



HAL
open science

Exploration des liens entre addictions et victimes de violences conjugales : réalisation d'une enquête qualitative dans l'Allier

Charline Dumas

► **To cite this version:**

Charline Dumas. Exploration des liens entre addictions et victimes de violences conjugales : réalisation d'une enquête qualitative dans l'Allier. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03479717

HAL Id: dumas-03479717

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03479717v1>

Submitted on 14 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.



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DUMAS Charline

Présentée et soutenue publiquement le 9 décembre 2021

EXPLORATION DES LIENS ENTRE ADDICTIONS ET VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES :
REALISATION D'UNE ENQUETE QUALITATIVE DANS L'ALLIER

Directrice de thèse : Madame BŒUF-GIBOT Sylvaine, Docteur, Bellerive-sur-Allier

Présidente du jury : Madame LAPORTE Catherine, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

- Monsieur BOYER Baptiste, Docteur, Service de Médecine Légale, CHU de Clermont-Ferrand
- Madame ROUGE Laure, Maître de conférence, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand
- Madame VICARD-OLAGNE Mathilde, Maître de conférence, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DUMAS Charline

Présentée et soutenue publiquement le 9 décembre 2021

EXPLORATION DES LIENS ENTRE ADDICTIONS ET VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES :
REALISATION D'UNE ENQUETE QUALITATIVE DANS L'ALLIER

Directrice de thèse : Madame BŒUF-GIBOT Sylvaine, Docteur, Bellerive-sur-Allier

Présidente du jury : Madame LAPORTE Catherine, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

- Monsieur BOYER Baptiste, Docteur, Service de Médecine Légale, CHU de Clermont-Ferrand
- Madame ROUGE Laure, Maître de conférence, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand
- Madame VICARD-OLAGNE Mathilde, Maître de conférence, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias

: **FOGLI** Anne
: **PEYRARD** Françoise
: **PREVOT** Vanessa
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAMOUX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean- Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François
- Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - POULY Jean-Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie

M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2^{ème} CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréi	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1^{ère} CLASSE

M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne Médecine Générale
M. CAMBON Benoît Médecine Générale
M. TANGUY Gilles Médecine Générale
M. BERNARD Pierre Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne Nutrition
Mme FOGLI Anne Biochimie Biologie Moléculaire
Mme GOUAS Laetitia Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel Biophysique et Traitement de l'Image
Mme GOUMY Carole Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric Bactériologie
Mme VERONESE Lauren Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien Bactériologie
Mme MIRAND Audrey Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih Biostatistiques, Informatique Médicale et
Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric Pharmacologie Médicale
Mme COSTE Karen Pédiatrie
Mme AUMERAN Claire Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë Biologie et Médecine du Développement et de
la Reproduction

2ème CLASSE

M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
M. CHENAL Chouki	Pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale

REMERCIEMENTS ET DEDICACES

A **Madame le Professeur Catherine LAPORTE**, vous me faites l'honneur de présider ce jury ; soyez assurée de mon plus profond respect. A **Monsieur le Docteur Baptiste BOYER** et **Madame le Docteur Mathilde VICARD-OLAGNE**, vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous remercie d'apporter votre expertise sur les violences conjugales. A **Madame le Docteur Laure ROUGE**, tu me fais l'honneur de participer à ce jury ; je te remercie pour ton investissement dans ma formation de médecin généraliste. A **Madame le Docteur Sylvaine BŒUF-GIBOT**, tu me fais l'honneur de diriger cette thèse ; tu as toute ma gratitude pour m'avoir proposé ce sujet passionnant et soutenue tout au long de ce travail.

Aux Docteurs **Hélène THOMAS-CLAMADIEU**, **Philippe MAZIERES** et **Benoît CAMBON**, je vous remercie de m'avoir accueillie dans vos cabinets et guidée dans la pratique de la médecine générale. Aux équipes des **Urgences** du CH d'Aurillac, de **Pédiatrie**, de **Médecine Interne/Rhumatologie** ainsi que de l'**UMG** du CH de Vichy, merci de m'avoir transmis vos connaissances et votre expérience.

A **ma famille**, papa, maman, Laura, Guillaume, je vous remercie de tout mon cœur pour votre présence inconditionnelle et votre soutien. A mes grands-parents, oncles, tantes, cousins et cousines, merci, pour la joie de vivre au sein d'une grande famille.

A **mes amis**, amis d'enfance ou connus sur les bancs de la fac, merci pour votre présence et vos encouragements. Pauline, Méline, Elodie, je suis heureuse d'avoir partagé cette belle aventure étudiante avec vous.

A **Quentin**, merci pour ton amour, ta patience et ta bienveillance ; à toutes nos belles années à venir.

Je dédie cette thèse à mon père, qui m'a toujours poussée à donner le meilleur de moi-même.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	14
METHODE	18
1. Choix de la méthode	18
2. Population cible et recrutement	18
3. Recueil et analyse des données	19
3.1. Guide d'entretien.....	20
4. Ethique et confidentialité des données	20
RÉSULTATS.....	21
1. Population étudiée.....	21
2. Addictions.....	23
1.2 Quelles solutions pour arrêter la consommation ?	26
2.2 Facteurs de risque et de protection.....	26
2.3 Quelles conséquences à la consommation ?.....	28
3. Violences conjugales	29
3.1 Violences physiques.....	29
3.2 Violences psychologiques	30
3.3 Violences verbales	32
3.4 Violences sexuelles	32
3.5 Violences économiques	33
3.6 Autres violences intra-familiales.....	33
3.7 Victime mais aussi auteur de violences conjugales.....	36
3.8 Vécu des violences conjugales.....	37
3.9 Comment sortir des violences ?.....	37
4. Parcours de vie	38
4.1 Enfance.....	38
4.2 Parentalité.....	38
4.3 Sexualité.....	39
4.4 Précarité.....	40
4.5 Maladie et handicap	41
4.6 Comorbidités psychiatriques	42

5.	Liens entre addictions et violences conjugales.....	43
5.1	L'addiction comme facteur précipitant des violences conjugales.....	43
5.2	Les violences conjugales comme facteur précipitant de l'addiction.....	44
5.3	Effets recherchés lors de l'usage	45
6.	Place du médecin généraliste	47
6.1	Aborder la problématique	47
6.2	Freins au dépistage	50
6.3	Attentes des patients.....	52
	DISCUSSION	55
1.	Forces de l'étude	55
2.	Limites de l'étude	56
3.	Analyse des résultats.....	57
3.1	Etat des lieux des addictions et des violences conjugales.....	57
3.2	Intrication entre addictions et violences conjugales	59
3.3	Autres déterminants significatifs	61
3.4	Défaut d'implication des médecins généralistes	63
3.5	Perspectives et axes d'amélioration	64
	CONCLUSION	66
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	67
	Annexe I : Document explicatif remis aux participants	70
	Annexe II : Guide d'entretien	71

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des participants.....	22
Tableau II : Types de consommation des participants	25
Tableau III : Types de violence conjugale subie par les participants.....	29

LISTE DES ABREVIATIONS

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CBD : Cannabidiol

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DCD : Décédé

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

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

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

VC : Violences Conjugales

VIF : Violences Intra-Familiales

INTRODUCTION

Les violences au sein du couple se définissent par un rapport de force asymétrique entre l'auteur et la victime avec une volonté de contrôler sa ou son partenaire intime, quel que soit le type de relation (relation maritale, extra-maritale, amoureuse) et le moment de la relation (pendant, au moment de la rupture, ou après la fin de la relation) (1).

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les violences conjugales se caractérisent 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. Sont également comprises la menace de tels actes, la contrainte, la privation arbitraire de liberté dans la vie publique et en privé* » (2).

En font ainsi parties les agressions psychologiques, verbales, physiques, sexuelles et les actes de domination sur le plan économique aboutissant à un isolement social de la victime ; ces différentes formes de violence étant dans la majorité des cas associées (1).

L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF), réalisée en 2000, retrouve que 10% des femmes âgées de 20 à 59 ans en France ont subi des violences conjugales de la part de leur partenaire ou ex-partenaire au cours des douze derniers mois (3).

Au niveau international, selon le rapport de l'OMS de 2013, près d'une femme sur trois serait victime de violences conjugales au cours de sa vie (4).

L'abus d'alcool ou la consommation de drogues est un facteur précipitant de violences conjugales à la fois pour les auteurs et les victimes et serait associé à des violences plus importantes (5). Une revue de la littérature en 2017 a en effet retrouvé une association entre consommation de drogues et violences conjugales, avec un lien d'autant plus fort lors de violences sexuelles (6). Une méta-analyse conduite en 2008 a également démontré la

même corrélation, avec une association à la fois chez les auteurs et les victimes de violences conjugales et selon les différentes drogues, mais la temporalité de ce lien reste à définir (7).

Le lien entre les violences conjugales et les addictions a souvent été mis en évidence mais la nature de ce lien reste complexe et les déterminants mal connus.

Les conséquences psychologiques des violences conjugales, tel que le stress post-traumatique, conduisent de façon fréquente à des conduites addictives : consommation chronique et abusive de tabac, d'alcool, de drogues psycho-actives, de médicaments analgésiques, anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques.

Une étude réalisée via des focus groups en 2015 a montré que le lien entre violences et usages concernait tous les types de substances mais que la nature du lien dépendait du type de substance : certains produits engendrent un comportement violent, d'autres sont consommés pour supporter des violences quotidiennes ou arriver à gérer le « trauma », quand d'autres encore ont pour but de provoquer l'agression (8).

Les violences conjugales et les addictions non seulement co-existent mais partagent également des particularités comportementales similaires : perte de contrôle, préoccupations, continuité malgré les conséquences, phénomène de tolérance, implication de la famille, mécanisme de déni, minimisation et rationalisation (9). On retrouve ainsi dans ces deux problématiques les critères d'addiction du DSM-V (10).

Les déterminants à l'exposition aux violences et à l'entrée dans l'usage de substances psycho-actives peuvent être communs. En effet, les violences peuvent être une porte d'entrée ou de maintien dans l'addiction, quand réciproquement la dépendance peut être un facteur précipitant de violences (8). Que l'addiction soit le déterminant des violences ou

une conséquence de celles-ci, on observe bien souvent un cercle vicieux où les victimes se retrouvent enfermées.

Ces différents facteurs peuvent être d'ordre psychologique, individuel, social et culturel mais ils restent encore à déterminer.

Le médecin généraliste est souvent le premier recours pour les victimes de violences conjugales : selon l'enquête ENVEFF, le médecin généraliste est le premier interlocuteur pour 24% des femmes avant les autorités judiciaires (3). Les professionnels de santé sont nombreux à sous-estimer la fréquence des violences conjugales, ce qui conduit à un sous-repérage de ces situations. Dans ce cadre, la HAS a publié en 2019 des recommandations de bonne pratique visant à un dépistage systématique des femmes victimes de violences conjugales (1).

Le médecin généraliste est aussi en première ligne pour lutter contre les conséquences en terme de morbi-mortalité des addictions qui sont un véritable problème de Santé publique : le tabac et l'alcool étant à eux seuls les premiers responsables des décès évitables avant 65 ans (11). Mais dans ce domaine également, les études dénotent une pratique inégale de prise en charge des addictions (12) alors que les interventions brèves en soins primaires ont prouvé leur efficacité (13,14). Les champs d'intervention du médecin généraliste sont nombreux : réduire les vulnérabilités, renforcer les défenses individuelles, désamorcer les conséquences des premières consommations, repérer et évaluer les conduites addictives, intervenir pour réduire leur emprise et leurs conséquences et éviter la reprise en cas d'arrêt des consommations (15).

Ainsi, le médecin généraliste est l'interlocuteur de premier choix pour les patients victimes de violences conjugales et/ou usagers de drogues, avec des difficultés pour chacune

de ces problématiques quant au repérage et au suivi de ces patients. Si le lien entre violences conjugales et conduites addictives a été établi (16), la nature de ce lien (temporalité, mécanisme physiopathologique) reste à explorer afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

L'objectif de cette étude est de caractériser la nature du lien entre victimes de violences conjugales et conduites addictives afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

METHODE

1. Choix de la méthode

Le choix de la méthode s'est porté sur une recherche qualitative par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés, afin de mieux comprendre les déterminants des liens entre les conduites addictives et les violences conjugales du point de vue des victimes.

2. Population cible et recrutement

La population étudiée concerne toute personne majeure victime de violences conjugales et ayant des conduites addictives (en dehors du tabac seul) souhaitant participer à l'étude dans le département Allier.

Les critères d'exclusion sont un âge inférieur à 18 ans ainsi qu'une mauvaise compréhension de la langue française.

Les participants ont été recrutés via leur médecin généraliste ou dans des centres d'addictologie (CSAPA).

Lors des premiers contacts, une présentation des buts et du déroulement de l'étude était effectuée. Les différents professionnels avaient à leur disposition un document explicatif à délivrer aux patients (Annexe I).

A l'issue du premier contact, un rendez-vous était proposé par le médecin habituel ou les participants étaient contactés par téléphone par l'investigatrice pour déterminer le lieu et la date du rendez-vous selon leur convenance.

3. Recueil et analyse des données

Des entretiens individuels semi-dirigés, menés selon un guide d'entretien composé de questions ouvertes, ont été réalisés jusqu'à saturation des données de mars 2021 à septembre 2021.

Les caractéristiques socio-démographiques recueillies portaient sur : le genre, l'âge, la profession, l'origine ethnique, le lieu de vie (urbain, semi-rural, rural), le statut marital, le nombre d'enfants, le type de violence conjugale (physique, psychologique, verbale, sexuelle, économique) et le type d'addiction (tabac, alcool, cannabis, « drogues dures », traitement substitutif aux opiacés, médicaments, jeux d'argent).

Les entretiens ont eu lieu dans les centres d'addictologie ou cabinets de médecin généraliste, à l'exception d'un qui a été réalisé au domicile de la participante selon son souhait.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone et ont été retranscrits intégralement par l'investigatrice.

Les retranscriptions ont été transmises aux participants qui le souhaitaient pour commentaire ou correction mais aucun retour n'a été effectué.

Les verbatims ont été analysés par l'investigatrice sans utilisation de logiciel d'aide au codage en suivant les principes de la théorisation ancrée pour mettre en évidence des thèmes principaux.

3.1. Guide d'entretien

Un premier guide d'entretien a été réalisé et a ensuite été amélioré après les premiers entretiens. Le guide d'entretien final comprend, en plus du recueil des données socio-démographiques, 4 questions ouvertes et 10 sous-questions (Annexe II).

4. Ethique et confidentialité des données

Le projet de thèse a été soumis à la validation d'un CPP.

Il a été précisé aux participants qu'il s'agissait d'une étude et qu'ils étaient libres d'exprimer leurs ressentis et leurs opinions sans crainte de jugement de notre part.

Le consentement libre et éclairé de chaque participant a été recueilli avant chaque entretien, et son accord demandé pour enregistrement audio. Le secret médical et l'anonymat du participant ont été assurés tout au long de l'étude.

L'anonymisation était effectuée dès la retranscription des entretiens où n'apparaissent pas les noms et prénoms des participants grâce à une technique de pseudonymisation. Les transcriptions des entretiens n'ont été partagées qu'aux seuls auteurs de l'étude. Le caractère anonyme des données repose également sur l'absence d'identification de lieux précis.

Le sujet des violences conjugales étant un sujet d'abord délicat, il a été proposé à chaque participant à l'étude la possibilité de prendre contact avec la psychologue de l'unité de Victimologie du CHU de Clermont-Ferrand.

RÉSULTATS

1. Population étudiée

Entre mars 2021 et septembre 2021, 14 entretiens ont été réalisés. 12 ont été retranscrits et analysés. Un entretien a été exclu, car la participante à l'étude ne remplissait pas un des critères d'inclusion (absence d'addiction). Un entretien n'a pas été retranscrit, la patiente ayant refusé l'enregistrement audio par crainte de son conjoint violent, mais a été analysé et la patiente a accepté l'utilisation de citations suite à la prise de notes.

La saturation des données a été atteinte au 11^{ème} entretien retenu pour l'étude. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés sans apporter de franches nouvelles notions.

La durée des entretiens s'étend de 12 minutes à 65 minutes.

Le sexe ratio H/F est de 1/12, ce qui est cohérent avec les données épidémiologiques connues (3,4). Les participants sont âgés de 36 ans à 79 ans, sont en majorité mariés et ont des enfants. Ils sont tous d'origine française (une des participantes a la double nationalité française et espagnole). Leur lieu de vie est varié, tout comme leur catégorie socio-professionnelle. Les différentes formes de violences conjugales sont représentées de façon équilibrée, tandis que l'addiction à l'alcool prédomine.

Les caractéristiques socio-démographiques des participants sont résumées dans le Tableau I.

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des participants

Participant	Genre	Âge	CSP	Origine ethnique	Lieu de vie	Statut marital	Enfant
E1	F	54	Sans emploi	France	Semi-rural	Mariée	3 dont 1 DCD
E2	F	60	Employée de maison	France	Urbain	En instance de divorce	2
E3	F	36	Sans emploi	France	Rural	Célibataire	4
E4	F	63	Retraitée (Aide-soignante)	France	Rural	Mariée	2
E5	F	66	Retraitée (Conseillère bancaire)	France	Urbain	Mariée	2
E6	F	71	Couturière / Serveuse	France	Urbain	Séparée	2 DCD
E7	F	50	Mère au foyer	France	Rural	Mariée	3
E8	F	63	Retraitée (Cuisinière)	France	Semi-rural	Veuve	5
E9	F	39	Coiffeuse	France	Rural	Séparée	1
E10	F	39	Sans emploi	France	Rural	Célibataire	4
E11	F	48	Coiffeuse	France	Semi-rural	Mariée	2
E12	H	79	Retraité (Chauffeur livreur)	France	Urbain	Marié	1
E13	F	54	Invalidité	France / Espagne	Semi-rural	Célibataire	1

2. Addictions

9 des participants interrogés sur 13 présentaient une addiction à l'alcool, qui a dans la plupart des cas débutée par une consommation occasionnelle avant de devenir quotidienne : « *Moi je buvais pas, et j'ai commencé mais tout doucement et pis dans l'engrenage, ça s'est suivi. C'était tout le temps, tous les soirs, tous les jours.* » (E11P1).

Plus de la moitié des participants étaient également consommateurs réguliers de tabac, même si cette pratique était pour eux secondaire dans la prise en charge de l'addiction : « *Mais c'est surtout d'arrêter de boire, et la cigarette, par la suite.* » (E7P4).

Les drogues dites « douces » comme le cannabis ont été citées à deux reprises, tandis que les drogues « dures » comme la cocaïne, l'héroïne ou les amphétamines ont peu été mentionnées et la consommation était alors souvent multiple : « *Alors le premier produit que j'ai touché, c'était la cocaïne.* » (E13P3).

Parmi les médicaments, on peut rapporter la prise d'anxiolytiques, souvent décrite comme à risque d'accoutumance et faisant peur : « *J'ai l'antidépresseur et j'ai un anti-... euh, anxiolytique. Que je prends pas toujours parce qu'il y a beaucoup d'accoutumance avec.* » (E5P6), d'hypnotiques : « *Ça m'est même arrivé de prendre dans le placard de mes parents des somnifères.* » (E1P2), ou d'antalgiques opiacés tels que le tramadol ou la morphine. Une patiente prenait également un traitement substitutif aux opiacés (méthadone).

On retrouve également parmi les addictions des produits stimulants tels que le Guronsan® ou la caféine : « *Donc, pour tenir debout j'ai pris du café en très très forte dose.* » (E1P1) ou bien un détournement de l'usage avec l'utilisation de l'éther.

Pour une des participantes, la boulimie était considérée comme une addiction : « *Parce que pour moi c'est une vraie addiction la nourriture.* » (E9P1).

Certains participants faisaient toutefois une distinction nette entre la consommation occasionnelle et l'addiction, même à propos de substances illicites : « *J'en ai pris quand j'étais jeune des drogues, j'ai pris genre de la cocaïne, des ecstasys, des trucs un peu comme ça.* » (E10P3).

Ainsi, on retrouve une forte prédominance de l'alcool chez les victimes de violences conjugales. Le cannabis, les médicaments tels que antalgiques, anxiolytiques et hypnotiques ont également été rapportés à plusieurs reprises. La prise d'autres drogues était quant à elle plus anecdotique. On note également une fréquente co-addiction au tabac.

Les différents types de consommation des participants sont récapitulés dans le Tableau II.

Tableau II : Types de consommation des participants

Participants	Types de consommation
E1	Alcool Amphétamines Antalgiques opiacés Anxiolytiques Ether
E2	Alcool
E3	Alcool
E4	Alcool
E5	Alcool Anxiolytiques Tabac
E6	Morphine Anxiolytiques
E7	Alcool Tabac
E8	Alcool Tabac
E9	Cannabis Tabac TCA
E10	Cannabis Tabac
E11	Alcool
E12	Alcool Tabac
E13	Héroïne Cocaïne TSO Tabac

Les entretiens ont également mis en évidence la notion d'addiction chez le conjoint auteur de violences conjugales, avec en particulier des consommations excessives d'alcool. Celles-ci pouvaient d'ailleurs être la porte d'entrée dans l'addiction : « *Je faisais comme lui, je buvais. Je buvais pas dans la journée mais quand il rentrait je buvais.* » (E8P7).

Une des participantes rapportait aussi la consommation de cannabis et de cocaïne par son conjoint : « *Et il aimait un peu plus les drogues, genre cocaïne, voilà, que moi. Lui il était plus partant pour en prendre régulièrement quoi.* » (E10P4)

1.2 Quelles solutions pour arrêter la consommation ?

La plupart des participants étaient dans une démarche d'arrêt ou de réduction de la consommation.

Plusieurs réponses ont été apportées : d'abord les médicaments, que ce soit des substituts (CBD, méthadone) ou des médicaments pour favoriser le sevrage, même si ces derniers étaient eux-mêmes à risque de dépendance : « *J'ai toujours des restes de Xanax® de l'année dernière au cas où. Mais ça m'embête de compléter avec du chimique, et entrer dans l'addiction des médicaments.* » (E9P3).

Les participants se sont régulièrement tournés vers l'addictologue, spécialiste de leur problème : « *Il faut peut-être que je vois un spécialiste...* » (E5P6) ou bien vers des « cures de désintoxication » dans des centres d'addictologie ou des cliniques privées.

Pour d'autres, l'arrêt de la consommation n'a pas été un choix mais une obligation, que ce soit dans le cadre d'une hospitalisation pour une autre problématique médicale, ou une injonction aux soins de la part de la justice : « *On m'a laissée sortir de prison à condition que je faisais l'obligation de soins.* » (E8P9).

2.2 Facteurs de risque et de protection

2.2.1 Facteurs précipitants

Plus d'un tiers des participants ont mentionné des antécédents familiaux d'addiction comme les ayant poussés à la consommation : « *Dans ma famille, il y a déjà eu des addictions à l'alcool, je pense que ça vient de là aussi, et comme j'y ai pris goût... Ben voilà, ça a fait un petit engrenage.* » (E11P3).

Parmi les facteurs précipitants à la consommation les plus cités, on retrouve aussi les mauvaises fréquentations : « *Donc on fait comme les copains, y a quelqu'un qui propose... On fait comme les autres quoi.* » (E7P2). De même, l'environnement festif est rapporté comme à risque de consommation : « *Comme j'étais dans les fêtes, ben je buvais un peu plus que de raison.* » (E4P1).

A l'inverse, la solitude, l'isolement et l'ennui sont également des facteurs augmentant la consommation : « *Pourtant j'aime bien mon chez-moi mais c'est dur, parce que c'est vide. C'est... C'est même pas vide. C'est plein de quelqu'un qui est vide.* » (E5P7). Le fait de « garder pour soi », de ne pas libérer la parole encourage aussi à la consommation.

Les périodes de confinement liées à la pandémie COVID-19 ont aussi été révélatrices et/ou ont favorisé l'augmentation des consommations, par la rupture avec l'extérieur (travail, activités de loisir, social) et le temps passé chez soi, parfois avec le conjoint violent en huis-clos : « *On prenait un apéritif de temps en temps et c'est revenu ben y a pas longtemps, et puis avec le confinement. [...] Voilà. Plus rien du tout, plus de travail, plus de sport, plus de voilà.* » (E11P4).

2.2.2 Facteurs protecteurs

Parmi les facteurs protecteurs, les participants ont cité plusieurs fois l'entourage, que ce soit le nouveau conjoint, les parents ou les enfants et petits-enfants. Ils sont à la fois un soutien et une motivation pour arrêter la consommation : « *Et c'est pour ça que je veux arrêter l'alcool quoi, pour avoir une vie de famille normale. Puis bon, j'ai un petit-fils maintenant, je pense pas que mon petit-fils aimerait me voir dans cet état quoi. Je le fais surtout pour lui.* » (E7P2).

La vie active et le travail se sont également révélés être des éléments de protection :
« *Tant que je travaillais, j'avais des hauts et des bas mais j'avais mon travail. Après la retraite, ça... ben ça a été un peu plus dur.* » (E4P1).

2.3 Quelles conséquences à la consommation ?

Les conséquences directes à l'addiction sont nombreuses et on retrouve au premier plan des conséquences sociales, notamment familiales avec la destruction du couple ou encore le placement des enfants : « *Les conséquences, de perdre mon couple. C'est surtout ça. Mon couple, mon fiston.* » (E10P5), les « mauvaises fréquentations » engendrées et parfois un isolement : « *Donc ça coupe un peu du monde.* » (E9P5).

L'addiction a également des conséquences lourdes d'un point de vue judiciaire, avec suivi social et médical : « *Donc faut que j'aille voir les éducateurs, faut que j'aille voir l'addictologue, faut que je fasse des tests urinaires, voilà.* » (E10P5).

Les problématiques financières liées à l'addiction ne doivent pas être négligées : « *C'était... cher. Cher. Ça revenait cher.* » (E3P7).

Plusieurs participants ont également cité les effets néfastes sur la santé : prise de poids, perte de mémoire, insomnies, jusqu'au risque fatal mentionné par l'une des patientes « *deux arrêts cardiaques, un mois de coma* » (E13P4).

Les effets mêmes des substances sont parfois perçus comme une conséquence nocive, comme la perte de contrôle engendrée par l'ivresse : « *Ben je suis pas moi-même quand je bois. J'arrive plus à... J'arrive plus à me contrôler.* » (E8P8) ou les « black-out ». Le syndrome de sevrage, souvent brutal, a aussi été souligné.

A contrario, l'addiction n'est pas toujours perçue comme négative, et est même parfois considérée comme un moyen de survie : « *Ça m'a sauvé la vie.* » (E1P8).

3. Violences conjugales

Les violences conjugales sont catégorisées en : violences physiques, violences psychologiques, violences verbales, violences sexuelles et violences économiques.

Les participants à l'étude ont subi tout type de violences et celles-ci étaient souvent intriquées. Le Tableau III en fait la synthèse.

Tableau III : Types de violence conjugale subie par les participants

Participants	Types de violence conjugale				
	Physique	Psychologique	Verbale	Sexuelle	Economique
E1	X	X	X	X	
E2	X	X	X		
E3	X		X		
E4		X			
E5	X	X	X		
E6	X	X	X		
E7		X	X		X
E8	X	X	X	X	
E9		X	X	X	X
E10	X	X	X	X	X
E11	X	X			
E12		X	X		
E13	X	X	X	X	X

3.1 Violences physiques

Les violences physiques regroupent toutes les agressions imaginables, de la bousculade au meurtre, et sont régulièrement citées au premier plan lorsque des violences conjugales sont évoquées.

Plus de 2/3 des participants ont fait mention de violences physiques, avec des termes identiques : « taper », « battre », « frapper » sont des verbes utilisés de nombreuses fois. Les victimes étaient ligotées, étranglées, ou encore tirées par les cheveux. Il s'agissait souvent

d'une violence quotidienne, au moindre prétexte : « *Et, après au fur et à mesure, c'était une baffes pour ci, une baffes pour ça, et, c'était devenu le maître à la maison.* » (E13P11).

Les conséquences étaient dramatiques, avec multiples hématomes et fractures : « *Car j'ai eu 2 côtes cassées, j'ai eu le nez cassé, j'ai eu le coccyx, j'ai eu...* » (E6P5).

On note la notion d'une majoration des violences physiques pendant la grossesse : « *J'ai été battue pendant que j'étais enceinte et ça c'est resté pour la vie.* » (E6P8).

Elles avaient parfois lieu sous les yeux des enfants : « *Les enfants ils pleuraient comme tout. Il me battait devant les enfants.* » (E8P3).

3.2 Violences psychologiques

Les violences psychologiques ont des limites plus floues et sont difficiles à mettre en évidence. Celles-ci ont pourtant été largement décrites par les participants et mises au même niveau que les violences physiques : « *Y a les violences physiques, et après y a beaucoup de violence verbale et morale et mentale.* » (E10P2).

Parmi elles, on retrouve des propos visant à humilier la victime en la dénigrant : « *Il me rabaisait tout le temps. J'étais jamais assez bien, je faisais jamais assez bien les choses.* » (E10P2). Une des participantes raconte comment son ex-conjoint parvenait à la rabaisser à la moindre occasion : « *Donc, toutes les petites failles. Ouais, les tous petits trucs anodins qui me blessaient et lui était malin là-dessus.* » (E1P7). A nouveau, on constate que la grossesse favorise ces violences psychologiques avec de violentes critiques : « *Il me trouvait moche. J'avais grossi. Je prenais pas assez soin de moi.* » (E1P3).

La manipulation était quasiment toujours présente : « *Il me noyait le cerveau.* » (E2P1).

On retrouve également des notions de possession : « *J'étais sa chose, son objet.* » (E2P2) et de contrôle : « *Faudrait être là pour lui tout le temps, soit quand il téléphone, faut répondre. Si j'ai le malheur de pas répondre, et ben... "Pourquoi t'as pas répondu ?".* » (E7P3). L'une des participantes a également fait mention du contrôle vestimentaire : « *Fallait pas que je m'habille trop court.* » (E10P1).

Les auteurs de violences psychologiques usaient de menaces : « *Et y avait une phrase qu'il me disait souvent avant, c'était "tu me connais pas, méfie-toi, tu me connais pas vraiment, si je suis en colère, si on se sépare un jour, méfie-toi".* » (E9P2) et de mensonges : « *Parce que c'est quelqu'un qui ment beaucoup, c'est un vrai mythomane, il ment sur tout tout tout. Tout le temps.* » (E10P4).

Il s'agissait d'autres fois d'harcèlement, ou bien de chantage : « *A menacer de se suicider. A menacer de partir et de plus donner de nouvelles, tout ça.* » (E9P2), quand la victime n'était tout simplement pas ignorée.

L'auteur des violences utilisait parfois sa position d'autorité, comme le relate l'une des participantes dont l'ex-conjoint était policier.

La garde des enfants était également souvent un moyen de pression.

La victime était parfois totalement isolée de son entourage du fait des violences : « *Fallait pas que je voie d'autres personnes. Il a commencé à me couper de mes amis, etc. Il fallait que je voie que lui, tout le temps.* » (E10P1).

Enfin, plusieurs participantes ont relevé le manque de reconnaissance ou de soutien de la part de leur ex-conjoint, ou une charge mentale reposant uniquement sur leurs épaules : «

Travailler 45h par semaine et le voir à la maison qu'il fasse rien et que je découvre des bouteilles d'alcool, c'était plus possible. » (E9P4).

3.3 Violences verbales

Les violences verbales s'expriment au travers des mots, tels que des insultes, et selon la tonalité. Elles sont souvent profondément intriquées aux violences psychologiques, les mots ayant fréquemment pour but de rabaisser comme le rapporte cette participante : « *Par le ton, par les mots qu'il va employer, ça tourne que autour du mépris. » (E5P4).*

Les participants ont ainsi relaté des disputes : « *On a eu des crises épouvantables. » (E5P3),* des cris : « *Parce qu'il criait souvent, et ça c'est le problème. » (E4P3)* et des insultes : « *Ben... Il m'insultait quoi. Chaque fois, que j'étais bonne à rien, euh, j'étais une cassos, une pute, désolée du terme mais c'est ce qu'il me disait, que j'étais une salope, tout ça. » (E3P3).*

3.4 Violences sexuelles

Les violences sexuelles sont les relations sexuelles non consenties par le ou la conjoint(e), appelées viol conjugal, mais également le harcèlement ou les sévices.

Plusieurs participantes ont ainsi décrit des pratiques non désirées et des viols conjugaux : « *Sexuelles ouais. Ben j'étais à peine sortie de la maternité que déjà il voulait me re-sauter dessus. Il fallait que je fasse des fellations parce qu'il fallait le soulager, parce que monsieur était fatigué, monsieur travaillait trop, monsieur a des besoins. Il a essayé la sodomie mais alors là ça a pas... (Rires) Là c'était un peu trop demandé. Ouais, il avait des exigences, il fallait que je passe à la casserole. Même des fois, c'était dans des endroits, dans la voiture, des trucs comme ça, pour moi c'était dégueulasse quoi. C'était peut-être le côté qui l'excitait. » (E1P6).*

Dans d'autres cas, si l'ex-conjoint n'était pas auteur des violences sexuelles, il en était à l'initiative : « *Il m'a fait violer une fois, quand on était mariés.* » (E8P1).

Enfin, la vengeance pornographique, c'est-à-dire la diffusion d'images intimes sans l'accord de la victime, est aussi une forme de violence conjugale, comme peut en témoigner cette patiente : « *parce qu'il a envoyé des photos à ma voisine de moi dans des situations pas très... voilà, glorieuses on va dire* » (E10P2).

3.5 Violences économiques

Les violences économiques sont une forme de violence où le conjoint a la mainmise sur les comptes bancaires et les ressources, créant ainsi une dépendance matérielle pour la victime.

Cette mère au foyer de 50 ans raconte par exemple qu'elle n'avait pas d'argent propre : « *C'est lui qui a la carte à son nom. Moi j'ai rien du tout.* » (E7P3) et qu'elle devait quémander pour la moindre dépense : « *L'esclave. Par exemple j'irais lui demander 10€ pour acheter un paquet de cigarettes, ben je les ai pas.* » (E7P4).

Ces violences ont aussi été décrites à deux reprises comme une dégradation des biens des participantes : « *Il m'a tout cassé. J'avais plus de meubles, plus de frigo, plus rien, plus rien.* » (E13P1).

3.6 Autres violences intra-familiales

Les violences conjugales ne sont pas les seules violences rapportées lors des entretiens : les violences intra-familiales (VIF) sont multiples et souvent liées. Ainsi, victimes comme auteurs de violences conjugales ont souvent subi des violences dans leur enfance, ou

été témoins de violences. Cette violence est également régulièrement reproduite sur les enfants.

La première participante à l'étude raconte ainsi qu'elle a grandi dans une atmosphère de violence et a de ce fait développé des mécanismes d'évitement et de défense : *« Moi ça a commencé j'étais toute petite... Donc, mes parents... Alors euh, l'ambiance familiale, c'était très délétère. Mes parents passaient leur temps à s'engueuler, s'insulter... Le climat était malsain et avec mon frère, on se sentait pas bien. Mais les parents étaient trop axés sur leurs problèmes à eux pour nous voir. On n'existait pas. Et on a appris très vite à... (Silence) à décoder. Dans le regard des parents, leurs attitudes, leurs gestes bruyants. A s'adapter pour éviter les crises. Par exemple, si ma mère se maquillait et tout, mon père le voyait jamais, donc on le repérait sinon ça partait en vrille. Donc a appris très vite à se mettre en retrait, à être vigilant, car à la fin c'était toujours la faute des gosses. »* (E1P1).

Les violences étaient de tout type. Elles pouvaient être physiques comme le rapporte la même participante : *« La punition, c'était de nous mettre sur le lit parental et puis à coup de ceinture. »* (E1P2), ou bien psychologiques en devant endosser le rôle de parent pour protéger et s'occuper de sa fratrie : *« Moi j'étais la plus grande, je devais me mettre entre eux deux et je devais soigner les 6 autres qu'il y avait derrière. Leur donner à manger et tout, m'occuper d'eux. »* (E8P7). Elles étaient également sexuelles avec des viols perpétrés par des connaissances des parents : *« Et j'ai été violée à 9 ans à cause de ma mère. Elle avait des mauvaises fréquentations. Et à 12 ans, à cause de mon père. Parce qu'il avait des mauvaises fréquentations. »* (E8P1) ou des incestes : *« J'avais dit à mon médecin que mon père m'avait violée dès que j'avais l'âge de 3 ans jusqu'à l'âge de 13 ans. »* (E1P1).

Il s'agit aussi parfois d'avoir été témoin de violences conjugales entre les parents, de s'être construit en tant qu'adulte avec ce modèle et de ne pas savoir faire autrement : « *Moi j'ai connu mes parents, jamais je les ai vus s'embrasser, se faire un câlin, se promener main dans la main, j'ai jamais vu ça. Mais ça, mais se battre et tout, ça je l'ai vu, plus d'une fois. Ouais. C'est pour ça, j'ai vécu dans la violence en étant petite, et moi étant grande, je savais pas quoi faire.* » (E8P7).

L'une des participantes, même si elle doute de la véracité de ses propos, rapporte que son conjoint violent avait été victime de maltraitance infantile : « *Après il m'a raconté plein de trucs sur sa jeunesse, que soi-disant il avait été violé par son beau-père, par le fils de son beau-père.* » (E10P4).

L'auteur des violences conjugales était parfois également auteur de violences sur les enfants. Il s'agissait alors de violence verbale ayant pour but de blesser la victime comme le mentionne une des participantes ayant quitté son conjoint violent : « *Et puis ouais celle qui me touche, c'est la violence verbale auprès de ma fille, celle-là c'est la pire. Parce que je sais qu'il le fait pas pour faire du mal à la petite, mais bien pour m'en faire à moi.* » (E9P8). Les violences décrites étaient aussi psychologiques, ayant pour but de déprécier les enfants : « *Il nous a fait un scandale, devant les deux gamins, disant qu'ils étaient minables, qu'ils avaient aucune reconnaissance de tout ce qu'il avait fait pour eux, que c'était lui qui les avait faits.* » (E1P4) et physiques : « *Il disait que leur père les battait. (Silence) Et qu'ils étaient maltraités.* » (E1P4), d'autant plus quand l'enfant n'était pas de sa filiation : « *C'est mon fils qui a pris un peu parce que c'est pas son fils à lui. Il a commencé aussi à être violent avec mon fils.* » (E10P1).

Les violences sur les enfants étaient parfois perpétrées par d'autres auteurs : que ce soit dans le cadre de violences conjugales : « *Et elle me dit qu'elle se drogue plus, mais elle est avec un mec qui la bat.* » (E8P4) ou par des « mauvaises fréquentations » : « *Parce que ma fille avait été victime de violences sexuelles. Elle a eu des attouchements sexuels par un monsieur qui était notre voisin à l'époque.* » (E3P5).

Enfin, les victimes de violences conjugales étaient dans certains cas également victimes de violences de la part de leurs enfants, ou des enfants de leur conjoint : « *J'ai un fils qui est assez méchant aussi. Un jour, il était pas âgé, il arrosait une retraite d'un collègue, j'ai été le chercher, il m'a pris par le cou et il m'a serrée. Deux fois. Sauf que la dernière fois, il a bien failli me laisser sur le carreau.* » (E7P2).

3.7 Victime mais aussi auteur de violences conjugales

Plus de la moitié des individus interrogés reconnaissent avoir été également auteurs de violences conjugales quand on les questionne à ce sujet. Il s'agissait dans la plupart des cas d'une réponse à la violence déjà existante et subie : « *Et moi je suis devenue violente. Je supportais plus qu'il me crie dessus donc je suis devenue violente. Enfin, j'ai pas tapé mais je lançais des trucs, je cassais de la vaisselle. Et je me suis fait horreur.* » (E1P3). Elle était souvent verbale : « *Mais bon quand mes paroles sortent, c'est vrai qu'elles sont crues quoi. Mais je peux être méchante.* » (E7P2), parfois physique et favorisée par la prise d'alcool : « *Une fois, ben c'était j'sais plus pour quoi d'ailleurs, et, il a levé la main et moi je l'ai poussé et c'est vrai qu'il est tombé, malheureusement il est tombé. [...] Bon c'était la période où je buvais... Alors je me suis dit peut-être que je l'avais aussi énervé. Voilà.* » (E4P4).

L'une des participantes a aussi été maltraitante envers ses enfants : « *Ben je comprenais pas mes enfants, souvent je leur tapais dessus.* » (E8P5).

3.8 Vécu des violences conjugales

Les violences déclenchaient la peur chez les victimes : « *Si je dis quelque chose ça peut en contrarier un.* » (E4P4) et un sentiment d'injustice : « *Ça a mis de la colère en moi parce que je lui ai dit, et c'est ce que j'ai ressenti, "je t'aide depuis des années, je t'ai donné ma vie, et voilà comment tu réagis devant mes difficultés à vivre ton problème".* » (E5P3).

L'unique participant masculin était dans le déni des violences : « *Les chamailleries qu'on pouvait avoir, j'appelle pas ça des violences.* » (E12P5) et s'en sentait responsable : « *Disons que je l'ai peut-être cherché un peu.* » (E12P3).

3.9 Comment sortir des violences ?

Plusieurs des participantes ont eu recours à la gendarmerie ou la police en voulant déposer plainte mais leurs démarches n'ont jamais abouti : « *J'ai déposé plusieurs plaintes, ça a jamais rien fait. Une fois, il y a deux gendarmes qui sont descendus, parce que mes voisines les avaient appelés. Il les a sortis gentiment à coups de pied. Ils ont rien fait.* » (E13P2). Une autre participante raconte de la même manière, en fin d'entretien alors que l'enregistrement était terminé, avoir plusieurs témoins des menaces de mort proférées par son ex-conjoint par téléphone alors qu'elle était sur son lieu de travail, et que sa plainte n'a tout de même pas été enregistrée.

Lorsque la justice est saisie, le jugement est parfois mal perçu comme le raconte cette victime dont la protection des enfants a été prioritaire : « *Donc j'ai été porter plainte. Sauf que la juge des enfants elle a pas cherché à comprendre. Une fois, deux fois, sur la même personne, sur le même enfant, ils ont préféré me les placer. J'ai mal pris, je vous assure que je l'ai très très mal pris.* » (E3P5).

Pour certaines, c'est grâce à leur entourage et leur soutien qu'elles ont réussi à sortir des violences : « *Après j'ai réussi à m'en sortir parce que j'ai mon conjoint à l'heure actuelle, avec qui on était amis, on a réussi, enfin il a réussi, à m'en sortir, de me sortir de cette galère en fait.* » (E11P1).

Enfin, c'est souvent le sentiment d'impossibilité de s'en sortir qui ressort, la première participante utilisant la métaphore de l'élastique qui se tend sans jamais se briser. C'est l'absence de solution et de tout recourt qui se détache : « *Je pense que faut que je me sacrifie. Juste que voilà. Je pense qu'il y a pas d'autres solutions.* » (E5P8).

4. Parcours de vie

Les entretiens ont mis en exergue des parcours de vie particuliers qui ont pu participer à la genèse des addictions et des violences conjugales.

4.1 Enfance

Une des participantes, mère sans emploi de quatre enfants, a grandi en famille d'accueil et juge que cela a eu un impact sur sa vie : « *Ben déjà je peux peut-être dire que j'étais dans une famille d'accueil, je sais pas si c'est... C'est important je pense. J'ai été éduquée en famille d'accueil pendant 12 ans.* » (E3P1).

4.2 Parentalité

Des difficultés dans la parentalité semblent être fréquentes, que ce soit dans la relation avec les enfants, le placement des enfants ou encore le recours à l'IVG.

Cette même participante raconte ainsi qu'elle a dû recourir à l'avortement : « *Après je suis tombée enceinte de lui. Je l'ai pas gardé. J'ai avorté. Choix personnel. C'était très dur hein...* » (E3P2).

Il n'était pas facile pour elle d'assumer seule le rôle de parent : « *C'est que après, quand je me suis retrouvée tout seule avec mes 4 enfants que là j'ai sombré dans l'alcool.* » (E3P4). Ses enfants ont d'ailleurs par la suite été placés en famille d'accueil. Une autre participante témoigne également sur le placement de ses enfants : « *Ce qui fait que mes enfants ont été placés pendant plus d'un mois en famille d'accueil.* » (E10P2).

L'éloignement volontaire des enfants, conséquence directe de l'addiction, n'a pas non plus été une chose aisée pour cette femme mariée et mère de deux enfants : « *Mes enfants, nos enfants, bon ben déjà ils aiment beaucoup leur papa aussi bien sûr, mais si vous voulez, ils se sont dit "papa il est malade, maman elle boit", parce que je vais vous expliquer, et donc ça leur faisait beaucoup de soucis à traiter quoi. Et petit à petit, enfin bon... [...] Ils ont pris de la distance.* » (E5P3).

Des difficultés sont aussi apparues lors de remariages et de familles recomposées : « *Et puis, petit à petit, j'ai eu beaucoup beaucoup de problèmes dans mon couple, dans les relations avec les enfants de mon mari.* » (E4P1).

La belle-famille était parfois un sujet de discordes : « *Ben ça déjà été la zizanie avec ma belle-mère.* » (E7P3).

4.3 Sexualité

Par ailleurs, la sexualité des participants interrogés était parfois source de conflits.

Pour cette femme mariée de 66 ans, la sexualité était par exemple totalement absente : « *Vie sexuelle, on en a plus depuis longtemps. Parce que bon c'est pareil, si vous voulez, euh, vie sexuelle, c'est quelqu'un qui pourrait, qui voudrait encore avoir une vie*

sexuelle. Il pourrait. Mais il peut rien donner aux autres. Vous voyez. Donc non, moi ça... C'est pas possible. Je veux dire, je peux pas encore me passer d'un échange. » (E5P5).

Plusieurs participantes ont également mentionné l'infidélité de leur conjoint : « *Ce que je savais pas c'est que monsieur me trompait déjà à ce moment-là. » (E10P1).*

4.4 Précarité

Certains témoignages rapportaient en outre une grande précarité, notamment au niveau du logement, et particulièrement après avoir quitté un conjoint violent. Plusieurs participantes ont dû avoir recours à des foyers d'urgence et l'une d'entre elle a dû vivre dans la rue : « *J'ai passé ma vie dans la rue aussi. Je devais faire la manche et tout. » (E8P4).*

Les capacités financières étaient aussi régulièrement une problématique, avec des comptes gérés par le conjoint, des dépenses importantes ou bien encore l'absence d'aides de l'Etat comme l'a remarqué cette ancienne serveuse et couturière : « *J'ai demandé des aides, ils veulent pas. » (E8P5).*

Plusieurs des participantes étaient sans emploi malgré leur recherche active : « *Mais je cherche, c'est vrai que c'est pas évident. Il faut le temps. » (E3P7).* Cette difficulté à l'emploi était parfois majorée par l'absence de possession du permis de conduire.

L'une des participantes raconte être en invalidité après plusieurs hospitalisations et ne pas se sentir capable de travailler à nouveau : « *D'abord, j'ai jamais retravaillé, après j'ai été mise en invalidité. » (E13P3).*

De plus, un des témoignages met en évidence la précarité liée au passé judiciaire avec notamment cette résidente en EHPAD qui raconte son vécu en prison pour meurtre de

l'un de ses ex-maris : « *Et je suis quand même là, dans mon passé judiciaire, j'ai quand même pris 11 ans de prison.* » (E8P2).

4.5 Maladie et handicap

Les entretiens ont fait ressortir une nette corrélation entre maladie et violences et/ou addictions, celle-ci pouvant en être le déclencheur.

Ainsi, cette patiente dépendante aux opiacés, raconte qu'elle a été abandonnée par son conjoint suite à la maladie, ce qui l'a fait replonger dans la drogue : « *Ben j'ai fait 3 AVC. Et lui il pensait que je serais restée parce que je pouvais plus marcher, j'étais dans un fauteuil roulant, et il pensait que je resterais comme ça et que je serais une charge, et du coup il est parti.* » (E13P2) ; « *Et après ben je sais pas pourquoi, j'ai été attirée par ces drogues.* » (E13P3).

L'errance diagnostique et la peur de la maladie grave, incurable, ont également favorisé pour cette autre patiente l'addiction aux antalgiques : « *On m'a diagnostiqué un cancer du sein avec une métastase. J'avais une tumeur à la jambe. Donc pendant un an, on m'a fait scanner, enfin tous les examens, biopsies et tout le bazar, pour trouver l'origine du cancer. [...] Donc là, cette période pour tenir, ben comme j'avais eu des antidouleurs, car j'étais vraiment dans la peau d'une cancéreuse puisque j'avais perdu du poids et mal partout.* » (E1P7).

L'une des participantes avait par ailleurs une mesure de protection du fait de ses facultés cognitives pour aider à la gestion de ses finances.

La maladie et le handicap ne sont pas l'apanage des seules victimes de violences conjugales et on les retrouve également fréquemment chez les auteurs. Ainsi, cette

participante raconte que son mari est atteint de la maladie de Parkinson et de troubles du rythme cardiaque et qu'elle endosse le rôle d'une infirmière : « *Bon, il se voit diminuer, je comprends, c'est pas facile. C'est moi qui... Je pense aux médicaments, je lui donne les médicaments. Y a des jours ça va. Il dit "ah t'es comme ma mère, tu t'occupes de moi".* » (E4P6). Une autre encore rapporte que le handicap de son conjoint a conduit à un syndrome dépressif : « *C'est un travailleur handicapé. Il a eu des gros problèmes de dos qui l'ont empêché de continuer son métier, il était dans le bâtiment. Et il a eu, ça pas aidé, dépression, et perte de confiance en lui et puis plus de travail.* » (E9P4). Pour ce participant de 79 ans, ce sont les troubles de vision de sa femme qui ont favorisé le développement des violences. Quant à cette femme mariée qui a accompagné son mari tout au long de sa maladie génétique, le handicap a rongé son couple : « *Mais c'est toujours parce que je cède, parce que si vous voulez, lui c'est le néant. Actuellement, ça devient le néant. C'est quelqu'un qui ne parle plus, qui a toujours mal quelque part. On ne peut pas avoir... C'est pas une vie normale quoi je veux dire. C'est une vie qui vous fait péter les plombs.* » (E5P5).

4.6 Comorbidités psychiatriques

Les victimes de violences conjugales ont fait mention de plusieurs troubles psychiatriques co-existants.

Par exemple, cette femme de 54 ans rapporte un syndrome dépressif et des tentatives de suicide dès l'adolescence : « *Ouais, les envies de mourir sont arrivées assez tôt. Et ma première tentative de suicide, je devais avoir 14 ans. J'avais avalé toutes les pilules qu'il y avait dans l'armoire.* » (E1P5). On retrouve également des antécédents de dépression et de suicide dans l'entourage des victimes, en particulier chez leurs enfants.

Les troubles du comportement alimentaire sont aussi fréquents : pour une des participantes il s'agit de l'anorexie : « A 16 ans, ça a été la période d'anorexie. Pour moi, c'était une grève de la faim pour montrer que ça allait pas. » (E1P1) quand pour une autre il était davantage question de boulimie, considérée par cette dernière comme une addiction.

Une des participantes a émis des doutes sur une éventuelle pathologie psychiatrique à type de troubles bipolaires chez son conjoint : « Moi je pense qu'il est bipolaire, il s'est jamais fait soigner ni quoi que ce soit mais on va avoir des semaines entières à rester sur le canapé et puis d'autres semaines à payer des voyages à l'autre bout du monde. » (E9P2).

5. Liens entre addictions et violences conjugales

La plupart des participants retrouvent bien un lien entre leurs addictions et les violences conjugales qu'ils ont subies. Il s'agit bien souvent d'un cercle vicieux où les deux s'entremêlent.

A contrario, l'une des participantes estime ne pas voir de lien entre l'addiction et les violences conjugales : « Ben entre mes addictions et les violences, non. Il y a pas de lien. » (E10P3). Ce résultat est toutefois à pondérer car cette dernière concède plus loin dans l'entretien que les violences ont eu pour conséquences une augmentation de ses consommations et que les addictions de son conjoint favorisaient les épisodes de violences.

5.1 L'addiction comme facteur précipitant des violences conjugales

Les violences conjugales étaient dans certains cas une conséquence directe de l'addiction.

Ainsi, l'une des participantes raconte que son mari est devenu violent lorsqu'il s'est rendu compte de son addiction à l'alcool : « Parce que pour vous dire, c'est de là qu'est venue la

violence après. C'est que mon mari quand il a compris, parce que pendant des années il a pas compris que je buvais un petit peu, c'était pas tous les jours, vous voyez c'était... Voilà c'était... Bon. Et puis voilà. Et quand il s'en est rendu compte, il a été odieux. Il a été vraiment odieux. » (E5P3).

L'alcool était souvent un désinhibiteur et favorisait de cette manière l'apparition des violences, quelle que soit leur forme : « *Des fois quand je buvais, je disais plus ce que je pensais, et c'est ça qui faisait le conflit je pense. » (E4P5).*

Près d'un quart des témoignages mettent en lumière que ce sont les addictions du conjoint violent, et notamment la consommation d'alcool, qui déclenchaient les violences : « *Ah oui, l'alcool c'est... A chaque fois qu'il y a eu des violences, à chaque fois il avait bu hein, à chaque fois. Pas une fois il y a eu des violences et qu'il avait pas bu, qu'il était net. » (E10P4).*

Dans d'autres cas, c'est le sevrage du conjoint qui exposait aux violences : « *C'est plus ouais, quand il est en manque, qu'on le ressent. » (E9P5).*

5.2 Les violences conjugales comme facteur précipitant de l'addiction

A l'inverse, les participants ont parfois trouvé une échappatoire dans la consommation, en réponse aux violences subies, comme le raconte cette femme de 60 ans en instance de divorce : « *J'avais trouvé l'échappatoire dans la bouteille. » (E2P2).*

La drogue était ainsi dans certains cas un moyen de se préserver, de se protéger : « *Je dis toujours que ouais, la drogue, ça m'a sauvé la vie. Parce qu'il faut trouver absolument quelque chose pour tenir, parce que c'est hyper fatiguant, surtout quand j'étais petite, de jouer la comédie. » (E1P4).*

Si l'addiction était parfois déjà préexistante aux violences conjugales, les violences augmentaient alors la quantité et la fréquence des consommations chez plusieurs des participantes : « *Et puis, le moindre stress, dès que je l'avais au téléphone, dès que je le vois j'angoisse, j'ai le cœur qui palpite, j'ai des sueurs. Donc cigarette, cigarette, cigarette, beaucoup. Alors que je suis à 4-5 cigarettes par jour, là j'étais à presque un paquet par jour.* » (E9P3).

5.3 Effets recherchés lors de l'usage

Pour de nombreuses participantes, l'un des principaux effets recherchés lors de la consommation est l'oubli des violences : « *La seule chose que ça m'apportait, et c'est bien le problème, c'est ce que ça m'apportait l'oubli. L'oubli de la situation actuelle.* » (E5P3), même momentanément : « *Le cannabis, ça a tendance à faire oublier quand on a des problèmes. On les retrouve après, mais au moins pendant une demi-heure, une heure, ben on y pense plus. Et ça évite de les affronter.* » (E9P4).

La prise de la substance était parfois par anticipation des violences, pour pouvoir les supporter : « *Le soir, quand je savais que j'allais passer à la casserole, c'était la bouteille de rhum, je m'enfile vite un ou deux verres pour anesthésier quoi.* » (E1P6).

Le but était également de vaincre les insomnies et de pouvoir réussir à dormir : « *Pour dire que je m'endors et que je m'endors pendant 2 jours pour rien voir.* » (E8P6).

L'une des participantes trouvait dans les antalgiques opiacés un moyen d'endormir des pulsions de mort.

Pour cette participante, la consommation de cannabis lui procurait du réconfort : « *Le côté déstressant direct en fait, apaisant instantané.* » (E9P4). Pour d'autres, c'est le sentiment de

plaisir qui primait : « *Voilà euphorique, j'étais bien et tout.* » (E4P5), qui permettait une exaltation de l'humeur : « *Ça remontait l'humeur.* » (E1P1).

La prise d'alcool était aussi parfois en réponse à une timidité excessive, afin de se désinhiber : « *Ça me permettait de parler, d'être plus à l'aise.* » (E2P2). Il s'agissait d'autres fois d'un moyen pour contrer l'ennui : « *que... Je m'ennuyais. J'étais toute seule, j'avais besoin de... Je sais pas...* » (E3P7).

La consommation permettait dans certaines situations de se sentir plus fort : « *Et quelques fois ça me donnait même de la force, parce que, y avait des jours où j'avais pas envie de rien faire. Et en fait ça m'a donné des fois de l'ENERGIE à revendre cet alcool.* » (E5P3).

Pour cette participante ayant connu des violences intra-familiales multiples, les addictions étaient une façon de tenir le coup : « *C'était de tenir. Surtout quand j'étais jeune. C'était : TENIR. C'était pour montrer que tout va pas si mal. C'était le seul moyen de tenir le coup.* » (E1P8). Il s'agissait d'un moyen de survie : « *Ouais les addictions pour tenir le choc. Pour pas se tirer une balle dans la tête. Je dis toujours que ouais, la drogue, ça m'a sauvé la vie.* » (E1P4).

Il s'agissait également pour elle de pouvoir faire une pause : « *C'est un suicide non légal. Ça permet de disparaître un certain temps et pouvoir revenir après. [...] Pour moi c'était un day off, une journée de repos. Au lieu de mourir, parce que des fois j'avais tellement envie de mourir que c'était ma solution, ça me permettait de "mourir", prendre une journée.* » (E1P2).

Pour d'autres encore, la prise de substance permettait de s'évader et de sortir des violences un instant : « *C'était pour sortir un peu de... De ça. D'avoir l'impression d'être mieux.* » (E4P5).

C'était parfois une manière d'attirer l'attention du conjoint : « *pour qu'il s'occupe de moi* » (E2P3).

Pour cette femme de 54 ans aux nombreuses addictions, il était rassurant d'avoir toujours à porter de main de quoi mettre fin à ses jours si les violences devenaient insoutenables : « *J'avais même dans mon sac ma dose létale. Si demain ça va pas, ça empire, j'ai de quoi mourir.* » (E1P8).

Enfin, pour cette participante, la consommation d'alcool était au moindre prétexte : « *J'avais une bonne nouvelle, fallait que je boive, j'avais une mauvaise nouvelle, fallait que je boive, j'étais contente, voilà fallait que je boive. Et puis après c'était tout le temps.* » (E3P7).

6. Place du médecin généraliste

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, le médecin généraliste est en première ligne face au repérage et à la prise en charge des addictions et des violences conjugales.

De quelles façons et par qui ces problématiques sont-elles abordées en consultation ?

Quels sont les freins et les attentes des patients concernés ?

6.1 Aborder la problématique

Les violences conjugales comme les addictions ne sont pas toujours abordées en consultation malgré les recommandations de dépistage. Plus d'un tiers des patients interrogés n'avaient jamais abordé ces sujets avec leur médecin traitant comme le rapporte cette femme victime de VC et dépendante au cannabis : « *Addictions j'ai jamais développé avec mon médecin traitant. Ben... Ça va être un peu pareil que les violences, j'en ai jamais vraiment parlé.* » (E10P5).

Lorsque le sujet était abordé en consultation, il l'était dans une majorité écrasante des cas à l'initiative du patient, tout particulièrement à propos des addictions quand la décision d'arrêter était prise : « *J'ai dit "maintenant, fini les bêtises, j'appelle le médecin traitant pour me faire entrer en clinique pour les addictions".* » (E3P7). Dans certains cas, il s'agissait de questionnements sur la consommation sans parler de but en blanc d'addiction : « *Je lui avais posé la question, si c'était normal que je buvais au moins un verre tous les jours. Du moment que c'est un verre tous les jours, c'est pas trop grave. Mais bon, j'avais pas tout dit non plus. Voilà.* » (E10P6).

Pour trois des participants interrogés, c'est un proche qui les a poussés à discuter du sujet des addictions avec leur médecin traitant : « *Et à un moment c'est tombé sur le téléphone de mon mari. Un code, je sais plus trop quoi. Il me dit "tu fais quoi là ?". Je lui avoue tout. Et il me dit "on va aller voir le médecin... On va y aller tous les deux".* » (E1P9).

Le sujet des violences conjugales était plus rarement traité en consultation.

Selon les témoignages, un seul médecin généraliste a ouvertement évoqué les addictions, à partir de résultats d'un bilan sanguin : « *Et j'ai dû prendre un nouveau médecin et, au vu de mes analyses de sang, elle a commencé à poser des questions.* » (E12P4).

Une grande majorité des participants interrogés étaient en faveur d'un dépistage systématique des addictions et des violences conjugales : « *Elle aurait posé la question j'aurais dit oui. Moi on m'a jamais posé la question. Donc je lui en ai jamais parlé.* » (E3P9). Ainsi, pour ces patients, il s'agit de laisser la porte ouverte pour aborder le sujet immédiatement ou y revenir plus tard à l'occasion d'une autre consultation : « *Après peu importe comment c'est pris, c'est vrai que s'il avait posé la question, j'aurais peut-être pu y réfléchir après, ça aurait peut-être pu... Ouais ça peut être bien que lui en parle en premier,*

ça peut inciter peut-être des femmes à en parler de suite ou à y réfléchir et à en reparler plus tard. » (E10P6).

A l'inverse, deux des participants interrogés n'étaient pas en faveur d'un dépistage, comme pour cette patiente : *« Moi je pense que... Euh non, je crois pas. Je pense que j'aurais eu encore plus honte. Je pense que le fait d'en parler moi-même c'était tout à fait sincère et je pense que si c'est lui qui m'en avait parlé, j'aurais eu honte quoi. » (E5P7).*

Quand on interroge les patients sur la façon d'aborder ces problématiques lors de la consultation, plusieurs idées ressortent. D'abord, il ne faut pas aborder le sujet frontalement pour ne pas brusquer la victime : *« Ah ouais si c'est frontal, ça sera "ah non". Le premier réflexe c'est "ah non". Parce qu'on nous apprend à... Que... Si t'as un bleu au genou, comment tu t'es fait ça. Si c'est frontal, c'est "non non, il y a jamais rien eu". On nous apprend comme ça. A préserver l'image de la famille. Parce que c'est une vitrine et il ne faut pas l'abîmer, la salir. » (E1P11).*

Pour l'une des participantes, poser des questions ouvertes telles que *« qu'est-ce qui ne va pas ? »* est une bonne forme d'approche. Cette simple question a désespérément été attendue auprès des professionnels de santé qu'elle a rencontrés : *« Et euh... Qu'il me pose cette putain de question. Qu'est-ce qui ne va pas ? Et me raconte pas des conneries que tu sers aux autres. » (E1P10).*

En cas de signes d'alerte, comme des hématomes ou des plaies, il est primordial d'oser poser la question. Cette patiente victime de violences conjugales regrette que son médecin généraliste ne l'ait jamais fait : *« Et j'y suis allée souvent avec des bleus, avec... » (E13P5).*

L'environnement du cabinet et de la salle d'attente doit également être adapté pour mettre la patientèle en confiance, au moyen d'affichages sur ces sujets ou de questionnaires à remplir durant le temps d'attente comme le propose cette participante à l'étude : « *Peut-être des petits questionnaires, de temps en temps, quand on attend dans les salles d'attente, des fois peut-être juste nous mettre des questionnaires et nous dire est-ce qu'il y a ça, ça, ça.* » (E9P7).

Dans tous les cas, il faut assurer le patient du respect du secret médical pour établir une relation de confiance comme le mentionne cette patiente : « *Non je suis pas fermée non, mais après c'est juste je pense qu'on a besoin d'être rassurées comme quoi ça va bien rester dans le cabinet, dans le secret médical. Que ça va pas être dévoilé à droite à gauche. Je pense que ça c'est vraiment super important.* » (E10P6).

6.2 Freins au dépistage

Pour une grande partie des patients interrogés, la honte de la situation était souvent un frein pour aborder ces problématiques avec leur médecin traitant : « *Parce que j'étais super honteuse, alors là. [...] Avec mon médecin traitant en plus, je l'aime bien et tout, mais j'osais pas me montrer sous un jour aussi minable quoi.* » (E1P9).

Pour une autre patiente, c'est le sentiment de culpabilité qui l'empêchait de parler de ces sujets : « *Non, parce que bon... Je pense que... Y avait des fois, je me disais que c'était de ma faute un peu. Comme je buvais et tout.* » (E4P6).

La crainte de la divulgation, et des conséquences sociales et judiciaires qui peuvent par la suite survenir sont également une des raisons du silence de cette mère de quatre enfants : « *Pourquoi on en parle pas, parce qu'il y a des conséquences qui sont dramatiques, et pour peu.* » (E10P5).

Pour plusieurs participants, ce n'est tout simplement pas le rôle du médecin traitant de les accompagner dans ces problématiques : « *Non parce que... C'est un médecin donc euh... C'est pas trop à elle d'en parler quoi.* » (E3P9). Beaucoup ne connaissent pas les compétences du médecin généraliste dans ces sujets et cherchent davantage l'écoute auprès de psychologues. Ainsi, certains patients pensent que le médecin n'est là que pour prescrire des médicaments : « *Ben, moi c'est pas un frein, puisque je suis d'accord de parler. Tous les médecins que je vois, je leur parle de mon enfance et tout. Mais, je sais pas à quoi ils servent, qu'à me donner que des cachets, et pour moi ces cachets-là me suffisent pas.* » (E8P11).

Par ailleurs, la perspective du « médecin de famille », prenant également en charge le conjoint violent, a pu être un frein pour plusieurs patientes : « *Ben... Je me trouvais un peu bête, c'est que ce qu'il y a c'est que le médecin où je vais, il est connu de la famille donc euh... C'est... Tout un schmilblick quoi.* » (E7P7).

La relation médecin-patient est au centre de ces sujets et a souvent été mise en cause par les participants. D'abord, on note un sentiment d'abandon : « *Personne ne me croit.* » (E2P2) mais aussi un manque d'écoute de la part du médecin : « *Ben je lui ai expliqué que ça se passait mal, mais il a pas cherché à approfondir.* » (E9P6). Parfois, il s'agit d'un manque de considération de la maladie qui conduit à un défaut de prise en charge : « *Je trouve que, bien souvent, on dit "boh ben si c'est que un petit joint de temps en temps... le cannabis c'est pas bien grave". Voilà, le discours de drogue douce...* » (E9P6). Cette même patiente déplore l'absence de suivi : « *Et jamais il m'a redemandé de nouvelles, où j'en étais dans l'arrêt.* » (E9P2).

Le rythme des consultations, ne laissant pas la place à la confiance, a également été pointé du doigt : « *Parce que on rentre, on sait qu'ils sont pressés, qu'ils ont déjà du retard. "Bon alors vous avez quoi aujourd'hui ? Bon, je viens vous ausculter." Hop, hop, un quart d'heure, et c'est fini. On a pas le temps d'approfondir les choses.* » (E9P7).

Les cabinets de groupe où les médecins généralistes n'ont pas de patientèle propre ne poussent pas non plus à se confier comme le rapporte cette patiente : « *Ben j'ai jamais les mêmes médecins. C'est jamais les mêmes.* » (E8P9).

Les déserts médicaux et la difficulté à trouver un médecin traitant étaient un obstacle majeur pour cette patiente vivant en zone rurale : « *Y a plus rien. Rien du tout. C'est mort. Ben non mais c'est... C'est vrai. Faut pas être malade quoi. Donc euh... Le jour où je suis malade, je sais pas où je vais aller quoi. J'ai pas de médecin.* » (E3P10).

6.3 Attentes des patients

Les patients cherchent avant tout une écoute et un soutien auprès de leur médecin traitant : « *Peut-être d'avoir un médecin, c'est quelqu'un d'important pour nous quoi, qui nous soutient, qui nous écoute, peut-être que ça aurait pu me faire changer d'avis à un moment où, j'aurais peut-être pu le quitter plus tôt, j'aurais peut-être pu je sais pas.* » (E10P6). Ils attendent de leur médecin qu'il creuse et leur pose davantage de questions tout en restant disponible : « *D'écoute mais, que lui il aille chercher... Parce que je vais pas forcément aller me confier si on me pose pas la question. J'ai l'impression qu'ils sont débordés et qu'on les embête.* » (E9P7). Ce serait pour certains un véritable soulagement de pouvoir aborder ces sujets : « *De pouvoir parler, de vider mon sac.* » (E7P8).

Ils attendent du médecin généraliste qu'il les aide à comprendre leurs troubles : « *Ben qu'il m'aide un peu à comprendre ma vie. Qu'il m'aide à aller mieux.* » (E8P11). Pour cela,

une des participantes précise qu'expliquer les troubles somatiques, réassurer et donner des conseils l'ont beaucoup aidée dans sa démarche : « *Elle m'explique aussi, comment le cerveau fonctionne. Par exemple, il y a des moments où j'ai l'impression de pas bien dormir et je fais des rêves, bon en ce moment, ils sont bons, et elle me dit : "Le sommeil réparateur, c'est celui où on fait des rêves". Alors je suis rassurée. Et à un moment, j'avais tout le temps la diarrhée, la nausée, tout ça. Alors elle m'explique que c'est le corps qui déraile et tout, parce que y'a un trop trop trop. Que c'est passager, que ça va revenir à la normale après. Donc elle m'explique tout ça... Moi ça me rassure.* » (E1P10).

Pour cette patiente, la relation de confiance est primordiale et donne un cadre de sécurité : « *Ah ben heureusement que je l'ai ! Ah ouais, parce que si je sais que j'ai un coup dur, un truc qui va pas, machin... Que je peux aller la voir. Déjà, bon j'y vais toutes les semaines donc quelque part c'est sécuritaire. Ça me permet d'avoir un cadre, ouais, très sécuritaire. Et que si à un moment, je me chie dessus, je sais que je peux venir.* » (E1P10).

Le médecin traitant étant de par sa position un professionnel vu de façon régulière, il semble être l'interlocuteur privilégié : « *C'est quelqu'un d'extérieur qu'on est, comment dire, pas obligé de voir mais c'est vrai que c'est le médecin traitant, c'est quelqu'un qu'on voit régulièrement. C'est pas comme si nous-mêmes on allait prendre rendez-vous chez un psychologue pour en parler. Donc là c'est quelqu'un qu'on voit régulièrement, donc on peut en parler "régulièrement".* » (E10P6).

Les patients attendent également du médecin généraliste son expertise médicamenteuse, en prescrivant les bons traitements et en expliquant leur effet : « *Et... Comme ici, je prends, je sais pas, presque une vingtaine de cachets, je sais pas à quoi ça sert*

exactement ici, parce qu'ici c'est pas pareil qu'à la maison. Et je sais pas, ça fait longtemps que je prends des cachets et je sais pas à quoi ils servent. » (E8P11).

Ils espèrent aussi pouvoir être bien orientés vers la structure ou le spécialiste adapté : « *Et qu'on m'aiguille sur quel organisme aller voir. Alors que c'est Google qui m'a aidée. » (E9P6).*

De façon non surprenante, un grand nombre des participants ont souligné qu'ils ne voyaient pas de quelle manière le médecin traitant pouvait leur venir en aide dans la prise en charge des addictions ou des violences conjugales, par méconnaissance de son rôle : « *Je sais pas ce qu'il peut m'apporter. J'ai toujours ça dans la tête de toute façon. » (E6P8).*

DISCUSSION

1. Forces de l'étude

Cette étude porte sur un sujet d'actualité, comme le prouvent la tenue du Grenelle contre les violences conjugales lancé le 3 septembre 2019 et le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. De plus, il est apparu que les confinements liés à la pandémie COVID-19 avaient favorisé l'accroissement des violences conjugales, comme le précise l'Académie nationale de médecine dans son communiqué du 18 septembre 2020 avec une progression de 30% lors du premier confinement (17). L'ANPAA souligne également l'impact sur les conduites addictives, que ce soit dans les consommations ou les pratiques d'accompagnement et de soins, dans sa revue *Décryptages* (18).

Il s'agit d'un sujet sociétal, touchant toutes les catégories de population, avec des conséquences sanitaires lourdes et l'apport des professionnels de santé, avec le médecin généraliste au centre de la prise en charge, est essentiel.

On retrouve dans la littérature de nombreuses études concernant le dépistage, tant des addictions que des violences interpersonnelles, mais très peu se concentrent sur les liens entre ces deux problématiques et aucune sur la nature des déterminants de ces liens. Cette étude est donc un sujet original et innovant. La connaissance de ces facteurs améliorerait ainsi grandement la prise en charge des patients concernés par leur médecin.

La méthode qualitative était un outil pertinent dans cette étude, permettant de mettre en évidence les ressentis et les attentes des participants. Les entretiens individuels étaient également un choix approprié, laissant la possibilité aux participants de se livrer en toute intimité sur des sujets d'abord délicat. Cette libre expression a permis de recueillir des données nouvelles et inattendues.

L'échantillon était nuancé, avec des participants âgés de 36 à 79 ans et des critères de diversité variés, tant d'un point de vue social que géographique. Un des points forts de l'échantillon est la présence d'un homme victime de violences conjugales où le sujet est encore tabou.

L'atteinte de la saturation des données a permis de renforcer la validité externe de l'étude.

Enfin, l'investigatrice était une interne en médecine générale, dont la pratique présente et future concerne la prise en charge de ces situations.

2. Limites de l'étude

L'étude a été menée par la seule investigatrice, que ce soit lors de la réalisation des entretiens, de la retranscription ou de l'analyse des données. Ainsi, on retrouve un biais d'intervention lors de la conduction des entretiens, l'investigatrice ayant pu influencer les réponses des participants par ses questions et son attitude non-verbale. De plus, l'absence de triangulation des données conduit à un biais d'interprétation et diminue la validité interne de l'étude.

Comme pour toute étude basée sur le volontariat, on note un biais de volontariat : la population recrutée ayant accepté de participer à l'étude concerne des patients consentant volontiers à parler des violences conjugales subies ou de leurs addictions, sujets difficilement abordables en population générale.

Enfin, les retranscriptions des entretiens ont été transmises aux participants qui le souhaitent mais aucun retour n'a été émis, ce qui diminue également la validité interne de l'étude.

3. Analyse des résultats

3.1 Etat des lieux des addictions et des violences conjugales

L'étude a mis en évidence une forte prédominance d'addiction à l'alcool et au tabac, ce qui est cohérent avec les données épidémiologiques connues : on retrouve dans la population adulte en 2019, 3,4 millions de personnes qui ont une consommation à risque d'alcool et 14 millions de fumeurs quotidien (19). On note également dans l'étude de nombreux consommateurs de cannabis, estimés à 1,5 millions de consommateurs réguliers en 2019 (19). Le mésusage médicamenteux est aussi un réel problème de santé publique : la France est le deuxième prescripteur européen de médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés) avec une durée moyenne de prescription de 7 mois (20). De même, en 2015, 10 millions de personnes ont bénéficié d'un remboursement d'un antalgique opioïde (20).

Les participants ont rapporté des conséquences durables et significatives, qu'elles soient sociales (isolement, difficultés financières, placement des enfants, suites judiciaires) ou médicales se surajoutant au processus addictif lui-même.

Les entretiens ont en outre mis en exergue la notion d'addiction chez l'auteur des violences conjugales, et tout particulièrement à l'alcool, ce qui a été démontré dans de nombreuses autres études de longue date : Hilberman et Munson retrouvaient par exemple dès 1977 que 93% des auteurs de violences conjugales étaient alcooliques (21). Une autre étude a établi que la cocaïne était la drogue illicite ayant le lien le plus fort avec les violences conjugales, quelle que soit leur forme (7).

De plus, les femmes ayant une consommation chronique d'alcool sont plus souvent en couple avec des hommes présentant également une addiction à l'alcool (22).

Tous les types de violences conjugales ont été largement représentés dans l'étude, avec une prépondérance des violences psychologiques, mais tout comme l'étude ENVEFF le souligne, il apparaît peu pertinent de distinguer ces différentes formes d'agressions tant elles s'entrecroisent (3).

Les entretiens ont par ailleurs fait ressortir un sur-risque d'être victime de violences conjugales lors de la grossesse et de la période péri-natale, ce qui est confirmé par la HAS dans ses dernières recommandations (1).

De la même manière, un antécédent de maltraitance ou d'exposition aux violences conjugales durant l'enfance a été rapporté comme un facteur associé à la probabilité qu'une femme soit victime de violences conjugales (1), comme cela a été le cas dans cette étude. Ainsi, dans une recherche datant du début des années 2000, il a été montré que les hommes et les femmes qui avaient été victimes de maltraitance infantile étaient plus à risque de re-victimisation à l'âge adulte, que ce soit dans le cadre de violences conjugales ou en dehors (23). Il semblerait néanmoins que tout antécédent de violences inter-personnelles favorise la re-victimisation.

De plus, on note une forte intrication entre auteurs et victimes de violences conjugales, ce qui a également été décrit dans l'étude de faisabilité de l'étude ViA-MG qui retrouvait que 55,56% des victimes de VC déclaraient être auteurs de VC et 71,43% des auteurs de VC déclaraient être victimes de VC (16).

D'autre part, pour les usagers de drogues, déposer plainte pour des faits de violences conjugales est souvent très compliqué : cette population se heurte souvent à une stigmatisation et l'on accorde peu de crédit à leur récit, quand on ne les juge tout simplement pas coupable et responsable des violences. Ainsi, les procédures aboutissent

rarement et ne sont parfois même pas instruites (8). Ce jugement est d'autant plus fort pour les femmes enceintes ou les mères et la menace d'un placement de ou des enfants est permanente.

3.2 Intrication entre addictions et violences conjugales

Le lien entre les addictions et les violences conjugales est riche et complexe : l'addiction est un déterminant d'exposition aux violences, et d'autre part les situations de violences entraînent un sur-risque de conduites addictives. Ainsi, une étude longitudinale de 2 ans a démontré que les femmes usagères de drogues avaient deux fois plus de risque de subir des violences conjugales (24). De la même manière, une recherche conduite dans une structure d'accueil a démontré que 68% des victimes de violences conjugales étaient à risque d'addiction (25). A noter, la prévalence des violences est plus grande chez les femmes usagères de drogues que chez les hommes (8).

Le lien de causalité n'est pas figé, et bien souvent, les victimes se retrouvent dans un cercle vicieux.

Le recours à l'usage de substances actives peut s'expliquer comme une stratégie pour gérer le psycho-traumatisme : il s'agit alors de parvenir à oublier les souvenirs qui surgissent sans prévenir et d'anesthésier les émotions.

Dans d'autre cas, les victimes de violences conjugales consomment des substances psycho-actives pour arriver à supporter les violences quotidiennes, et c'est le cas tout particulièrement dans le cadre d'addiction à l'alcool ou aux psychotropes qui atténuent ces situations et permettent de les tolérer.

Si tout le monde s'accorde à dire que le lien entre addiction et violence concerne tous les types de substances, c'est peut-être la nature du lien qui diffère selon les produits. Ainsi, de manière générale, les produits stimulants (cocaïne, crack, amphétamines) sont souvent associés à des conduites violentes et retrouvés chez les auteurs de violences conjugales, tout comme l'alcool qui a un versant désinhibiteur et accroît l'irritabilité (22). A l'inverse, les victimes de violences conjugales vont davantage se tourner vers les substances non illicites, comme les psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) pour chercher un apaisement (8) ou l'alcool et le cannabis qui ont un fort effet dissociant (26).

La temporalité du lien entre usage et violences reste encore peu définie et ce n'est pas toujours la consommation de la substance qui expose aux violences. Ainsi, le sevrage peut aussi être un déterminant des violences conjugales, ce qui explique pourquoi la consommation de cannabis est fortement liée aux agressions alors qu'elle est communément perçue comme une drogue apaisante (7).

Plusieurs modèles ont été mis en avant pour expliquer le lien entre addictions et violences conjugales.

Ainsi, Goldstein a mis au point un cadre conceptuel tripartite en 1985 (27) :

- Les effets psychopharmacologiques des drogues augmentent l'excitabilité et l'irritabilité menant à l'agression ;
- Les violences surviennent dans le cadre d'achat de drogue et dans un contexte criminel ;
- Les violences sont inhérentes au trafic de drogues.

Un autre modèle est celui de la déviance : cette théorie explique que l'usage ne causerait pas la violence, et que la violence ne causerait pas l'usage mais qu'un individu enclin à un comportement déviant serait plus à risque d'être impliqué dans un autre comportement déviant sans qu'il n'y ait de lien de causalité direct entre les deux (28).

Enfin, le modèle bio-psycho-social propose que le risque d'agression dans un contexte de relation conflictuelle serait influencé par la conjonction de facteurs distaux et proximaux. Ainsi, ce modèle reconnaît l'existence d'autres déterminants que le seul effet pharmacologique des drogues (29).

3.3 Autres déterminants significatifs

Les différentes études montrent qu'il n'y a pas de « profil type » mais plutôt des configurations situationnelles ou conjoncturelles qui engendrent des violences et/ou l'addiction. Ceci est en accord avec le résultat des entretiens qui met en exergue ces parcours de vie singuliers.

Parmi ces déterminants, un vécu difficile pendant l'enfance, tel que les privations, les mesures d'assistance éducative, les placements, les conflits avec ou entre les parents, est un facteur de risque majeur de violences conjugales à l'âge adulte. En effet, selon l'étude ENVEFF, plus d'un quart des femmes ayant vécu ces difficultés durant l'enfance sont victimes de violences conjugales (3).

L'histoire de vie du couple et notamment les facteurs relationnels, comme l'existence de relations extra-conjugales ou l'absence de sexualité peuvent mener aux violences (30).

La précarité est également un facteur aggravant : ainsi, toujours selon l'étude ENVEFF, l'instabilité professionnelle, d'autant plus masculine, favorise l'émergence des violences. Toutefois, ce n'est pas tant le revenu mais la dépendance financière qui importe (3). Les

conduites addictives sont également marquées par les inégalités sociales : le niveau socio-professionnel bas ainsi que les expériences de vie négatives augmentent le risque de comportements de santé néfastes (31).

La banalisation de la violence dans les milieux de toxicomanie, perçue comme normale et courante, est également un déterminant de la violence (8).

Selon la HAS, le handicap et les maladies chroniques sont des facteurs de vulnérabilité aux violences conjugales (1) et à risque de mésusage des substances licites (alcool, tabac, médicament psychotrope) et des écrans (31). Si le handicap est à fort risque de victimisation (32), aucune étude n'a prouvé qu'il était de surcroît un facteur de risque de perpétration comme le suggère notre étude.

Enfin, les comorbidités psychiatriques ont régulièrement été démontrées comme étant un facteur augmentant l'exposition aux violences : le syndrome dépressif est d'ailleurs la pathologie psychiatrique la plus retrouvée chez les victimes de violences conjugales. Les tentatives de suicide et les troubles des conduites alimentaires (anorexie ou boulimie) sont également plus fréquents dans cette population. En outre, les violences ont elles-mêmes des répercussions sur la santé mentale (majoration des troubles, dépression, stress post-traumatique) (33). Les troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de la personnalité, troubles du comportement alimentaire et déficit de l'attention) sont également associés à la polyconsommation (34).

La dégradation de l'estime de soi, que l'on retrouve fortement chez les victimes de violences conjugales et usagers de drogues, accroît ce processus de re-victimisation particulièrement difficile à déconstruire (8).

3.4 Défaut d'implication des médecins généralistes

L'étude montre qu'une écrasante majorité des participants n'ont jamais abordé ces problématiques avec leur médecin généraliste, ou dans de rares cas il s'agissait de leur propre initiative. Ceci est concordant avec le résultat d'autres études : selon l'étude de Raphaëlle Bonneau, moins de 10% des patients ont été interrogés sur leurs antécédents de violences interpersonnelles (35). Pourtant, les patients sont pour la plupart en faveur d'un dépistage systématique.

Les freins identifiés au dépistage pour les patients relèvent à la fois de leurs propres représentations et du médecin généraliste :

- Le peur, la honte et le sentiment de culpabilité empêchent les patients de se livrer ;
- La méconnaissance du rôle du médecin généraliste et du secret médical sont des obstacles conséquents ;
- Le fait d'être également le médecin du conjoint favorise le silence des victimes ;
- La pauvreté de la relation médecin-patient n'encourage pas les patients à se confier.

Ces freins ont été retrouvés à de nombreuses reprises dans la littérature (36).

Cependant, plusieurs travaux ont également décrit les difficultés du médecin généraliste au repérage et à la prise en charge tant des violences conjugales (37) que des addictions (12) et ont mis en évidence des freins similaires : déni du patient, représentations des victimes de VC ou des usagers de drogues, sentiment d'impuissance, manque de temps, de formation et d'outils, etc.

Les attentes des patients sont plurielles et concordent avec les données retrouvées dans des thèses récentes (38,39) : il s'agit principalement d'écoute, de soutien et d'empathie dans le cadre d'une relation de confiance, mais aussi d'information et d'orientation adaptées.

3.5 Perspectives et axes d'amélioration

Victimisation et perpétration dans le cadre des violences conjugales semblent être particulièrement intriquées et des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de mieux caractériser ce lien. Il convient ainsi de se détacher d'une prise en charge dichotomisée auteur/victime.

Les résultats de cette étude incitent à prendre davantage en compte les vulnérabilités psychiques et sociales ainsi que les expériences de vies négatives qui égrènent le parcours de vie des victimes de violences conjugales et/ou des individus présentant des addictions : maltraitance dans l'enfance, placement en foyer, précarité, expérience conjugale négative et comorbidités psychiatriques. Il serait notamment intéressant de conduire des études sur le lien entre handicap et perpétration des violences.

Malgré la mise en place de recommandations et d'outils faciles d'utilisation en pratique générale, des études récentes soulignent toujours la réticence des médecins au dépistage systématique (40). Des freins ont été identifiés : par exemple, les médecins généralistes déplorent le manque de formation concernant la prise en charge des addictions et des violences conjugales. Par conséquent, des formations initiales et continues sur ces problématiques se développent. D'ailleurs, l'étude d'Auslender (41) a démontré que les étudiants en médecine dépistaient plus facilement les violences s'ils avaient été formés aux violences conjugales. Il apparaît également important de renforcer le dispositif partenarial avec des formations pluri-disciplinaires (professionnels de santé, travailleurs sociaux, forces

de l'ordre, professionnels de la justice) pour mieux travailler ensemble afin de favoriser une prise en charge décloisonnée.

CONCLUSION

Addictions comme violences conjugales sont deux problématiques de Santé publique à forte morbi-mortalité qui présentent de fortes similarités. Leur lien est cependant complexe, tant au niveau de la temporalité que de leur mécanisme physiopathologique. En effet, les violences conjugales peuvent constituer un déterminant d'entrée ou de maintien dans l'addiction et réciproquement, l'addiction peut favoriser l'exposition aux violences ou être un facteur déclenchant de violences.

L'origine de la violence ou de l'addiction est multifactorielle. Ces déterminants reposent notamment sur les parcours de vies des individus : maltraitance infantile, difficultés dans la vie conjugale et la parentalité, précarité, handicap ou encore comorbidités psychiatriques.

La consommation chronique d'une substance peut être un moyen de supporter le traumatisme psychologique et les violences au quotidien.

Le médecin généraliste, qui est au cœur du parcours de santé de tout individu, pratique encore trop peu le dépistage dont les patients sont pourtant très demandeurs. C'est sur ce point que son rôle de prévention, de prise en charge globale et d'approche centrée sur le patient prend alors toute sa dimension.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,
Pierre CLAVELOU



La Présidente du Jury,
Catherine LAPORTE

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Laporte'.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. 2019;53.
2. OMS. La violence à l'encontre des femmes : violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes. nov 2013; Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Jaspard M, Saurel-Cubizolles M-J. Violences envers les femmes et effets sur la santé. Présentation de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes (ENVEFF). 2001;38.
4. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013.
5. Stöckl H, Heise L, Watts C. Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. *Soc Sci Health Illn*. 2011;33(5):694-709.
6. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. *Une revue de la littérature*. 2017;130.
7. Moore TM, Stuart GL, Meehan JC, Rhatigan DL, Hellmuth JC, Keen SM. Drug abuse and aggression between intimate partners: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. févr 2008;28(2). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17604891/>
8. Benoît T, Jauffret-Roustide M. Améliorer la prise en charge des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives. 2015.
9. Irons R, Schneider JP. When is domestic violence a hidden face of addiction? *J Psychoactive Drugs*. déc 1997;29(4):337-44.
10. DSM-V. Critères d'addiction à une substance. 2015.
11. Haut Conseil de la santé publique. Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable ». 2013.
12. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA. 2014.
13. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 9 janv 2013;346. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.e8501>

14. Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 avr 2007;(2):CD004148.
15. Binder P. Intervenir sur les addictions en médecine générale. Deuxième partie: les interventions possibles. *Exercer.* févr 2017;130:72-81.
16. Bretonnet J. Etude de faisabilité de l'étude ViA-MG : Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-De-Dôme et attentes vis-à-vis de la médecine générale. 2020.
17. Académie Nationale de Médecine. Impact de la pandémie de COVID-19 sur les violences domestiques. *Bull Académie Natl Médecine.* mars 2021;205(3):213-4.
18. Basset B, Rigaud A, Savy M. Covid-19 et addictions : L'impact du confinement. *Décryptages.* 16 avr 2020;(41).
19. MILDECA. Les consommations de substances psychoactives en population générale [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/chiffres-cles/en-population-generale>
20. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
21. Hilberman E, Munson K. Sixty battered women. *Victimology.* 1977;2(3-4):460-70.
22. Smith JW. Addiction medicine and domestic violence. *J Subst Abuse Treat.* déc 2000;19(4):329-38.
23. Desai S, Arias I, Thompson MP, Basile KC. Childhood Victimization and Subsequent Adult Revictimization Assessed in a Nationally Representative Sample of Women and Men. *Violence Vict.* déc 2002;17(6):639-53.
24. Kilpatrick DG, Acierno R, Resnick HS, Saunders BE, Best CL. A 2-Year Longitudinal Analysis of the Relationships Between Violent Assault and Substance Use in Women. :14.
25. Fowler D. The extent of substance use problems among women partner abuse survivors residing in a domestic violence shelter. *Fam Community Health.* mars 2007;30(1 Suppl):S106-108.
26. Salmons M. La mémoire traumatique en bref [Internet]. 2008. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/memoire-traumatique.html>

27. Goldstein J. The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *J Drug Issues*. 1985;14.
28. Harrison LD, Erickson PG, Adlaf E, Freeman C. The drugs-violence nexus among American and Canadian youth. *Subst Use Misuse*. janv 2001;36(14):2065-86.
29. Moore TM, Stuart GL. A review of the literature on marijuana and interpersonal violence. *Aggress Violent Behav*. janv 2005;10(2):171-92.
30. Université de Toulouse Jean-Jaurès, Centre de Criminologie et Sciences Humaines de Midi-Pyrénées, Laboratoire de Cliniques Psychopathologie et Interculturelle. Etude des dynamiques violentes conjugales et de la trajectoire de vie du couple auteur/victime de violence conjugale. 2017.
31. HAS. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages en ESSMS. 2020;17.
32. Breiding MJ, Armour BS. The association between disability and intimate partner violence in the United States. *Ann Epidemiol*. juin 2015;25(6):455-7.
33. Voyer M, Delbreil A, Senon J-L. Violences conjugales et troubles psychiatriques. *Inf Psychiatr*. 2014;90:10.
34. Assurance Maladie. Addiction : définition et facteurs favorisants. 2021.
35. Bonneau R. Acceptabilité d'un dépistage systématique des violences interpersonnelles en médecine générale. 2019.
36. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires?: quelles réponses peut-on apporter? Université de Lorraine; 2016.
37. Barroso-Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. *Médecine*. 10 déc 2014;10(9):423-8.
38. Riobé J. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste: étude AVIC-MG dans les départements des Bouches du Rhône, du Var, du Vaucluse, des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes. 2020.
39. Terrade P. Attentes des patients alcoolos dépendants vis à vis de leur médecin généraliste avant et après sevrage. Université de Poitiers; 2004.
40. Picatto C. Ressenti des médecins généralistes lors du dépistage systématique des violences conjugales à l'aide du questionnaire WAST. *Exercer*. sept 2021;(175):292-8.
41. Auslender V. Les violences faites aux femmes : enquête nationale auprès des étudiants en médecine. 2015.

Annexe I : Document explicatif remis aux participants

Etude : Lien entre addictions et victimes de violences conjugales

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à cette étude dans le but de cerner le lien entre les addictions et les victimes de violences conjugales, ainsi que de recueillir vos attentes envers le médecin généraliste afin d'améliorer nos pratiques.

Pour cela, si vous remplissez les critères d'inclusion de l'étude (addiction quelle qu'elle soit en dehors du tabac et victime de violences conjugales), nous vous proposons de participer à des entretiens individuels avec l'investigatrice de l'étude dans les locaux de votre structure de soins habituelle.

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

Votre participation à l'étude est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre terme à votre participation à n'importe quel moment de l'étude, sans encourir aucun préjudice de ce fait.

Les entretiens seront enregistrés avec votre accord, et anonymisés dès la retranscription.

Si à la suite de l'entretien, vous ressentez le besoin d'en parler, un professionnel se tient à votre disposition dans votre structure de soins habituelle, ou vous pouvez contacter la psychologue de l'unité de victimologie du CHU de Clermont-Ferrand au 04.73.75.49.00.

Investigateurs :

- *Charline DUMAS, interne en médecine générale*
- *Dr Sylvaine BŒUF-GIBOT, médecin généraliste*

Annexe II : Guide d'entretien

Grille d'entretien

Présentation du sujet et du but de l'étude

Présentation de l'investigateur

Rappel des règles éthiques :

- confidentialité et anonymat
- consentement préalable, libre et éclairé, de la personne interviewée
- possibilité d'entretien avec psychologue de victimologie (Marianne Manneville)

1. Données sociodémographiques :

- a. Genre
- b. Âge
- c. Situation maritale
- d. Enfant
- e. CSP
- f. Origine ethnique
- g. Lieu de vie

2. Avez-vous déjà subi des violences conjugales ?

- a. Comment décririez-vous ces violences ? (physique, psychologique, verbale, économique, sexuelle)
- b. Avez-vous déjà été responsable de violences conjugales ?

3. Quels produits ayant entraînés une addiction avez-vous déjà consommés ?

4. Lien entre addictions et violences conjugales :

- a. Quel est votre rapport avec la substance ?
- b. Comment avez-vous débuté votre consommation de cette substance ?
- c. Quel est le lien entre votre consommation et les violences conjugales ?
- d. Quel effet recherchez-vous ?
- e. Quelles conséquences associez-vous à votre consommation ?

5. Avez-vous déjà évoqué la problématique des addictions ou des violences conjugales avec votre médecin traitant ?

- a. Si oui, qui a été l'initiative ?
- b. Avez-vous apprécié / Aimeriez-vous que votre médecin traitant vous interroge à propos de ces problématiques ?
- c. Quelles sont vos attentes vis-à-vis du médecin généraliste à propos de l'addiction et des violences conjugales ?

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Exploration des liens entre addictions et victimes de violences conjugales : Réalisation d'une enquête qualitative dans l'Allier

Résumé :

CONTEXTE Addictions et violences conjugales présentent une forte morbi-mortalité et des similarités ont été mises en évidence. Toutefois, la nature de ce lien reste complexe et les déterminants mal connus. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur mais connaît des difficultés concernant le repérage et la prise en charge.

OBJECTIF L'objectif de cette étude est de caractériser la nature du lien entre addictions et victimes de violences conjugales afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

METHODE Une enquête qualitative par 13 entretiens individuels semi-dirigés a été conduite de mars à septembre 2021 dans le département Allier et une analyse thématique a été réalisée.

RESULTATS L'alcool était l'addiction prédominante, souvent concomitante à une consommation par l'auteur des VC, tandis que les différents types de violences s'entremêlaient. Les conséquences aux addictions et aux violences étaient significatives et durables. Les violences conjugales pouvaient constituer un déterminant d'entrée ou de maintien dans l'addiction et réciproquement, l'addiction pouvait être un facteur d'exposition aux violences. L'addiction était souvent un moyen de gérer le psychotrauma et les violences quotidiennes. Des facteurs prédisposants ont été identifiés : antécédent de maltraitance ou d'exposition aux violences durant l'enfance, vie conjugale et parentalité insatisfaisantes, précarité, handicap et comorbidités psychiatriques. Victimisation et perpétration semblaient être intriquées. Les participants avaient rarement abordé la problématique avec leur médecin traitant alors qu'ils étaient en recherche d'écoute et de soutien.

CONCLUSION Le lien de causalité entre addictions et violences conjugales n'est pas figé et la temporalité n'est pas à sens unique. Leur étiologie est multifactorielle et on note notamment en déterminant commun un parcours de vie difficile. Le médecin généraliste, dont l'approche centrée patient est au cœur de sa pratique, dépiste encore trop peu ces sujets malgré une forte demande des patients.

Mots-clés :

- Addiction
- Violence conjugale
- Médecine générale
- Substance psycho-active
- Dépistage
- Soins primaires