mon médecin généraliste est un homme est je n'ai pas eu ressenti que ça sera autrement avec une femme médecin (mais cela peut être tout à fait possible, heureusement pas dans mon cas)* »
- « *Même si j'ai le sentiment d'être plus écoutée par une femme* »

7. Commentaires libres

Le questionnaire se terminait par une section de commentaires libres : « Avez-vous d'autres choses à nous dire concernant vos attentes envers les MG ? ». Onze femmes (26%) ont répondu :

- « *MANQUE D'EMPATHIE ET DE TEMPS POUR CERTAINS MÉDECINS.* »
- « *du temps plus d'écoute* »
- « *le problème est que c'est le médecin de toute la famille et donc il ne veut pas se faire mal voir* »
- « *non.* »
- « *Peut être faire un signalement avec accord de la victimes, pour peut être éviter le renouvellement de violences au sein du couples* »
- « *Longtemps je n'ai pas trouvé d'aide des médecins généralistes, refus de certificats médicaux, mise en doute de mes paroles. Aujourd'hui, j'ai appris à évaluer le degré d'écoute du médecin, en cas d'urgence, et si celui-ci est défaillant je ne parle pas de mes problèmes. Aujourd'hui j'ai un médecin traitant femme à 25 km de chez moi et c'est la mère d'un copain d'école de ma fille, elle connaît ma situation depuis longtemps. En résumé mon parcours santé a été un parcours du combattant lorsque j'ai décidé de me séparer de mon mari.* »
- « *- être entendue - de l'écoute, être crue sans avoir à justifier - d'être orientée vers Espace Femme* »

- *« Oui à ce qu'ils demandent à chaque consultation si les femmes subissent des violences sous toutes ses formes physiques, psychologiques, financières... »*
- *« Je ne vie plus avec cette Homme, mais les violence continue, je souhaiterais pour c'est femme qui vive avec c'est homme qu'elle soi vu seul les mettre en confiance est que l'homme ne soi pas au courant de cette consultation que la femme soi vu seul. »*
- *« qu'ils prennent initiative de dénoncer les violences par lui même Car la victime n'a pas parfois le courage ni la force, ni le soutient de le faire par elle même »*
- *« plus d'informations accessibles dans les salle d'attente, comme le VIOLENTOMETRE » (annexe 7)*

V. Discussion

A. Validité de l'échantillon

1. Une faible participation

Dans cette thèse, le nombre de réponses était faible, ce qui en limite la puissance. Toutefois, cette étude s'intègre dans un travail national quantitatif, ce qui représente une force importante, et pourra mener à une analyse globale des résultats. Il n'y a pas de chiffres exacts de refus de participation, ni du nombre de femmes victimes de VC reçues dans certaines associations lors de la période de recueil (uniquement des estimations, basées sur les chiffres de l'année précédente), ce qui limite aussi l'interprétation des résultats.

La faible participation peut être expliquée par plusieurs facteurs :

- la variation saisonnière de l'activité des structures d'aides aux victimes (le début du recueil étant au moment des fêtes de fin d'année qui semblent être une période de moindre affluence),
- l'absence de structure spécialisée uniquement dans l'accueil et l'aide aux femmes victimes de VC sur le territoire étudié,
- la difficulté rencontrée pour aborder le sujet des VC,
- une implication des acteurs dans notre étude qui a pu dans certains cas être modérée (faute de temps et de moyens),

- le contexte particulier de crise sanitaire liée à la pandémie de covid-19 dans lequel a terminé le recueil, et qui a limité les réponses lors du mois de mars.

A ce titre, le taux de signalements et d'interventions menées par les forces de l'ordre a augmenté de 44% pendant la période du confinement lié à l'épidémie de covid-19 (21). Paradoxalement, les plaintes pour VC ont diminué de 20% (21), et il y aurait une diminution des féminicides attendus (21). Le taux d'appels au 3919 (numéro vert dédié à l'écoute et l'aide des victimes de VC) a été doublé en avril 2020 par rapport à avril 2019 (21). Il y a eu une augmentation du nombre de signalement par des moyens jusqu'alors peu utilisés :

- le 114 (numéro d'alerte pour personnes sourdes et malentendantes, qu'il est possible de joindre par SMS) : 3 fois plus de messages qu'habituellement (21)
- la plateforme internet « arrêtons les violences » : 5 fois plus de signalement qu'habituellement (21),

Le confinement lié à l'épidémie de covid-19 a été une période particulièrement à risque pour les victimes de VC.

Il est donc regrettable que cette étude se soit terminée avant que le recueil des données liées au confinement soit possible. Il serait souhaitable que des études concernant cette période suivent.

2. Représentativité de l'échantillon

Malgré le faible nombre de réponses, l'échantillon semble relativement représentatif de la population étudiée. Toutes les tranches d'âge de femmes majeures sont représentées, et les femmes interrogées étaient avec (87,8%) et sans

enfants (12,2%). Les femmes interrogées se déclarent victimes de plusieurs types de VC, avec une nette prédominance de la violence psychologique (71%) et physique (69%). Cela concorde avec le rapport de la MIPROF sur l'année 2017 (22) : sur l'ensemble des victimes de VC, 85% ont subi des violences physiques, et 80 % des violences psychologiques.

Toutefois, l'échantillonnage présente certains biais. En premier lieu, les critères d'exclusion, bien que nécessaires au déroulé de l'étude et à sa non-nocivité, ont pu être restrictifs. En effet, les femmes n'écrivant pas le français ont été exclues. De la même façon, le questionnaire n'a pas été proposé aux femmes pour lesquelles il aurait pu nuire à la prise en charge, ce qui aboutit à un premier biais de recrutement.

Il existe d'autres biais, liés à la méthodologie de l'étude : celui de mémorisation, qui peut être renforcé par un état de sidération lors des violences. L'absence de réponse à certaines questions est également un biais, intrinsèque à l'auto-questionnaire, qui a limité la puissance de l'étude.

Par ailleurs, les femmes interrogées n'étaient pas issues de la population générale, mais du milieu spécifique d'associations d'aide aux victimes. D'après la MIPROF, seulement 7 % des femmes victimes de VC ont rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes (22). Ces femmes étaient donc en majorité sorties du cycle de la VC, et elles ont donc pu avoir une parole plus libérée et aisée. Ainsi, elles ont pu avoir plus de facilités à aborder le sujet avec leur MG que des femmes encore prises dans une situation de violence.

B. Recours au médecin généraliste

1. Les femmes violentées consultent

Les français ont vu en moyenne 6,1 fois un médecin (médecin traitant ou spécialiste ou hospitalier) au cours de l'année 2017 (23). 92.7% des femmes interrogées avaient vu un MG au moins une fois au cours de la dernière année (seulement 3 (7,32%) n'en avaient vu aucun). Selon certaines études il apparaît que les femmes victimes de VC consultent 5 fois plus (24).

Les femmes violentées, tout comme la population générale, seraient donc accessibles à un dépistage et à une prise en charge de la part des médecins.

2. Motifs de recours au médecin généraliste

La VC et ses implications (traumatisme physique, certificats) constituaient les motifs de consultation les plus fréquents, avec une évocation directe de ces violences dans 50 % des cas, contre 27 % d'après la MIPROF (22), probablement en partie du fait des biais cités précédemment. En effet, les femmes issues d'associations d'aides aux victimes vont plus facilement évoquer ces violences auprès des soignants, notamment pour l'aspect médico-légal (rédaction d'attestation ou de certificats type « coups et blessures »).

Par ailleurs, une part importante des motifs de consultation était d'ordre psychologique : « tristesse », « angoisse », « difficultés à dormir », « douleurs », « fatigue », « prescription de psychotropes ». Ces items étaient déclarés comme motif de consultation dans 40% des cas. Une revue de la littérature de 2017 (25)

retrouve en effet une association statistiquement significative entre VC et syndrome dépressif (OR entre 2,74 et 5,1) ; anxiété (OR entre 2,74 et 3,5) ; troubles du sommeil ; consommation de psychotropes ; symptômes psychosomatiques et détresse psychologique. Ces plaintes sont fréquentes également dans la population générale, et il est important d'y prêter attention, et de savoir évoquer les violences dans ce contexte.

45% des femmes interrogées déclarent avoir consulté pour leur(s) enfant(s). En France, environ 1% des mineurs vivent dans une situation de violence intrafamiliale (3). Lors des consultations de suivi pédiatrique ou pour des pathologies (aiguës ou chroniques), il peut être justifié de dépister de telles situations auprès des femmes, notamment en cas de facteurs de risque ou de points d'appel.

Les motifs de consultations des femmes victimes de VC peuvent être divers et aspécifiques. Il s'agit donc de repérer ces motifs aspécifiques et leur redondance au cours des différentes consultations pour poser et reposer la question des VC, même si cela avait déjà été fait dans le passé, ce qui a d'ailleurs été soulevé par une participante.

C. Violence conjugale dans la consultation de médecine générale

1. Oser aborder la question

78,6% des femmes interrogées estimaient qu'il est du rôle du MG d'aborder la question des VC, et 81,0% auraient aimé que ces violences soient abordées en consultation par le MG. Selon l'enquête Enveff (3), 73 % des femmes victimes auraient aimé que leur médecin généraliste leur pose la question.

Le sujet de la VC a été abordé en consultation pour 69% des cas, ce qui est plus important que dans la population générale des femmes victimes de VC (27 % d'après la MIPROF (22), et qui, à nouveau, est en lien avec le biais de sélection de notre échantillon. Toutefois, on note que, même si la question a été posée dans 40.4% des cas par le MG, 7.1% des femmes déclarent ne pas y avoir répondu. Cela plaide en faveur d'un dépistage répété dans le temps, et dans la création d'un lien de confiance, mais surtout dans l'importance du respect du rythme propre à chaque patiente (16). Le MG a donc une place privilégiée dans le dépistage et l'accompagnement des victimes (3).

Néanmoins, dans 26,2% des cas, le sujet de la VC n'a jamais été évoqué en consultation. Dans la population spécifique de femmes qui seraient sorties du cycle de la violence, cela montre à quel point le silence pèse encore dans ces situations.

2. Favoriser la discussion

Ce rôle ne peut s'exercer qu'au sein d'un climat de confiance qu'il revient au médecin de créer. Plusieurs participantes ont souligné l'importance de la bienveillance et des sentiments d'écoute et d'empathie, qui tissent une relation de confiance durable avec la patiente, nécessaire à l'alliance thérapeutique.

Dans ce sens, la majorité des femmes déclarent que leur médecin, bien que souvent partagé avec leur (ex-)conjoint violent (dans 61.9% des cas), les reçoit seules en consultation (dans 73.1% des cas systématiquement, et 15.4% non systématiquement). Pour les 3 femmes qui déclarent que leur médecin traitant les reçoit systématiquement avec leur conjoint violent, le sujet de la VC semble difficile à traiter :

- une patiente déclarant que son médecin ne lui a jamais posé la question
- une autre que son médecin lui a posé la question mais qu'elle n'a pas répondu
- et la dernière disant qu'elle avait elle-même abordé le sujet mais que « *il m'a dit que comme il suit mon conjoint il ne peut rien faire* », ce qui est déplorable.

Le respect du secret médical, le professionnalisme et l'impartialité du MG sont donc les garants d'une prise en charge satisfaisante.

40,5% des participantes se sont déclarées comme étant influencées par le sexe du médecin pour aborder avec facilité le sujet de la VC. Ceci pourrait expliquer en partie que les médecins femmes se disent souvent plus sollicitées que leurs confrères masculins dans la question de la VC (5). Ainsi, les structures de soins type maison médicales de santé ou cabinet de groupe, en apportant un choix de médecin aux patientes, présentent un intérêt probable. Cela a été noté par une participante : « *médecin de famille travaille avec une femme aujourd'hui et je vais plus voir la femme* ».

3. Dépistage de la violence conjugale

L'HAS recommande depuis 2019 un "dépistage systématique, même en l'absence de signe d'alerte" (16). D'après cette étude, ce dépistage serait bien reçu par les femmes victimes de VC, mais aussi par la population générale (18). Toutefois, de nombreux freins existent, et il est difficile de démontrer un réel bénéfice pour les patientes (il n'existe pas de preuve d'une amélioration de leur état de santé

après le dépistage), même si le dépistage systématique ne semble pas avoir d'effets néfastes (18, 26). De plus, les rares études à ce sujet ne prennent pas en compte certains bénéfices liés au dépistage, comme la prise de conscience du statut de victime et du caractère anormal des actes de violence, la levée du silence et de l'isolement et le recours à des structures d'aide et d'accompagnement (18). La balance bénéfices/risques serait donc probablement en faveur d'un dépistage systématique, notamment dans les situations à risque (comme la grossesse).

Ce dépistage doit pouvoir s'adapter à chaque situation, et il est utile de s'aider de questions simples et ouvertes, inscrites dans une démarche d'écoute empathique (16). Le soignant peut s'aider d'outils adaptés, comme le violentomètre (annexe 5) cité par une participante (*“plus d'informations accessibles dans les salle d'attente, comme le VIOLENTOMETRE”*), ou des flyers ou affiches en salle d'attente ou dans le bureau de consultation, comme décrit par une autre participante à l'étude.

D. Attentes des femmes victimes de violence conjugale

1. Orientation

Les femmes victimes de VC attendent de leur médecin traitant une orientation vers les structures de prise en charge spécifiques. Il s'agirait, d'après les victimes interrogées pour des travaux de thèse, du rôle le plus important que doit remplir le médecin (4). Dans 21,95% des cas, c'est le MG qui a orienté les participantes vers les associations d'aide, Les autres modes d'orientation les plus fréquents ont été les travailleurs sociaux (29%), la police ou la gendarmerie (24%) et l'entourage (24%). Les autres soignants (gynécologue, autres spécialistes, sage-femmes, autres

soignants), ont eu un rôle nettement moins fréquent d'orientation. Ce rôle est souligné par une participante en fin de questionnaire en réponse à la question "Avez-vous d'autres choses à nous dire concernant vos attentes envers les MG ?" :

« - *être entendue*

- *de l'écoute, être crue sans avoir à justifier*

- *d'être orientée vers Espace Femme »*

Il existe une discordance entre le taux de femmes ayant abordé la question de la VC avec leur médecin traitant (69%) et le taux plus faible de femmes ayant été orientée vers l'association par leur médecin traitant. Cela peut s'expliquer par la possibilité qu'une partie des femmes ont abordé la question de la VC avec leur médecin traitant après avoir rencontré les différentes structures d'aides, et non l'inverse.

2. *Prise en charge médicale et médico-légale*

La prise en charge en urgence des lésions traumatiques a été un motif de recours pour 26% des femmes. La prise en charge de ces situations est donc du ressort du MG aux yeux des victimes (4).

La rédaction à visée médico-légale de certificats médicaux descriptifs est un autre rôle souligné par cette étude. 57,14% des femmes interrogées sont allées en consultation chez leur médecin traitant au cours des 12 derniers mois afin d'obtenir un tel certificat.

3. Signalement et secret médical

Deux femmes ont ajouté en commentaires libres l'intérêt qu'aurait à leurs yeux de lever le secret médical en cas de VC, afin de pouvoir effectuer des démarches juridiques à la place de la victime :

- *« Peut être faire un signalement avec accord de la victimes, pour peut être éviter le renouvellement de violences au sein du couples »*
- *« qu'ils prennent l'initiative de dénoncer les violences par lui même Car la victime n'a pas parfois le courage ni la force, ni le soutient de le faire par elle même ».*

Cette opinion n'est pas consensuelle, et n'est aujourd'hui pas recommandée. Récemment, un projet de loi permettant une levée du secret médical, y compris sans l'accord de la patiente, en cas de VC a été proposé à l'issue du Grenelle contre les VC de novembre 2019. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est exprimé en faveur d'une levée du secret médical dans un contexte de VC avec emprise de l'auteur sur la victime uniquement « en cas de péril vital imminent », dans un cadre strict de signalement à « un procureur dédié aux VC », et à condition que cela s'accompagne d'autres mesures d'accompagnement (27). Dans ce cas, le médecin doit en informer la victime et s'efforcer d'obtenir son consentement (27).

L'inquiétude principale soulevée par la levée du secret médical sans l'accord de la patiente est le risque que cela crée un frein supplémentaire à la prise en charge de ces patientes, qui n'oseraient plus venir consulter par peur des représailles. Il pourrait être intéressant de recueillir l'avis de victimes dans des travaux de recherche ultérieurs.

E. Perspectives

1. Propositions du Grenelle sur la violence conjugale

Parmi les autres propositions issues du Grenelle sur la VC, on note (28) :

- la mise en place d'une ligne d'écoute étendue, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il a été constaté une augmentation du nombre d'appels enregistrés sur cette plateforme depuis le Grenelle, et à nouveau lors de la période de confinement lié à l'épidémie de covid-19 (21),
- l'ajout de la notion d'emprise dans le Code civil, prenant en compte les violences psychologiques, souvent le préalable à la violence physique,
- la généralisation de la possibilité de dépôt de plainte à l'hôpital,
- une meilleure prise en charge des auteurs de violences, afin de réduire le risque de récurrence,
- la formation et l'éducation, notamment en milieu scolaire,

Ces différentes propositions sont plus ou moins en place, et présentent toutes des perspectives intéressantes dans la prise en charge des VC.

2. Ouverture en lien avec le questionnaire

Il pourrait être intéressant lors d'un prochain travail de cibler des femmes moins avancées dans leur parcours, afin d'étudier leurs attentes envers les soignants, notamment en terme d'acceptabilité d'un dépistage systématique.

Par ailleurs, les femmes représentant l'immense majorité des victimes de VC, il existe très peu de travaux sur les hommes victimes de VC. Il pourrait être

enrichissant de mener un travail sur le sujet, en se concentrant notamment sur les phénomènes de violence psychologique et d'emprise.

Clémentine ADRIEN
Alexis ALLAMANNO

**ATTENTES DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE ENVERS
LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LES DÉPARTEMENTS DE HAUTE-
SAVOIE ET DE L'AIN**

CONCLUSION :

La violence conjugale (VC) est une problématique fréquente et sous-estimée, entraînant des conséquences graves sur la santé des femmes et sur la société en général.

L'objectif principal de cette étude était d'observer les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin traitant. L'objectif secondaire était d'effectuer un recensement des différentes structures d'aide et d'accompagnement pour les femmes victimes de violences conjugales en Haute-Savoie et dans l'Ain.

Six associations ont été contactées, cinq ont accepté de participer. Les structures de soins (services d'accueil des urgences, services de médecine légale, référents "violence faite aux femmes" des centres hospitaliers) et les délégués départementaux aux droits des femmes et à l'égalité femmes-hommes de Haute-Savoie et de l'Ain ont également été répertoriées.

Les résultats montrent que quasiment toutes les femmes victimes de violences conjugales (92,7%) ont consulté leur MG au moins une fois au cours de la dernière année.

Les motifs de consultation étaient très variables, et l'évocation directe des violences subies n'en étaient qu'une proportion modérée.

La grande majorité des femmes (81 %) souhaitent que leur MG aborde la question des violences conjugales, et estiment que cela fait partie du rôle du médecin (78,6 %).

Cette question est d'ailleurs abordée dans la majorité des cas, par le médecin (40,4 %) ou par la patiente (28,6 %).

Le rôle d'orientation du MG a été souligné à plusieurs reprises, ainsi que l'importance d'une attitude d'écoute empathique et sans jugement.

Le sexe du médecin semble avoir une influence sur la facilité qu'ont certaines femmes à se confier (40,5 %).

Il serait intéressant de recueillir l'avis de femmes moins avancées dans le parcours de prise en charge des violences conjugales, notamment sur l'acceptabilité d'un dépistage systématique de ces violences. Par ailleurs, il faut attendre le reste des résultats du travail national, afin de bénéficier d'une plus grande puissance.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

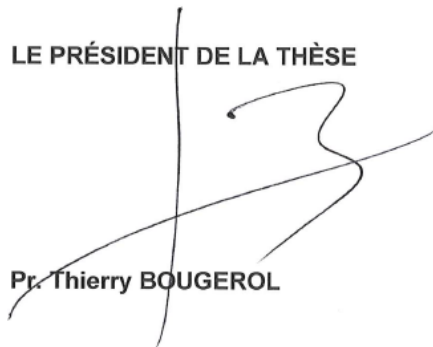
Grenoble, le : 26/08/18

LE DOYEN



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

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Thierry BOUGEROL

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes.
2017
2. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, année 2018
[Rapport ministériel] Ministère de l'Intérieur, Délégation aux Victimes, juillet
2019
3. Jaspard M. et l'équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les
femmes : une première enquête nationale en France. Popul Sociétés. janvier
2001
4. 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.
5. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des
professionnels de santé. Rapport au Ministère chargé de la Santé [Livre] Paris
: La Documentation Française ; février 2001.
6. Krug E, Dahlberg L, Mercy J. Rapport mondial sur la violence et la santé.
Chapitre 4 – La violence exercée par des partenaires intimes. Organisation
mondiale de la Santé – Genève octobre 2002 : 39 pages
7. France. Loi n° 92-683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions
générales du Code Pénal. JORF, 23 juillet 1992. p. 9864.
8. France. Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la
répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs.
JORF, 5 avril 2006. p. 5097.

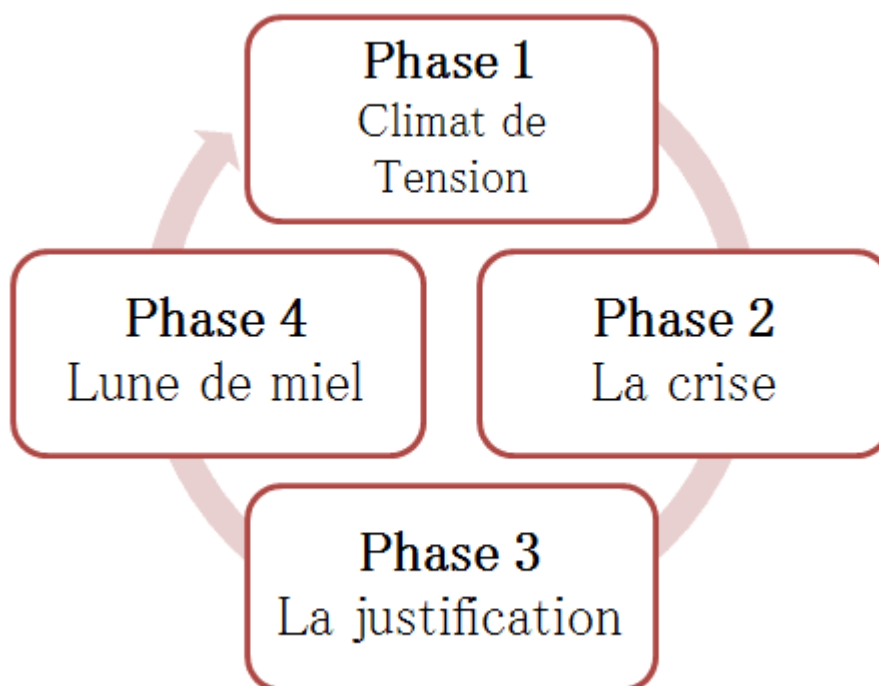
9. France. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. JORF, 10 juillet 2010. p. 12762.
10. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (ONDRP), Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) décembre 2018.
11. Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux : Synthèse bibliographique 2013, mise à jour en 2016 [Rapport publié 2018] pages 82 à 110. Santé Publique France
12. Watts C, Zimmerman C. Violence against women : global scope and magnitude. Lancet. 2002 ; 359 (9313) : 1232-1237.
13. Chambonnet J-Y, Douillard V. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2000 ; 14 (507) : 1481-1485
14. Hall M et coll. "Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy : a systematic review and meta-analysis" Plos Med 2014
15. Cantin-Drouin M, Chamberland A. L'enfant exposé à la violence conjugale : son vécu et les rôles qu'il risque d'endosser Revue du CRI VIFF n°2 - octobre 2008.

16. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Méthode
Recommandations pour la pratique clinique. Recommandations HAS Juin
2019
17. France. Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. JORF du
18 janvier 2002 p. 1155
18. Violences conjugales. Reconnaître et accompagner les victimes Revue
Prescrire 2018 ; tome 38 n° 413 : pages 192-200
19. PESSIOT V. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le
médecin généraliste : démarches éthiques et administratives préalables à la
réalisation d'une étude multicentrique transversale et étude de faisabilité au
sein d'une structure d'accueil de femmes victimes de violences conjugales de
Clermont-Ferrand, l'association Victimes Écoute Conseils 63 (AVEC 63).
[Thèse d'exercice] . Université de Clermont Auvergne ;2019
20. <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/> [Site Internet gouvernemental]
21. Billon A. Sur le bilan de la lutte contre les violences faites aux femmes et aux
enfants au sein de la famille : conséquences du confinement, défis du
déconfinement [Rapport sénatorial] n°597 de la session du 7 juillet 2020 fait
au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances
entre les hommes et les femmes
22. MIPROF. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes
n°14. Novembre 2019
23. Enquête de Santé Européenne 2019 : EHIS wave 3. Direction de la
Recherche des Études de l'Évaluation et de la Statistique, Institut de

24. Kacenenbogen N, Offermans AM. La détection et l'accompagnement des patients victimes de violences entre partenaires par le médecin généraliste. Revue Médicale de Bruxelles. 2010 ; 31 : 15-425.
25. 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
26. 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.
27. Violences conjugales et signalement. Communiqué du Conseil de l'Ordre des Médecins - 18 décembre 2019
28. Schiappa M. Arrêtons les violences : de la mobilisation à l'action" [Dossier de presse]. Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations novembre 2019

Annexes

Annexe 1 : Les cycles de la violence conjugale



Annexe 2 : Courriel de proposition de contact pour participer au projet de recherche

Madame, monsieur,

Nous sommes deux Internes en Médecine Générale et nous nous permettons de vous contacter concernant notre thèse de fin d'étude qui s'inscrit dans le travail national AVIC MG (Attente des femmes Victimes de violences Conjugales auprès de leur Médecin Généraliste).

L'objectif de notre travail est de mieux cerner les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers les médecins généralistes, dans le but d'améliorer nos pratiques. A ce titre, nous vous contactons afin de vous proposer une rencontre, afin de pouvoir échanger directement sur la faisabilité de notre projet.

Nous avons conscience que le sujet abordé ainsi que l'approche des patientes sont des domaines sensibles. Cependant le but de cette étude est d'apporter une aide aux patientes pour sortir d'un sujet tabou et d'encourager leur prise en charge par les médecins. Nous vous remercions de votre aide, et restons à votre disposition en cas de questions ou de remarques.

Cordialement,

ADRIEN Clémentine
ALLAMANNO Alexis

Annexe 3 : Affiche boîte recueil des questionnaires



Attentes des femmes **V**ictimes 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.

Investigateurs Auvergne:

Emilie FOURNIER, médecin généraliste (Clermont-Ferrand)

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.

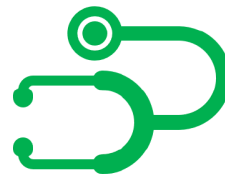
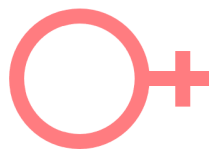
Etude **AVIC-MG**



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,



Vincent Pessiot, médecin généraliste, en thèse de médecine générale sur l'étude AVIC-MG

Annexe 5 : Auto-questionnaire :

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'anxiété oui non
 - pour des difficultés à dormir oui non
 - pour un problème gynécologique oui non
 - pour une prescription de contraception (pilule, implant,...) oui non
 - pour des douleurs oui non
 - pour de la fatigue oui non
 - pour une demande de prescription de médicaments psychotropes (somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs par exemple) oui non
 - pour un suivi et/ou le renouvellement d'un traitement que vous prenez habituellement oui non
 - pour un certificat ou attestation de suivi pour violences oui non
 - pour vos enfants oui non
 - autre : lequel ?
6. Avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous êtes victimes avec un médecin généraliste ?
- Oui, un médecin généraliste m' a déjà demandé si j'étais victime de violences conjugales
- Oui, c'est moi même qui ai abordé la question
- Un médecin m' a déjà posé la question mais je n' ai pas répondu
- Non
- Je ne me rappelle pas
- Commentaires éventuels :
7. Est-ce que vous auriez (avez) aimé que la question des violences conjugales soit abordée par le médecin généraliste ?
- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
8. Pensez-vous que cela fait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder la question des violences conjugales ?
- Oui
- Non
9. Qu'est-ce qui vous a mené jusqu'à cette association ? (Plusieurs choix possibles)
- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Autres médecins (urgentiste, psychiatre...)
- Sage-femme
- Autres soignants (Infirmier, psychologue...)
- Travailleur social
- Une autre association
- Site internet/numéro d'appel gratuit
- Police/gendarmerie
- Entourage (amis, famille)
- Urgences hospitalières
- Autres(s) :
10. Le(s) médecin(s) généraliste(s) que vous consultez est(sont)-il(s) le(s) même(s) que celui de votre (ex)-conjoint(e) violent(e) ?
- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Annexe 6 : Avis du Comité d’Ethique du CNGE



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 7 : le violentomètre

Le violentomètre est un outil d'aide à la prise en charge des patient(e)s victimes de violences conjugales, initialement développé en Amérique Latine et repris par plusieurs associations et structures nationales d'aide aux victimes. C'est un outil de prévention simple et compréhensible.

Le violentomètre Le Parisien

Quand les femmes doivent-elles s'alarmer ?

 <p>PROFITE Ta relation est saine quand il...</p>	<p>Respecte tes décisions et tes goûts</p> <p>Accepte tes ami.e.s et ta famille</p> <p>A confiance en toi</p> <p>Est content quand tu te sens épanouie</p> <p>S'assure de ton accord pour ce que vous faites ensemble</p>
 <p>VIGILANCE, DIS STOP ! Il y a de la violence quand il...</p>	<p>T'ignore des jours quand il est en colère</p> <p>Te fait du chantage si tu refuses de faire quelque chose</p> <p>Rabaisse tes opinions et tes projets</p> <p>Se moque de toi en public</p> <p>Te manipule</p> <p>Est jaloux en permanence</p> <p>Contrôle tes sorties, habits, maquillage</p> <p>Fouille tes textos, mails, applis</p> <p>Insiste pour que tu envoies des photos intimes</p> <p>T'isole de ta famille et de tes ami.e.s</p>
 <p>PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE Tu es en danger quand il...</p>	<p>Te traite de folle quand tu lui fais des reproches</p> <p>« Pète les plombs » lorsque quelque chose lui déplaît</p> <p>Te pousse, te tire, te gifle, te secoue, te frappe</p> <p>Menace de se suicider à cause de toi</p> <p>Te touche les parties intimes sans ton consentement</p> <p>Menace de diffuser des photos intimes de toi</p> <p>T'oblige à regarder des films pornos</p> <p>T'oblige à avoir des relations sexuelles</p>

SOURCE : WWW.CENTRE-HUBERTINE-AUCLERT.FR. L'INFOGRAPHIE.