



**HAL**  
open science

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

► **To cite this version:**

Lydie Atger. Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-de-Dôme et attentes vis-à-vis des médecins généralistes. Étude ViA-MG. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03833217

**HAL Id: dumas-03833217**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03833217v1>**

Submitted on 28 Oct 2022

**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

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Madame ATGER Lydie

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 6 octobre 2022

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

Directrice de thèse : Madame VICARD-OLAGNE Mathilde, Docteur, Maître de Conférences associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

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

Membres du jury : Madame ROUGE Laure, Docteur, Maître de Conférences associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame MANNEVILLE Marianne, Psychologue clinicienne, unité de Victimologie adulte, CHU de Clermont-Ferrand

Madame MIELE Cécile, Psychologue sexologue, CRIAVS Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Madame ATGER Lydie

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 6 octobre 2022

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

Directrice de thèse : Madame VICARD-OLAGNE Mathilde, Docteur, Maitre de Conférences associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

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

Membres du jury : Madame ROUGE Laure, Docteur, Maitre de Conférences associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame MANNEVILLE Marianne, Psychologue clinicienne, unité de Victimologie adulte, CHU de Clermont-Ferrand

Madame MIELE Cécile, Psychologue sexologue, CRIAVS Auvergne, CHU 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 - CHAMOIX 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.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
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	Ophthalmologie
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

## 2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. 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

### 1ère 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. CHENAF 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

A Monsieur le **Professeur Georges BROUSSE**, je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury et de votre aide précieuse dans la mise en place de l'étude ViA-MG. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame **Marianne MANNEVILLE**, je suis ravie de recevoir votre point de vue. Merci de votre aide précieuse et de votre implication dans ce projet.

A Madame **Cécile MIELE**, merci d'avoir accepté de juger mon travail. Je suis heureuse de pouvoir bénéficier de votre expertise dans le domaine des violences.

A Madame le **Docteur Laure ROUGE**, c'est un plaisir de tu aies accepté de juger mon travail de thèse. Merci pour ton soutien et ton aide au cours de ces trois dernières années. Tu as fait que nos rendez-vous de GEASP soient toujours un plaisir et j'en suis ressortie grandie.

A Ma directrice de thèse, Madame le **Docteur Mathilde VICARD-OLAGNE**, je te remercie de ton immense aide et de ta gentillesse qui ont fait que la réalisation de cette thèse soit un plaisir !

A Madame **Céline LAMBERT**, je te remercie de ta disponibilité et de ton expertise statistique qui m'a grandement aidé dans la réalisation de ce travail.

A Madame **Estelle DAVOUST**, je vous remercie pour votre aide précieuse dans les démarches administratives.

A Madame **Ingrid DE CHAZERON**, merci de votre implication dans cette étude et de vos remarques toujours pertinentes.

A **Julia**, ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans toi ! Merci de m'avoir fait confiance pour mener à bien ce beau projet !!

A mes parents, **Luc et Christine**, merci de m'avoir toujours soutenue, vous avez toujours été là pour moi dans les bons comme dans les mauvais moments. Le chemin a été long et je n'y serais pas arrivée sans vous !

A ma famille, (**Remy, Tristan, Pépé, Mémé, Zaz, Marie, Roland**, etc), merci de votre soutien tout au long de ce parcours !

A **Laure**, ma chère compatriote, ça commence à faire longtemps toi et moi... Nos chemins se sont séparés mais c'est le même plaisir quand on se retrouve !

A **Chloé**, ma partenaire officielle de course à pied, on en a vécu des choses ensemble et ce n'est pas fini... De belles années encore ! Merci de ton soutien sans failles !

Aux copines, rencontrées sur les bancs de la fac ou ailleurs : **Alice, Ophélie, Jessie, Amandine, Cécile, Stéphanie**, et j'en oublie. Merci pour tous ces bons moments.

Aux Docteurs **Frédéric TESSIERES, Ludivine BOYE-TESSIERES** et **François GERMAIN**, merci de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.

Aux différentes personnes rencontrées lors de mes stages : l'équipe des **urgences de Brioude**, pour m'avoir réconcilié avec les urgences, Dr **Corinne SUDRE**, Dr **Nadine BERAUD-CAMBRESY**, Dr **Marie-Laure ROBATEL** et Dr **Laurence GEAIX**, pour m'avoir aidé à faire mes premiers pas de médecin généraliste, l'équipe médicale et paramédicale du **service de gériatrie de Riom**, merci de votre bienveillance et de votre gentillesse, à l'équipe du **service de santé universitaire de Clermont-Ferrand**, merci pour votre accueil et pour m'avoir fait découvrir un domaine passionnant.

A **Mathilde, Marie-Madeleine, Lucile, Lydiane, Aude, Marie-Catherine** et **Jean-Baptiste** : merci de votre confiance. Je suis ravie d'avoir pu revenir en Lozère et de vous avoir rencontré.

## **TABLE DES MATIERES**

INTRODUCTION .....	15
1. Violences conjugales.....	15
2. Addictions.....	16
3. Lien entre violences conjugales et addictions.....	16
4. Place du médecin généraliste.....	17
5. Objectif de l'étude.....	18
MATERIEL ET METHODE.....	19
1. Description de l'étude.....	19
2. Déroulement de l'étude.....	22
3. Etude de faisabilité.....	23
4. Démarches administratives.....	25
5. Analyse statistique.....	25
RESULTATS.....	26
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	26
2. Violences conjugales.....	27
3. Caractéristiques de recours à la médecine générale, attentes des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste.....	37
DISCUSSION.....	40
1. Résumé des principaux résultats.....	40
2. Comparaison avec la littérature.....	40
3. Forces de l'étude.....	42
4. Limites de l'étude.....	42
5. En pratique.....	43
6. Perspectives.....	45
CONCLUSION.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	48
ANNEXE I : Questionnaire de participation à l'étude ViA-MG.....	53
ANNEXE II : Affiche exposée dans la salle d'attente.....	58
ANNEXE III : Affiche exposée dans le box de consultation.....	59
ANNEXE IV : Affiche de la boîte de recueil.....	60
ANNEXE V : Protocole COMVAL.....	61

## **TABLEAUX ET FIGURES**

### TABLEAUX :

Tableau I : Type de violences subies et commises

Tableau II : Résultats de l'étude en fonction de la victimation/perpétration des VC

Tableau III : Caractéristiques de recours à la médecine générale

### FIGURES :

Figure 1 : Nombre de sujets à inclure en fonction de la précision souhaitée

Figure 2 : Flow-Chart

Figure 3a : Probabilité d'être auteur de VC en fonction de la victimation

Figure 3b : Probabilité d'être victime de VC en fonction de la perpétration

Figure 4 : Motifs de consultation/hospitalisation et les différentes consommations au cours des 12 derniers mois

Figure 5 : Motifs de consultation/hospitalisation au cours des 12 derniers mois en fonction de la victimation/perpétration des VC

Figure 6 : Consommations au cours des 12 derniers mois en fonction de la victimation/perpétration des VC

Figure 7 : Différents traitements médicamenteux déclarés par les patients

Figure 8 : Traitements médicamenteux en fonction de la victimation/perpétration des VC

Figure 9 : Prévalence des violences dans l'enfance en fonction de la victimation/perpétration des VC



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

CAARUD = Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CH = Centre Hospitalier

CHU = Centre Hospitalo-Universitaire

CMP = Centre Médico-Psychologique

CNIL = Commission Nationale Informatique et Libertés

COMVAL = Comité de VALidation des projets de recherche clinique

CPP = Comité de Protection des Personnes

CRIAVS = Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violence Sexuelle

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

ENVEFF = Enquête Nationale sur les Violences faites aux Femmes en France

HAS = Haute Autorité de Santé

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

IPV = Intimate Partner Violence

MG = Médecin Généraliste

OFDT = Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP = Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

PDD = Puy-de-Dôme

TSO = Traitement de Substitution au Opiacés

USA = United States of America

VC = Violences Conjugales

## **INTRODUCTION**

### ***1. Violences conjugales***

Les violences conjugales constituent une problématique fréquente, il s'agit d'une des plus importantes atteintes à la santé des femmes autour du monde. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les violences conjugales ou violences envers un partenaire intime sont définies par « tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie » (1). Ces violences peuvent ainsi prendre différentes formes que ce soit physique, psychique, sexuelle ou économique.

Cette problématique est plus fréquemment décrite chez la femme. L'étude ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences faites aux Femmes en France), réalisée en 2000, met en évidence qu'environ 1 femme sur 10 a été victime de violences conjugales au cours des 12 derniers mois en France (2). Une femme européenne sur 5 a été victime de violences physiques et/ou sexuelles et une sur 2 a été victime de violences psychologiques au cours de sa vie (3). Concernant les hommes, d'après l'enquête « Cadre de vie et sécurité », dans notre pays entre 2011 et 2018, chaque année, 28% des personnes disant avoir subi des violences de la part de leur conjoint étaient des hommes (4).

En 2020 en France, 102 femmes et 23 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire (5).

Les violences conjugales présentent de multiples conséquences durables telles qu'un retentissement sur la santé à l'origine de traumatismes physiques, troubles psychologiques et psychiatriques (6).

## ***2. Addictions***

Les pathologies addictives sont définies par une dépendance à une substance ou une activité, entraînant des conséquences délétères (7, 8).

Selon une étude réalisée en 2015 portant sur les profils et pratiques des usagers de drogue rencontrés dans les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques), il semble que l'addiction à l'alcool seul soit la plus représentée. Viennent ensuite le cannabis, les opiacés et la cocaïne (9).

Les données du baromètre santé 2017 indiquent que 10% des 18-75 ans consomment de l'alcool quotidiennement (10). Il s'agit de la deuxième cause de mortalité prématurée en France, avec des conséquences importantes sur le plan de la santé (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies digestives notamment cirrhose, accidents, suicides...) mais aussi sur le plan social (relations familiales, travail, loisirs...) (11).

Pour ce qui est du cannabis, l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) estime que 45% des adultes de 18 à 64 ans ont expérimenté le cannabis, 3,6 % de cette population déclare être un usager régulier (12).

## ***3. Lien entre violences conjugales et addictions***

Un lien entre violences conjugales et pathologies addictives a été évoqué dans de nombreuses études.

Prenons l'exemple d'une étude réalisée aux USA en 2012 conduite chez environ 25000 participants ayant été en couple l'année précédente. Parmi les participants déclarant avoir été auteurs de violence conjugale, 21,7 % consommaient de l'alcool contre 9,7% chez les non-auteurs. De même pour la cocaïne : 2,1% chez les auteurs contre 0,1% chez les non-auteurs.

Concernant les victimes, 24,6% consommaient de l'alcool contre 9,5% chez les non-victimes, 7,4% consommaient du cannabis contre 1,3% chez les non-victimes (13).

Ainsi, d'après l'OMS, être usager de drogues augmenterait le risque d'être à la fois victime et auteur de violence. Certaines substances présentent comme effet pharmacologique de modifier le comportement des consommateurs plutôt vers la tendance agressivité/violence. D'autre part, du point de vue des victimes, le fait de subir des violences augmente le risque de commencer à consommer des drogues, ceci constituant une stratégie de lutte face au traumatisme subi (14).

#### ***4. Place du médecin généraliste***

Par ailleurs, il s'avère que les médecins généralistes sont en première ligne pour recevoir les victimes et/ou auteurs de violences conjugales ainsi que les patients présentant une pathologie addictive.

En 2009, près de deux-tiers des médecins généralistes ont vu au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année (chiffre en nette augmentation) et 59% ont reçu au moins un usager de cannabis en consultation. Les trois-quarts des généralistes prenaient eux-mêmes en charge leurs patients pour un problème lié à l'alcool (15).

Pour ce qui est des violences, l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes réalisée en 2000 en France montre que le médecin généraliste est le premier interlocuteur avant les autorités judiciaires et les associations (16). Cependant cette problématique est rarement abordée spontanément par les patients en consultation. Les victimes attendent ainsi la plupart du temps que ce soit le médecin qui aborde la question, leurs barrières étant nombreuses. Il existe souvent un sentiment de peur, de honte, mais aussi quelquefois un certain déni (17, 18).

Les médecins généralistes expriment quant à eux leurs difficultés à aborder le sujet des violences liées notamment à un sentiment d'impuissance, un manque de temps et de disponibilité (19).

### ***5. Objectif de l'étude***

Les violences conjugales et les pathologies addictives sont donc deux problématiques, parfois intriquées, que les médecins généralistes ont très souvent à prendre à charge. Cependant ceux-ci se trouvent fréquemment en difficulté dans la gestion de ces problématiques complexes. De plus, il y a peu de données disponibles sur la prévalence des violences conjugales (qu'elles soient commises et/ou subies) dans la population des patients présentant une pathologie addictive. Il semble donc intéressant d'étudier le lien entre violences conjugales et addictions, et d'évaluer les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste concernant ces deux thématiques.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer la prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-de-Dôme.

Plusieurs objectifs secondaires sont avancés : Il s'agit tout d'abord de décrire la population consultant ou étant hospitalisée pour une problématique d'addiction dans le Puy-de-Dôme en terme d'âge, de sexe, de type d'addiction, de présence de violences conjugales (subies et/ou commises). Ensuite, il convient de rechercher les différents facteurs associés à la perpétration et la victimation : l'âge, le sexe, le type d'addiction, ou bien la présence de violence dans l'enfance. Puis, sont étudiées les caractéristiques de recours à la médecine générale et les attentes des patients vis-à-vis de la médecine générale (concernant les pathologies addictives et les violences conjugales).

## **MATERIEL ET METHODE**

### ***1. Description de l'étude***

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

En parallèle, l'étude a également été réalisée à Paris par une interne de médecine générale dans le cadre de sa thèse dirigée par le Pr Florence VORSPAN (Pôle de Psychiatrie et d'Addictologie - Hôpital Fernand Widal) avec l'inclusion de plusieurs centres d'addictologie parisiens.

#### **- Lieux de réalisation de l'étude**

Les centres recrutés étaient tous les centres d'addictologie ambulatoire et les services d'addictologie hospitaliers du Puy-de-Dôme.

Les centres étaient ceux répertoriés sur le site « Addictauvergne.fr » en excluant les centres prenant en charge uniquement la tabacologie.

Les centres participant à l'étude étaient donc :

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

- En hospitalier :
  - o CHU de Clermont-Ferrand
  - o CH de Thiers
  - o CH de Clémentel

- **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les patients pouvant être inclus dans l'étude étaient les patients majeurs étant ou ayant déjà été en couple, venant consulter ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction, parlant et écrivant le français, capables de donner leur consentement éclairé à participer à la recherche et affiliés à un régime de sécurité sociale.

Les patients non inclus étaient les incapables majeurs, les personnes protégées, ceux ayant une addiction au tabac seul, et ceux refusant de participer à l'étude.

- **Critères d'évaluation**

Le critère de jugement principal était la prévalence (exprimée avec un intervalle de confiance) de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients du Puy-de-Dôme consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- La prévalence de chaque type d'addiction.
- Les caractéristiques socio-démographiques des auteurs et des victimes de violence conjugale consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction (moyenne d'âge, répartition hommes-femmes).

- Les caractéristiques de recours à la médecine générale des patients consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction, motifs et fréquence de recours à la médecine générale.
- Les attentes vis-à-vis des médecins généralistes concernant les pathologies addictives et les violences conjugales des patients consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction.

- **Modalités de recueil**

L'étude a été réalisée au moyen du remplissage d'un auto-questionnaire par les patients. Celui-ci se composait de 17 questions (Annexe I). Une première partie s'intéressait aux critères socio-démographiques : le sexe, l'âge, le nombre d'enfants et l'existence d'une relation intime au cours de la vie. La deuxième partie concernait les addictions avec le recueil des addictions responsables de la consultation ou de l'hospitalisation en addictologie mais également le recueil de toutes les substances consommées les 12 derniers mois. Ensuite, venait la partie dédiée aux violences avec des questions sur l'existence d'une victimation ou une perpétration des violences (physique, psychique, sexuelle et économique) sur l'année écoulée. Une question explorait la présence de violences de toute forme dans l'enfance du sujet. Enfin, la dernière partie concernait le mode de consultation avec le médecin généraliste et les attentes du patient envers ce dernier concernant les violences et les addictions. Des remarques pouvaient être rajoutées par le patient grâce à une question ouverte clôturant le questionnaire.

La collaboratrice scientifique de l'étude, Lydie Atger (LA), s'est rendue dans les centres pour expliquer le protocole et donner le matériel (boîte de recueil avec son affiche explicative, affiches pour la salle d'attente, questionnaires et enveloppes).



En ambulatoire, les questionnaires (Annexe I) étaient proposés par les professionnels du centre à l'issue de la consultation. En hospitalier, ceux-ci étaient proposés lors de l'entrée du patient dans le service par le soignant en charge de celui-ci. Un rappel de l'anonymat ainsi que des modalités rapides de l'étude étaient effectués par le professionnel. Le patient était invité à répondre au questionnaire par des affichettes disposées sur le bureau des consultants et en salle d'attente dans les centres le souhaitant (Annexes II et III).

Le remplissage du questionnaire s'effectuait à l'issue de la consultation dans la salle d'attente. Une fois le questionnaire rempli, le patient le déposait dans une boîte prévue à cet effet dans une enveloppe fermée. Les modalités de l'étude (avec une information claire sur l'anonymat) étaient présentées via une affiche sur la boîte de recueil (Annexe IV). Si des questions ou des problèmes étaient soulevés par le remplissage du questionnaire, le nom d'un soignant de la structure dans laquelle le patient consulte ainsi que les coordonnées de Mme MANNEVILLE, psychologue au sein de l'unité de victimologie adulte du CHU étaient précisés sur le questionnaire et sur la boîte de recueil.

#### - **Période de recueil**

La période de recueil a été de 6 mois du 17/01/2022 au 20/07/2022.

## ***2. Déroulement de l'étude***

Une visite mensuelle dans chaque centre était effectuée par LA afin de récupérer les questionnaires dans les boîtes de dépôt et pour le réapprovisionnement en nouveaux questionnaires.

Une estimation du nombre de passages sur le mois écoulé était recherchée dans chaque centre afin d'évaluer le taux de participation.

Les questionnaires étaient ensuite saisis informatiquement sur le logiciel REDCap après vérification de leur éligibilité et de l'existence éventuelle de critères de non-inclusion à l'étude.

A la suite de la période de recueil, une analyse statistique a été effectuée avec l'aide de Me Céline LAMBERT du service de biostatistiques du CHU de Clermont-Ferrand.

### ***3. Etude de faisabilité***

L'étude ViA-MG s'est déroulée à la suite d'une étude de faisabilité réalisée par le Dr Julia BRETONNET (20). Celle-ci a permis de rédiger le protocole de l'étude et d'éprouver le questionnaire initial en enlevant certaines questions non pertinentes, en modifiant les intitulés pouvant créer une incompréhension et en modifiant les critères d'inclusion et d'exclusion. Une étude de faisabilité semblait nécessaire avant de débiter une étude multicentrique de plus grande ampleur.

Celle-ci a été réalisée sur une période d'un mois à l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) de Clermont-Ferrand. Les résultats ont été présentés par le Dr Julia BRETONNET lors de sa soutenance de thèse d'exercice du 29/09/2020.

#### **- Résultats**

La participation à l'étude de faisabilité a été estimée à moins de 4%. Comparativement à 2 études, l'une portant sur les caractéristiques socio-démographiques des patients consultant en addictologie au CHU de Nantes, l'autre portant sur les profils et pratiques des usagers de drogue rencontrés dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques, les profils de patients retrouvés dans l'étude de faisabilité semblaient « représentatifs » : prédominance masculine, âge moyen de 30 ans, majorité sans enfant.

Cette étude de faisabilité nous a donné une estimation de la victimation et de la perpétration des violences conjugales, respectivement à 36% et 29%.

- **Nombre de sujets nécessaires**

Il a été possible d'estimer le nombre de sujets nécessaires à l'étude principale, de l'ordre de 400.

Ce type d'enquête, menée sur un échantillon, doit permettre de généraliser les résultats à l'ensemble de la population ciblée. Dans ce type de calcul d'effectif, on se fixe donc, en plus de la proportion escomptée, une marge d'erreur sur l'estimation (fiabilité de l'échantillon). L'étude de faisabilité réalisée sur 25 patients a mis en évidence 36% de victimation et 29% de perpétration. Ainsi, l'estimation du nombre de sujets nécessaire a reposé sur le taux le plus élevé (36%) et il aurait fallu inclure 350 à 547 sujets pour avoir une précision de l'ordre de  $\pm 4\%$  à  $5\%$  (Figure 1). In fine, il a été proposé d'inclure 400 patients pour l'étude principale.

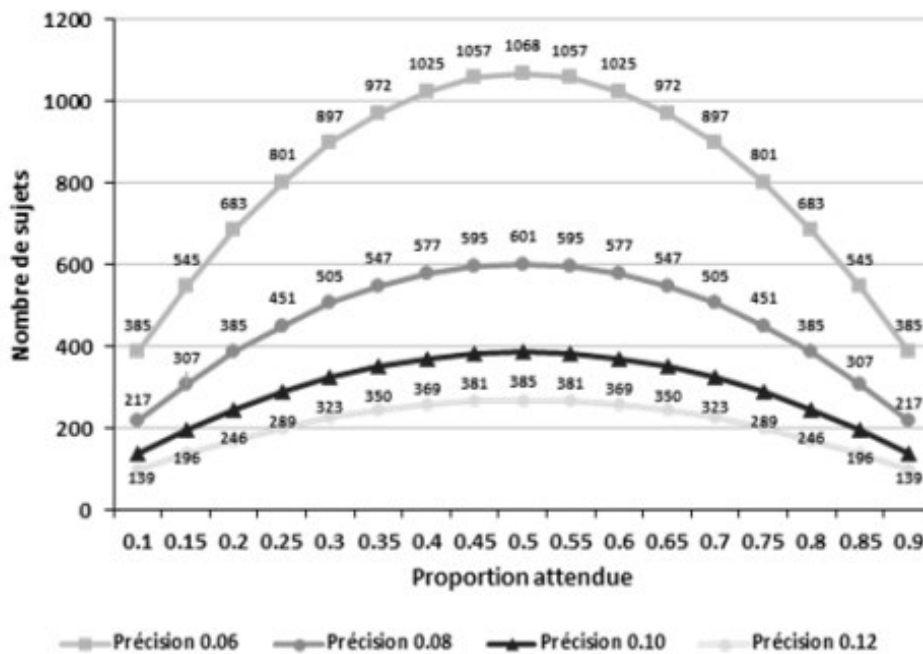


Figure 1

*Nombre de sujets à inclure en fonction de la précision souhaitée*

Dans les centres concernés par l'étude principale, on a estimé qu'il y avait 1750 consultations/hospitalisations par mois, ceci en s'appuyant sur les chiffres de passages annuels dans ces différents centres. Une participation à 4% devrait entraîner un recrutement de 70 patients par mois. Pour atteindre un minimum de 400 patients recrutés, une durée de recueil de 6 mois a été avancée.

#### ***4. Démarches administratives***

Le protocole de l'étude (Annexe V) a été soumis au COMAP (Comité d'Accompagnement des Projets de recherche clinique) puis au COMVAL (Comité de Validation des projets de recherche clinique), deux instances dépendant de la Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation qui est chargée de la gestion administrative et juridique des projets de recherche clinique se déroulant au sein du CHU de Clermont-Ferrand.

L'avis favorable du CPP (Comité de protection des personnes) a été obtenu le 30/11/2021.

#### ***5. Analyse statistique***

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 15 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. Les données catégorielles ont été exprimées sous forme d'effectifs et pourcentages, et l'âge sous forme de moyenne  $\pm$  écart-type. La prévalence de la victimation et celle de la perpétration de violences conjugales ont été exprimées sous forme de taux et intervalles de confiance (IC) à 95%. Les facteurs associés à la victimation et à la perpétration ont été étudiés par des tests statistiques usuels : test du Chi<sup>2</sup> ou test exact de Fisher pour les variables catégorielles et test t de Student pour l'âge.

# RESULTATS

## *1. Caractéristiques de l'échantillon*

### - Taux de participation

Sur la période de recueil de 6 mois, 128 questionnaires ont pu être récupérés. 6 questionnaires ont par la suite été exclus du fait d'une addiction au tabac seul sans autre problématique d'addictologie pour 4 d'entre eux et l'absence de relation de couple concernant 2 questionnaires. L'analyse a donc porté sur 122 questionnaires (Figure 2).

Le taux de participation à l'étude a été aux alentours de 1,5%.

Ce chiffre est cependant à prendre avec précaution, car dans la majorité des centres, les patients ont consulté à plusieurs reprises pendant cette même période, augmentant alors l'estimation du nombre de passages dans chaque centre.

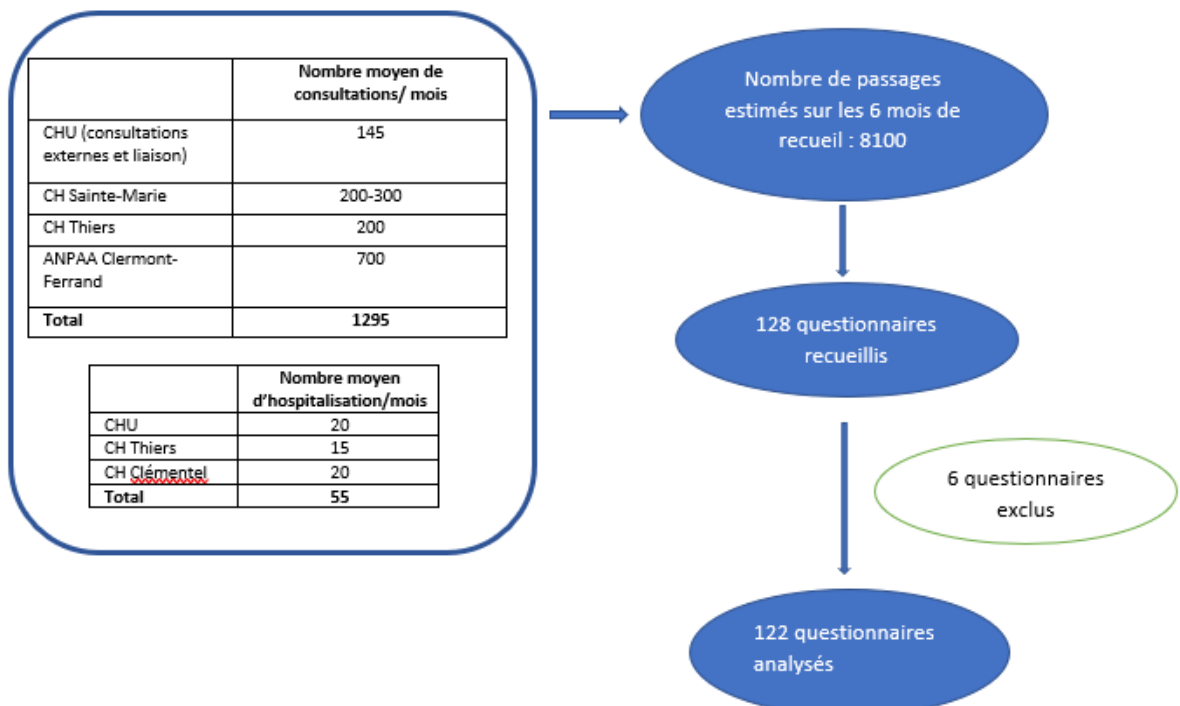


Figure 2 : Flow Chart

- **Données socio-démographiques**

Il a été retrouvé une légère prépondérance masculine avec 60,3% d'hommes. L'âge moyen était de 47,1 années ( $\pm$  12,2). La majorité des participants, soit 61,2% d'entre eux, avaient des enfants.

**2. Violences conjugales**

- **Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales**

Trente-huit patients (32,5% ; IC 95% : 24,1-41,8%) ont déclaré avoir été victime et/ou auteur de violence conjugale.

Trente-quatre patients (28,8% ; IC 95% : 20,8-37,9%) ont déclaré avoir été victimes de violences conjugales au cours des douze derniers mois. Il s'agissait en majorité de violences psychiques pour 21,2% des patients (Tableau I).

Concernant les auteurs, 16 participants (13,9% ; IC 95% : 8,2-21,6%) ont déclaré avoir perpétré des violences conjugales, celles-ci étant majoritairement constituées par des violences psychiques.

	Victimes de VC	Auteurs de VC
Violences physiques	9/117 (7,7)	2/116 (1,7)
Violences psychiques	25/118 (21,2)	15/115 (13,0)
Violences sexuelles	1/118 (0,8)	0/115
Violences économiques	10/117 (8,6)	2/115 (1,7)
<b>TOTAL</b>	<b>34/118 (28,8)</b>	<b>16/115 (13,9)</b>

Tableau I : Type de violences subies et commises

Parmi les victimes de violence conjugale, 12 patients (38,7%) déclaraient être aussi auteurs contre 4,8% chez les non-victimes. Il s'agissait majoritairement de violences psychiques (38,7%). Cette différence était statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) (Figure 3a).

Parmi les auteurs de violence conjugale, 12 participants (75,0%) déclaraient être également victimes contre 19,4% chez les non-auteurs. Il s'agissait en premier lieu de violences

psychiques (68,8%), suivi des violences physiques (18,8%) et économiques (13,3%). Cette différence était statistiquement significative concernant les violences psychiques ( $p < 0,001$ ) (Figure 3b).

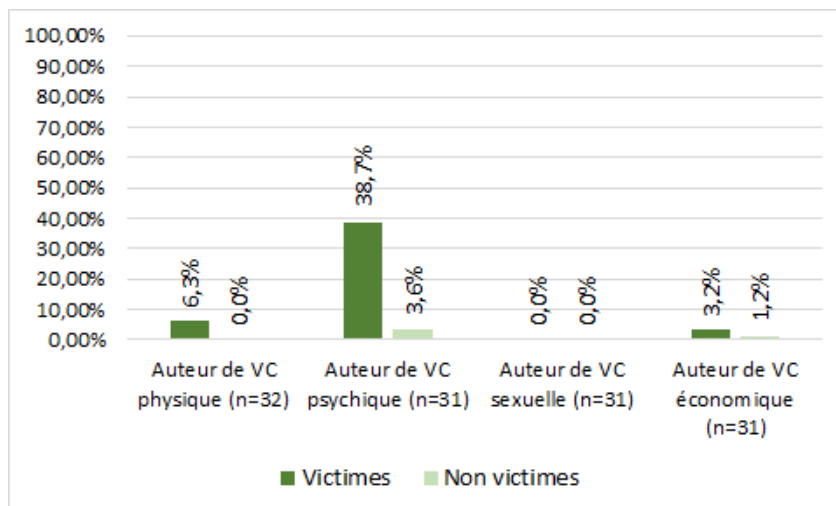


Figure 3a : Probabilité d'être auteur de VC en fonction de la victimation

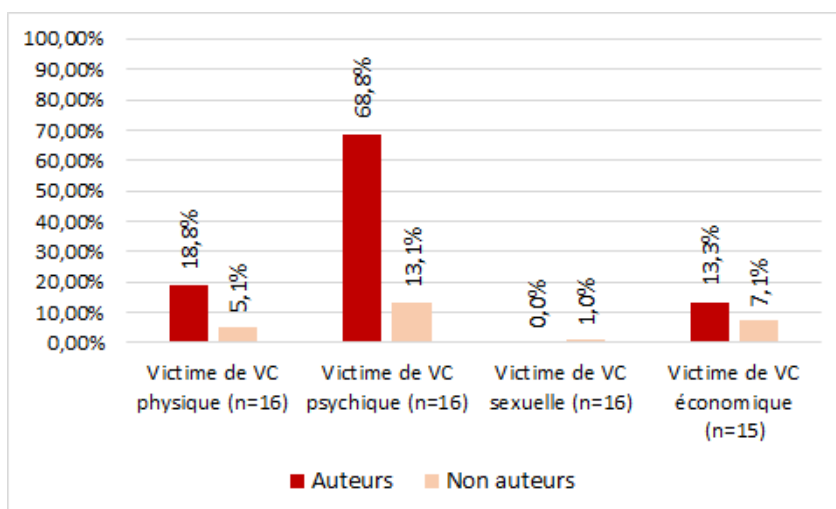


Figure 3b : Probabilité d'être victime de VC en fonction de la perpétration

- **Tableau général comparatif de l'étude**

Il y avait 50.0% d'hommes parmi les victimes de VC contre 62,5% parmi les auteurs de VC. L'âge moyen des victimes de VC était de 44,9 années, l'âge moyen des auteurs était de 44,2 ans.

58, 8% des victimes de VC avaient des enfants contre 68,7% chez les auteurs (Tableau II).



	<b>Victimes de VC (n=34)</b>	<b>Auteurs de VC (n=16)</b>
<b>Sexe : Hommes</b>	17 (50,0)	10 (62,5)
<b>Age</b>	44,9 ans ( $\pm$ 13,2)	44,2 ( $\pm$ 14,6)
<b>Présence d'enfants</b>	20 (58,8)	11 (68,7)
<b>Addictions</b>		
- Tabac	12 (35,3)	7 (43,7)
- Alcool	26 (76,5)	14 (87,5)
- Cannabis	9 (26,5)	6 (37,5)
- Cocaïne	5 (14,7)	3 (18,7)
- Héroïne	6 (17,6)	1 (6,2)
- Suivi d'un TSO	11 (32,3)	3 (18,7)
- Antalgiques	0	0
- Anxiolytiques	8 (23,5)	3 (18,7)
- Aliments	1 (2,9)	1 (6,2)
- Jeux	0	0
- Autres	1 (2,9)	0
<b>Consommations</b>		
- Tabac	25 (73,5)	12 (75,0)
- Alcool	31 (91,2)	14 (87,5)
- Cannabis	17 (50,0)	8 (50,0)
- Cocaïne	14 (41,2)	6 (37,5)
- Héroïne	6 (17,6)	2 (12,5)
- TSO	11 (32,3)	3 (18,7)
- Antalgiques	7 (20,6)	5 (31,2)
- Anxiolytiques	22 (64,7)	11 (68,7)
- Autres	3 (8,8)	1 (6,2)
<b>Présence de violences dans l'enfance</b>		
- Physique	10 (30,3)	8 (50,0)
- Psychique	20 (60,6)	12 (75,0)
- Par négligence	9 (27,3)	6 (37,5)
- Sexuelle	9 (28,1)	2 (12,5)
<b>Présence d'un MT</b>	25 (73,5)	10 (62,5)
<b>Fréquence de consultation avec MT</b>		
- 0 fois	4 (11,8)	3 (18,7)
- $\geq$ 1 fois	30 (88,4)	13 (81,2)
<b>Lieu de consultation</b>		
- Cabinet médical ou maison de santé	30 (100,0)	12 (92,3)
- Centre de consultation gratuit	2 (6,7)	1 (7,7)
- Autres	0	0
<b>MG identique que (ex) conjoint</b>	3 (9,4)	1 (6,7)
<b>Patient reçu seul en consultation</b>	29 (87,9)	14 (93,3)
<b>Au sujet des addictions :</b>		
- Sujet abordé en consultation	27 (79,4)	14 (87,5)
- Par le MG	1 (3,7)	0
Souhait du patient que le sujet soit abordé par le MG	24 (75,0)	9 (64,3)
<b>Au sujet des violences conjugales :</b>		
- Sujet abordé en consultation	5 (16,1)	4 (28,6)
- Par le MG	0	0
Souhait que le sujet soit abordé par le MG	15 (51,7)	9 (69,2)

Tableau II : Résultats de l'étude en fonction de la victimation et de la perpétration des VC

## - Pathologies addictives

Dans l'auto-questionnaire, l'addiction à une substance à l'origine de la consultation/hospitalisation était distinguée des différentes consommations au cours des douze derniers mois (Figure 4).

Le principal motif de consultation/hospitalisation était constitué par l'alcool (94 participants /77,1%) suivi du tabac (35 participants /28,7%) puis du suivi d'un traitement de substitution aux opiacés (34 participants /27,8%).

Soixante-douze patients (59,0%) déclaraient présenter une addiction à au moins deux substances.

Cent-quatre participants (85,3%) déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, 90 (73,8%) pour le tabac et 45 (36,9%) pour le cannabis. Quelques autres substances étaient citées par les patients telles que les amphétamines, le LSD, la kétamine ou encore le MDMA.

Cent-neuf participants (89,3%) ont consommé au moins deux substances au cours des douze derniers mois.

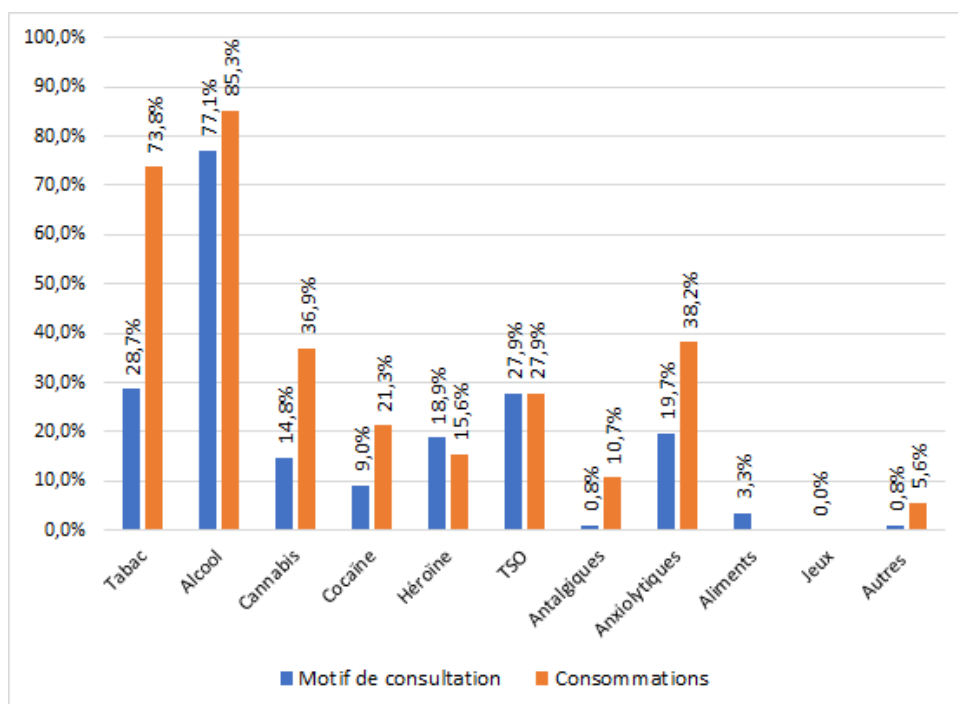


Figure 4 : Motifs de consultation/hospitalisation et les différentes consommations au cours des 12 derniers mois

(n=122)

Les motifs de consultation/hospitalisation les plus représentés chez les victimes de VC étaient constitués par l'alcool (76,5% ; p=0,80), le tabac (35,3% ; p=0,26), le suivi de TSO (32,4% ; p=0,42) et le cannabis (26,5% ; p=0,031). Les résultats étaient statistiquement significatifs pour le cannabis, par rapport aux non-victimes. 61,7% des victimes de VC présentaient une addiction à au moins deux substances (Figure 5).

Les motifs de consultation/ hospitalisation les plus représentés chez les auteurs de VC étaient l'alcool (87,5% ; p=0,52), le tabac (43,8% ; p=0,24) et le cannabis (37,5%, p=0,010). Les résultats étaient statistiquement significatifs pour le cannabis par rapport aux non-auteurs. 68,7% des auteurs de VC présentaient une addiction à au moins deux substances.

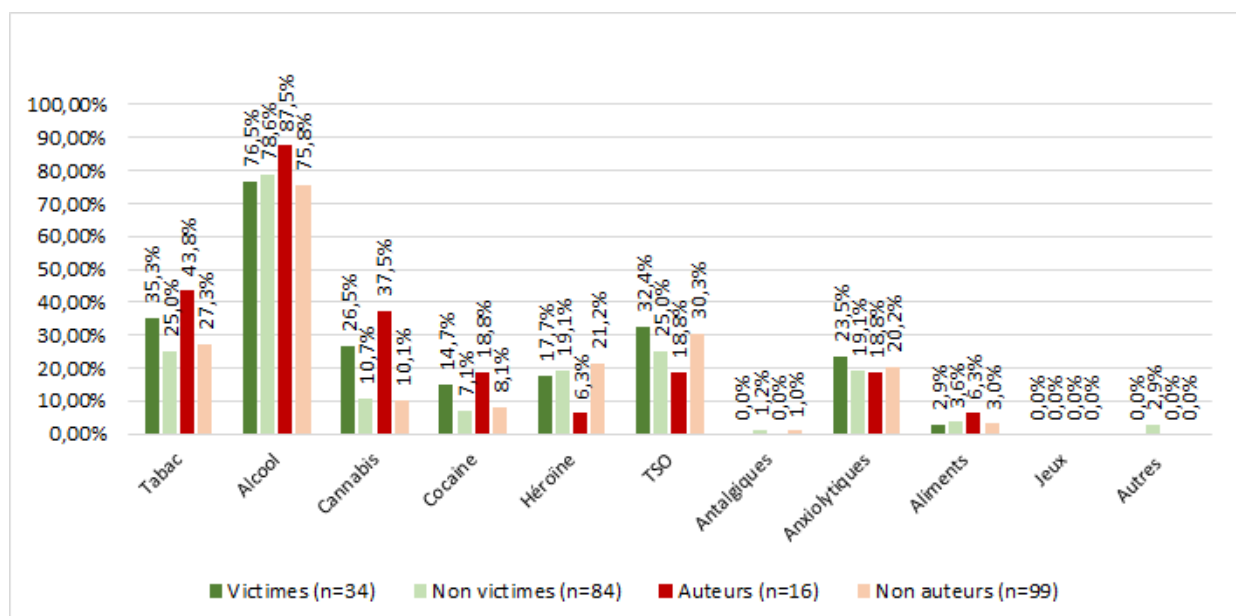


Figure 5 : Motifs de consultation/ hospitalisation au cours des 12 derniers mois en fonction de la victimation/perpétration des VC

Les différentes consommations au cours des douze derniers mois les plus représentées chez les victimes de VC étaient l'alcool (91,2% ; p=0,39), le tabac (73,5% ; p=0,87) et les anxiolytiques (64,7% ; p=0,055). Les résultats étaient statistiquement significatifs par rapport

aux non-victimes pour ce qui est de la consommation de cocaïne (41,2% ; p=0,001) et des antalgiques (20,6% ; p=0,05).

Il en était de même concernant les auteurs de VC, les différentes consommations étaient constituées par l'alcool (87,5% ; p=1,00), le tabac (75% ; p=1,00) et les anxiolytiques (68,8% ; p=0,098). Les résultats étaient statistiquement significatifs par rapport aux non-auteurs concernant la consommation d'analgésiques (31,3% ; p=0,018).

94,1% des victimes de VC et 93,7% des auteurs de VC ont consommé au moins deux substances au cours des douze derniers mois (Figure 6).

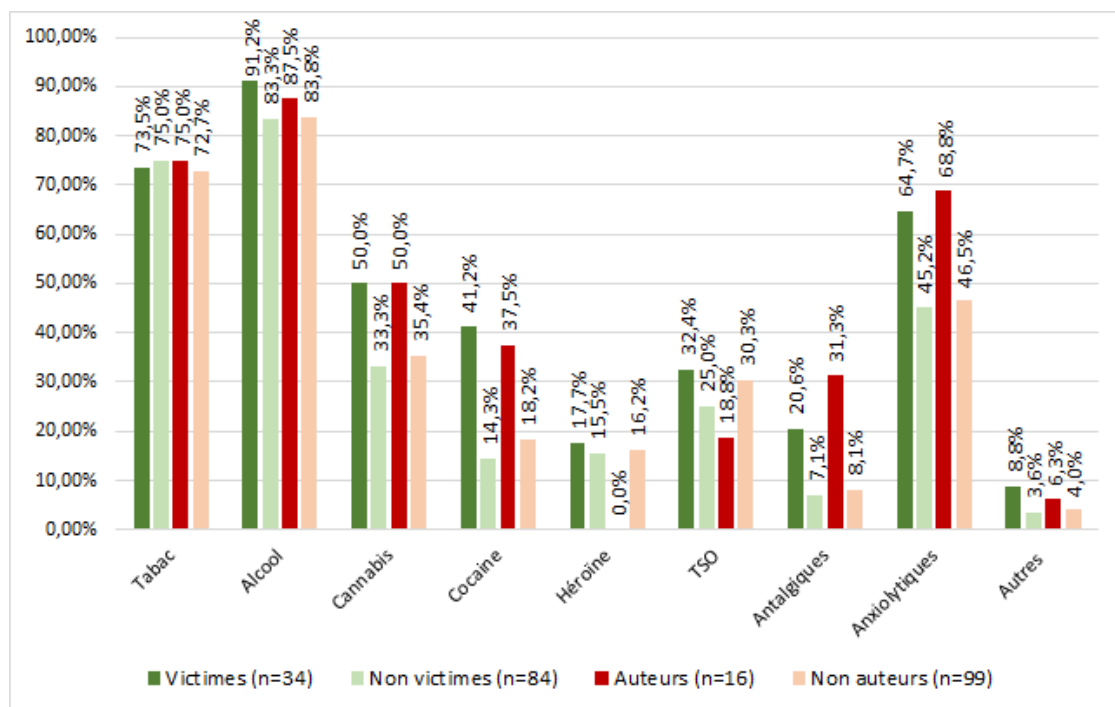


Figure 6 : Consommations au cours des 12 derniers mois en fonction de la victimation/perpétration des VC

- **Traitements médicamenteux**

Une question ouverte proposait au patient de lister les traitements consommés habituellement. Certaines données ont ainsi pu être regroupées. Près de 38,5% des participants consommaient des antidépresseurs, 36,1% des anxiolytiques. Certains patients ont cité des traitements de substitution aux opiacés ainsi que des traitements de la dépendance à l'alcool (Figure 7). Il a été vérifié que ces traitements déclarés correspondaient bien avec la pathologie addictive à l'origine de la consultation ou de l'hospitalisation des précédentes questions, et si besoin, une correction des données a été entreprise.

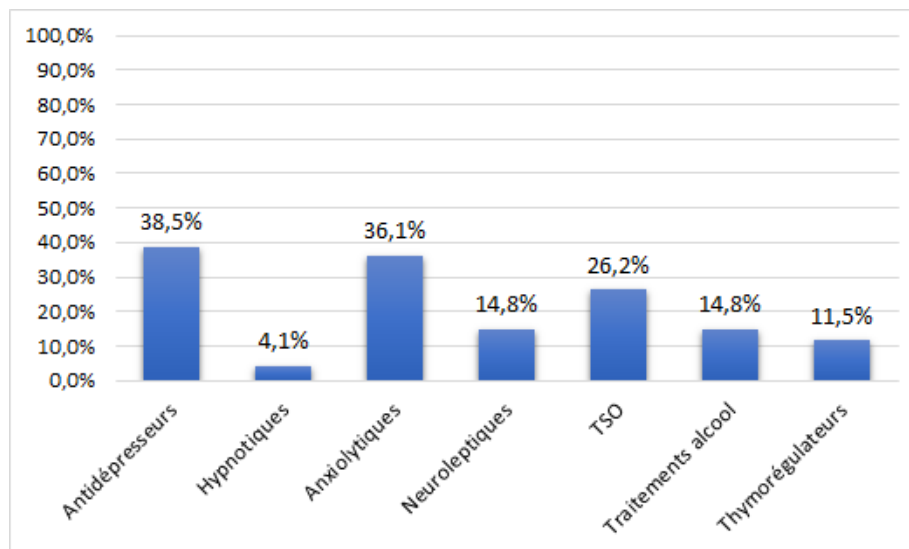


Figure 7 : Différents traitements médicamenteux déclarés par les participants (n=122)

Les traitements les plus consommés par les victimes étaient les anxiolytiques (52,9%, p=0,018), les antidépresseurs (41,2% ; p=0,76) et les TSO (29,4% ; p=0,53). Ces résultats étaient statistiquement significatifs par rapport aux non-victimes pour les anxiolytiques.

Les traitements les plus consommés par les auteurs de VC étaient les antidépresseurs (68,8% ; p=0,007), les anxiolytiques (68,8% ; p=0,004) et les traitements de la dépendance à l'alcool (31,3% ; p=0,13). Ces résultats étaient statistiquement significatifs par rapport aux non-auteurs pour les antidépresseurs et les anxiolytiques (Figure 8).

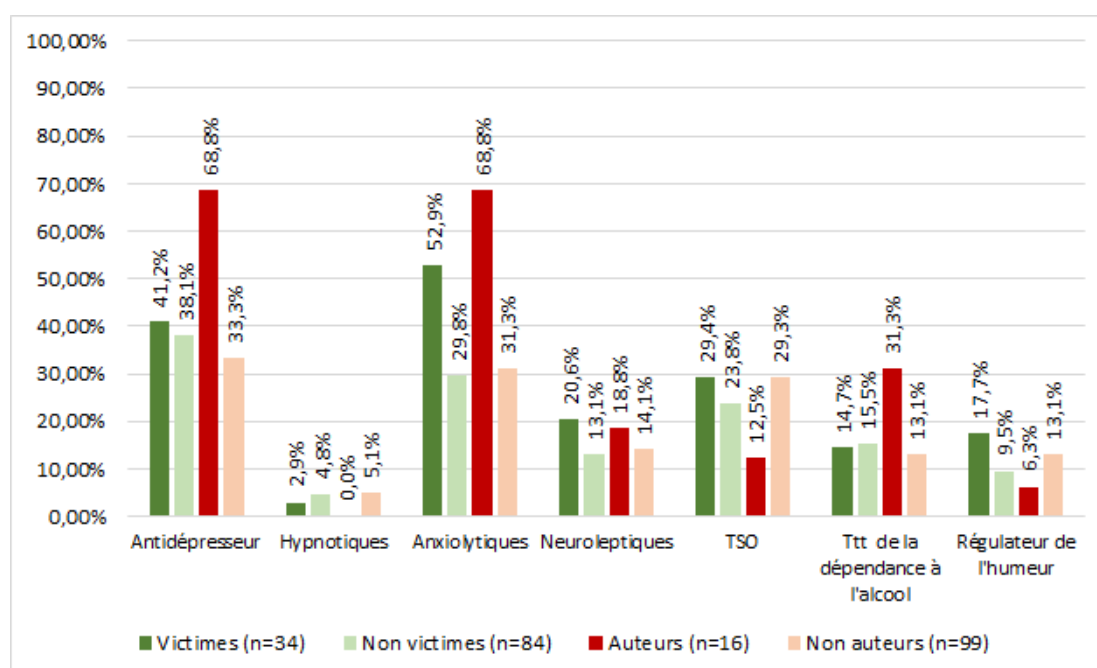


Figure 8 : Traitements médicamenteux en fonction de la victimation/perpétration des VC

## - Violences dans l'enfance

Vingt-neuf participants (25,7%) déclaraient avoir été victimes de violences physiques dans l'enfance, 47 (41,2%) concernant les violences psychiques, 16 (13,8 %) pour les violences par négligence et 21 (18,1%) concernant les violences sexuelles.

Parmi les victimes de VC, 20 patients (60,6%) ont déclaré avoir subi des violences psychiques dans l'enfance (p=0,007), 9 patients (27,3%) des violences par négligence (p=0,011) et

9 patients (28,1%) des violences sexuelles ( $p=0,026$ ). Ces résultats étaient statistiquement significatifs par rapport aux non-victimes.

Parmi les auteurs de VC, 12 patients (75,0%) ont déclaré avoir subi des violences psychiques dans l'enfance ( $p=0,003$ ), 8 patients (50,0%) des violences physiques ( $p=0,028$ ) et 6 patients (37,5%) des violences par négligence ( $p=0,008$ ). Ces résultats étaient statistiquement significatifs par rapport aux non-auteurs (Figure 9).

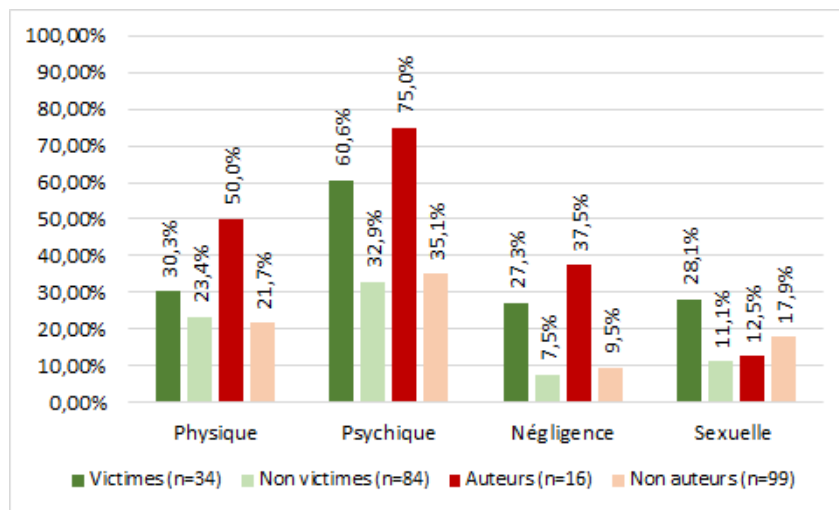


Figure 9 : Prévalence des violences dans l'enfance en fonction de la victimation/perpétration des VC

### ***3. Caractéristiques de recours à la médecine générale, attentes des patients vis-à-vis de leur MG***

Quatre-vingt-seize participants (79,3%) étaient régulièrement suivis par un médecin généraliste. Seuls 16 patients (13,1%) n'ont pas consulté au cours des 12 derniers mois. La consultation s'effectuait majoritairement dans un cabinet médical ou une maison de santé. D'autres lieux de consultation ont été cités par certains participants tels que le CMP, l'hôpital et les urgences, ceux-ci ne constituant d'ailleurs pas forcément un lieu de consultation avec un médecin généraliste.

Le sujet des addictions a été abordé avec le médecin généraliste pour 97 participants (79,5%), à l'initiative du patient dans 91,7% des cas. Soixante-dix participants (64,8%) ont émis le souhait que le sujet puisse être introduit par le praticien.

Pour ce qui est des violences conjugales, le sujet a été traité lors d'une consultation pour 15 participants (14,1%) et exclusivement à l'initiative du patient. Quarante patients (43,5%) auraient voulu que le sujet soit abordé par le praticien (Tableau III).

Onze patients non-auteurs/ non-victimes de violences conjugales n'ont pas répondu à la question portant sur l'abord des violences avec leur médecin généraliste.



	<b>Echantillon n=122</b>	<b>Victimes n=34</b>	<b>Non victimes n=84</b>	<b>Auteurs n=16</b>	<b>Non auteurs n=99</b>
<b>Suivi par un MG</b>	96 (79,3)	25 (73,5)	69 (83,1)	10 (62,5)	82 (83,7)
<b>Nombre de consultations au cours des 12 derniers mois</b>					
- <b>0 fois</b>	16 (14,2)	4 (12,5)	11 (14,1)	3 (18,7)	12 (13,2)
- <b>1 à 2 fois</b>	26 (23,0)	9 (28,1)	17 (21,8)	3 (18,7)	23 (25,3)
- <b>3 à 5 fois</b>	45 (39,8)	12 (37,5)	31 (39,7)	9 (56,2)	33 (36,3)
- <b>&gt; 6 fois</b>	26 (23,0)	7 (21,9)	19 (24,4)	1 (6,2)	23 (25,3)
<b>Lieux des consultations</b>					
- <b>Cabinet médical ou maison de santé</b>	102 (96,2)	30 (100,0)	69 (94,5)	12 (92,3)	84 (96,6)
- <b>Centre de consultation gratuit</b>	5 (4,7)	2 (6,7)	2 (2,7)	1 (7,7)	2 (2,3)
- <b>Autres</b>	4 (3,8)	0	4 (5,5)	0	4 (4,6)
<b>Même MG que (ex)- conjoint</b>	23 (20,3)	3 (9,4)	20 (25,6)	1 (6,7)	22 (23,9)
<b>Patient reçu seul en consultation</b>	97 (84,3)	29 (87,9)	64 (82,0)	14 (93,3)	77 (82,8)
<b>Au sujet des additions :</b>					
- <b>Sujet abordé en consultation</b>	97 (79,5)	27 (79,4)	68 (80,9)	14 (87,5)	78 (78,8)
- <b>Par le MG</b>	8 (8,3)	1 (3,7)	7 (10,4)	0	8 (10,4)
- <b>Souhait du patient que le sujet soit abordé par le MG</b>	70 (64,8)	24 (75,0)	44 (59,5)	9 (64,3)	58 (65,2)
<b>Au sujet des violences conjugales :</b>					
- <b>Sujet abordé en consultation</b>	15 (14,1)	5 (16,1)	10 (13,7)	4 (28,6)	10 (11,5)
- <b>Par le MG</b>	0 (0)	0	0	0	0
- <b>Souhait que le sujet soit abordé par le MG</b>	40 (43,5)	15 (51,7)	24 (39,3)	9 (69,2)	31 (41,9)

Tableau III : Caractéristiques de recours à la médecine générale

73,5% des victimes de VC et 62,5% des auteurs de VC étaient suivis régulièrement par un médecin généraliste. 88,2% des victimes et 81,2% des auteurs ont consulté au moins une fois un MG au cours des douze derniers mois.

Que ce soit chez les victimes ou bien les auteurs, le sujet des addictions a été beaucoup abordé en consultation, en grande majorité à l'initiative du patient. 75,0% des victimes et 64,3% des auteurs ont/auraient souhaité que le sujet soit abordé par le MG.

Pour ce qui est des violences conjugales, le sujet a été peu abordé en consultation à la fois chez les victimes et les auteurs, et exclusivement à l'initiative du patient. 51,7% des victimes et 69,3% des auteurs auraient souhaité que ce sujet soit abordé par le MG.

## **DISCUSSION**

### ***1. Résumé des principaux résultats***

La probabilité d'être victime et/ou auteur de violence conjugale a été de 32,5% dans l'échantillon étudié. La prévalence de la victimation des violences conjugales a été estimée à 28,8%. La prévalence de la perpétration a été estimée à 13,9%. Le type de violence le plus représenté à la fois chez les auteurs et les victimes a été les violences psychiques.

La pathologie addictive la plus représentée a été constituée par l'alcool. La moitié des participants déclaraient présenter une addiction à au moins deux substances.

Une association statistiquement significative a été mise en évidence entre les victimes et les auteurs de violence conjugale.

De plus il existait un fort lien entre la présence de violences dans l'enfance et la victimation/perpétration de violence conjugale.

La grande majorité des patients étaient suivis par un médecin généraliste. Ceux-ci souhaitaient pour la plupart aborder la question des addictions avec leur médecin, cela était un peu moins franc concernant les violences conjugales.

### ***2. Comparaison avec la littérature***

Les caractéristiques socio-démographiques des participants étaient comparables à celles de l'étude française de 2015 portant sur les profils et pratiques des usagers de drogue rencontrés dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques : prédominance masculine, âge moyen de 30 ans, majorité sans enfant. La répartition des addictions motivant la consultation était sensiblement la même : l'alcool en premier lieu suivi du cannabis et de l'héroïne (9).

Dans les pays occidentaux (Canada, USA, Irlande), la prévalence de femmes victimes de violences conjugales en cabinet de médecine générale oscille entre 8 et 20% sur l'année écoulée (21, 22, 23). Le taux de victimation est ici retrouvé plus élevé probablement en raison de la prise en compte des hommes victimes de violences, ce qui est rarement le cas dans les études. Par ailleurs, la population étudiée n'est pas similaire, l'étude ViA-MG ciblant les patients ayant une problématique addictologique et non les patients de médecine générale. Une étude américaine réalisée chez des femmes consultant en unité traumatique de premier niveau retrouve un antécédent de VC dans l'année précédente chez 59.1% des femmes ayant un problème avec l'alcool contre 12,7% pour celles n'en ayant pas. Quand le partenaire présente une addiction à l'alcool, 55,2% des patients ont déclaré avoir été victime de VC dans l'année écoulée, contre 8,3% si le partenaire ne présente pas de pathologie addictive (24).

Une autre étude américaine met en évidence que 38% des hommes rentrant dans le cadre d'un programme de traitement contre l'addiction à la méthadone à New York déclarent avoir perpétré des violences conjugales dans les 6 derniers mois (25).

Dans l'étude ViA-MG, on retrouve une association entre la présence de violences dans l'enfance et la victimation/perpétration de violence conjugale. Il existe peu d'études de prévalence sur ce sujet.

La soumission d'un enfant à une discipline physique sévère prédit de manière significative la perpétration de violences conjugales à l'âge adulte (26). Une autre étude américaine met en évidence que les individus qui ont subi des abus dans l'enfance reportaient de plus forts taux de violences dans leurs relations intimes (à la fois de la part des hommes et des femmes) (27).

Les violences dans l'enfance émotionnelles/physiques seraient un prédicteur de la victimation à l'âge adulte chez les hommes, il en serait de même concernant l'exposition à des violences sexuelles dans l'enfance chez les femmes (28).

### ***3. Forces de l'étude***

Tous les centres d'addictologie du département du Puy-de-Dôme ont été inclus permettant à l'échantillon d'être représentatif de la population consultant ou étant hospitalisée en addictologie dans le Puy-de-Dôme.

Une collaboration est en cours avec une interne de médecine générale de Paris dans le cadre de sa thèse d'exercice, avec réalisation de la même étude dans des centres parisiens. Ceci va permettre d'augmenter le nombre d'inclusions et ainsi la représentativité des résultats.

Le fait d'avoir utilisé un auto-questionnaire rempli par le patient lui-même a permis de réduire le biais de désirabilité sociale /prévarication. Cela a sûrement permis au patient d'aborder plus facilement les aspects intimes du questionnaire.

Le fait d'inclure à la fois des hommes et des femmes dans l'étude est une force importante. En effet, beaucoup d'études s'intéressent aux femmes victimes de violence conjugale mais très peu concernant les hommes avec ainsi une méconnaissance de cette problématique affectant tous les genres.

### ***4. Limites de l'étude***

Le taux de participation à l'étude a été faible (1,5%). Ce faible taux est dû en partie à la récurrence, pendant la période de recueil, des mêmes patients consultants, ceux-ci ne remplissant le questionnaire qu'une seule fois. Le fait de mener l'étude à plus grande échelle va permettre d'en améliorer la participation et ainsi la représentativité.

Devant le taux bien plus faible de perpétration que de victimation, on peut quand même se poser la question d'un éventuel biais de déclaration de la part des auteurs de violences conjugales. Le biais de déclaration est défini comme la révélation ou la suppression sélective d'informations (29).

On parle aussi de biais de désirabilité sociale qui est une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société, de gagner une évaluation positive auprès des personnes qui l'entourent (30). Ce biais est déclenché par deux facteurs : la nature des questions (sujets sensibles et/ou très personnels) et la présence d'un enquêteur (31). Ici ce biais est quelque peu limité par l'utilisation d'un auto-questionnaire mais on peut supposer qu'il existe quand même une minimisation des déclarations concernant la perpétration des violences.

Se pose également la question d'un biais de non-réponse. L'intitulé du questionnaire mentionnant les violences conjugales, on peut penser que les personnes concernées par ces violences aient plus tendance à répondre que les personnes non concernées. On note d'ailleurs que certains participants n'ont pas répondu à la question sur les violences mais ont inscrit à la place « Non concerné ».

## ***5. En pratique***

L'étude VIA-MG met en évidence le lien entre pathologies addictives et violences conjugales. Il existe plusieurs modèles qui permettraient d'expliquer le lien entre l'usage de substances psychoactives et les VC (32) :

-En 1985, Goldstein a regroupé sous un même modèle, trois conceptualisations unidimensionnelles : le modèle psychopharmacologique, selon lequel la violence découlerait des effets psychopharmacologiques de la substance ; le modèle économique-compulsif, selon lequel la violence résulterait de la nécessité d'obtenir de l'argent pour assouvir la dépendance à une substance coûteuse ; et le modèle systémique, selon lequel la violence serait intrinsèque au réseau d'approvisionnement et de distribution de la drogue.

- Le modèle bio-psycho-social propose que les influences distales (violences dans l'enfance, antécédents familiaux d'usage de substances, anciennes consommations de substances, image

traditionnelle des genres, pathologies psychiques) en lien avec les influences proximales (intoxication, déficit de traitement de l'information, provocation, impulsivité, hypersensibilité, contexte de la rencontre) augmentent le risque d'agression dans un contexte de relation conflictuelle avec le partenaire intime.

Concernant le fait que les pathologies addictives soient plus fréquentes chez les victimes de VC, cela pourrait être expliqué par la mémoire traumatique, le fait de subir des violences augmente le risque de commencer à consommer des drogues, ceci constituant une stratégie de lutte face au traumatisme subi (33).

L'intrication entre le fait d'être à la fois victime et auteur de violence conjugale s'oppose à la dualité victime/auteur généralement admise. Il n'y a pas de profil type d'auteurs et/ou de victimes de violence conjugale mais plutôt des situations spécifiques au couple auteur/victime. L'identité du couple auteur/victime n'est pas une donnée stable mais relève de l'histoire de chacun des partenaires et des échanges avec l'environnement social. Ainsi, que ce soit pour les auteurs comme les victimes, les parcours de vies sont marqués par des événements de vie douloureux tels que les violences intra familiales (34).

Les résultats de l'étude mettent en évidence que la grande majorité des participants étaient suivis par un médecin généraliste. Alors que le sujet des addictions est souvent abordé en consultation, il n'en est pas de même concernant les violences conjugales. De nombreuses études ont montré que les médecins généralistes sont en première ligne pour recevoir les victimes et/ou auteurs de violences conjugales ainsi que les patients présentant une pathologie addictive (17, 18).

Donc des contacts existent entre les médecins généralistes et cette population addictologique et/ou auteur/victime de violences conjugales. Ces contacts ne sont peut-être pas fréquents, il

s'agit sûrement de consultations difficiles, il est donc délicat d'effectuer un repérage de ces problématiques.

Par ailleurs, les freins à un tel repérage sont nombreux chez les médecins. Ceux-ci décrivent dans le cadre des violences, un manque de temps et de disponibilité, un manque de formation et de sensibilisation au problème, ils se sentent seuls et impuissants face aux victimes (35, 36).

Concernant les pathologies addictives, les freins à la prise en charge des patients sont quasiment similaires. Le manque de temps, de formation, d'outils et un isolement du médecin sont retrouvés en premier lieu (37).

Il semble donc important de travailler sur ces axes notamment lors d'études ultérieures, afin d'améliorer le repérage et la prise en charge de ces deux problématiques par les médecins généralistes.

## ***6. Perspectives***

L'étude associée se déroulant dans les centres d'addictologie parisiens permettra sûrement de corroborer ces résultats. A plus grande échelle, une étude multicentrique avec un échantillon plus conséquent de participants permettrait de confirmer le lien entre pathologies addictives et violences conjugales.

Même si un lien entre addictions et violences conjugales est retrouvé, l'étude ne présume en rien de la nature de ce lien notamment en termes de chronologie et de mécanisme physiopathologique. Il serait intéressant dans ce cas d'effectuer une étude qualitative pour explorer cette association.

Enfin, ces résultats s'appliquent sur la population consultant ou étant hospitalisée en addictologie et ne sont pas applicables à la population de médecine générale. Il faudrait



réaliser une étude dans des cabinets de médecine générale afin de pouvoir extrapoler ces résultats.

Il sera intéressant de retrouver ces résultats sur le site Décllic violence qui est un outil d'aide au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en pratique quotidienne en médecine générale (38).

## **CONCLUSION**

L'étude VIA-MG met en évidence qu'environ un patient sur 3 déclare avoir été victime et/ou auteur de violences conjugales (VC) au cours des douze derniers mois parmi les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-de-Dôme. Le lien entre pathologies addictives et VC a pu être confirmé.

D'autre part, une forte association entre la présence de violences dans l'enfance et la perpétration/ victimation de VC a été retrouvée. Il est à noter également l'intrication importante entre les victimes et les auteurs de VC.

Cette étude a permis d'avoir une meilleure connaissance des patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie ainsi que des attentes de cette population vis à vis de leur médecin généraliste et de la prévalence des VC dans cette population.

Mieux connaître les caractéristiques de ces patients, les liens entre VC et addictions et les attentes de ces patients peut permettre aux médecins généralistes de mieux les accompagner.

Le lien entre pathologies addictives et VC sera à explorer par le biais d'études multicentriques avec ainsi une meilleure représentativité pour renforcer ces données. Il semble important de réaliser une étude en médecine générale afin de pouvoir explorer la prévalence des VC dans cette population.

L'étude ViA-MG est également en cours dans des centres addictologiques parisiens, conduite par une interne de médecine générale de Paris, il sera intéressant d'étudier la concordance des résultats.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,  
Pierre CLAVELOU



Le président du Jury,  
Georges BROUSSE

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Georges Brousse', written over a horizontal line.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé : violence entre partenaires. 2002.
2. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Bull Mens Inf Inst Natl Détudes Démographiques [Internet]. janv 2001 [cité 3 déc 2019];(364). Disponible sur : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/18735/pop\\_et\\_soc\\_francais\\_364.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf)
3. Guillam M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. sept 2014;62:S252.
4. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » : les violences conjugales. 2019
5. « Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Année 2019 », ministère de l'Intérieur, Délégation aux victimes. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Archives/Archives-des-communiques-de-presse/2020-communiques/Etude-nationale>
6. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. Clermont Auvergne ; 2017
7. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. drogues.gouv.fr. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
8. Addiction à une substance : critères DSM-5 [Internet]. Disponible sur : <http://www.addictauvergne.fr/addictauvergne/wp-content/uploads/2014/02/Crite%CC%80res-addiction-DSM5.pdf>
9. Agnès Cadet-Taïrou, Aurélie Lementier-Jeannet, Sylvain Gautier. Profils et pratiques des usagers de drogue rencontrés dans les CAARUD en 2015. Observatoire français des drogues et toxicomanies, septembre 2018
10. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017.

Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):89-97. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html)

11. Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale, Naasila M. Alcool & Santé. Lutter contre un fardeau aux multiples visages. [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2006 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
12. Anne-Claire Brisacier, Alex Brissot, Agnès Cadet-Taïrou, Michel Gandilhon, Éric Janssen, Olivier Le Nézet, Aurélie Lermenier-Jeannet, Magali Martinez, Christophe Palle, Stanislas Spilka. Drogues, Chiffres Clés. Juin 2019. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies.
13. Smith PH, Homish GG, Leonard KE, Cornelius JR. Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav [Internet]. juin 2012 [cité 9 févr 2020];26(2). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3883081/>
14. Amanda Atkinson, Zara Anderson, Karen Hughes, Mark A Bellis, Harry Sumnall and Qutub Syed. interpersonal\_violence\_and\_illicit\_drug\_use.pdf [Internet]. Centre for Public Health Liverpool John Moores University WHO Collaborating Centre for Violence Prevention; 2009
15. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes : prise en charges des addictions par les médecins généralistes. 2009;29
16. Saurel-Cubizolles M-J. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000 [santepubliquefrance.fr](http://santepubliquefrance.fr). :2
17. Hélène Canuet, Isabelle Belin, Guillaume Henry. Prise en charge de la femme victime de violence conjugale par les médecins généralistes : une étude qualitative. Exercer 2010 ;92 :75-81
18. T Chiffi de los Rios, S Regard, E Escard. Cinquante nuances de violence domestique au féminin : l'implication des médecins est essentielle ; Rev Med Suisse 2015, 11 :1761-5
19. Déclic Violence -Site Internet. Disponible sur : <http://www.declicviolence.fr/index.html>

20. Julia Bretonnet. Étude de faisabilité de l'étude ViA-MG : Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie dans le Puy-De-Dôme et attentes vis-à-vis de la médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2020.
21. Fiona Bradley, Mary Smith, Jean Long, Tom O'Dowd. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002;324:1–6
22. Farah Ahmad, Sheilah Hogg-Johnson, Donna E. Stewart, Wendy Levinson. Violence involving intimate partners Prevalence in Canadian family practice. *Can Fam Physician* 2007;53:460-468
23. Ann L. Coker, Paige Hall Smith, Robert E. McKeown, and Melissa J. King. Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by Type: Physical, Sexual, and Psychological Battering. *American Journal of Public Health*. April 2000, Vol. 90, No. 4
24. Weinsheimer, R L. MD; Schermer, C R. MD, MPH; Malcoe, L H. PhD, MPH; Balduf, L M. MD; Bloomfield, L A. MSW. Severe Intimate Partner Violence and Alcohol Use among Female Trauma Patients. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*: January 2005 - Volume 58 - Issue 1 - p 22-29 doi: 10.1097/01.TA.0000151180.77168.A6
25. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Chang M, Fontdevila J. Perpetration of intimate partner violence among men in methadone treatment programs in New York City. *Am J Public Health*. 2007 Jul;97(7):1230-2. doi: 10.2105/AJPH.2006.090712. Epub 2007 May 30. PMID: 17538056; PMCID: PMC1913091.
26. Swinford, S. P., DeMaris, A., Cernkovich, S. A., & Giordano, P. C. (2000). Harsh physical discipline in childhood and violence in later romantic involvements: The mediating role of problem behaviors. *Journal of Marriage and Family*, 62(2), 508-519.
27. Linder, J. R., & Collins, W. A. (2005). Parent and Peer Predictors of Physical Aggression and Conflict Management in Romantic Relationships in Early Adulthood. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 252–262. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.252>
28. Jung H, Herrenkohl TI, Skinner ML, Lee JO, Klika JB, Rousson AN. Gender Differences in Intimate Partner Violence: A Predictive Analysis of IPV by Child Abuse and Domestic

Violence Exposure During Early Childhood. *Violence Against Women*. 2019 Jun;25(8):903-924. doi: 10.1177/1077801218796329. Epub 2018 Aug 30. PMID: 30160199; PMCID: PMC6395526

29. Raphaëlle Butori, Béatrice Parguel. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM, 2010, France. fhalshs-00636228
30. CROWNE DP, MARLOWE D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol*. 1960 Aug;24:349-54. doi: 10.1037/h0047358. PMID: 13813058
31. Nass C., Moon Y. et Carney P. (1999), Are respondents polite to computers? Social desirability and direct responses to computers, *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 5, 1093-1110.
32. Moore T, Stuart G, Meehan J, Rhatigan D, Hellmuth J, Keen S. Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. févr 2008;28(2):247-74.
33. Salmona M. La mémoire traumatique en bref [Internet]. <https://www.memoiretraumatique.org>. 2008 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/memoire-traumatique.html>
34. Université de Toulouse Jean-Jaurès, Centre de criminologie et Sciences Humaines de Midi-Pyrénées. Etude des dynamiques violentes conjugales et de la trajectoire de vie du couple auteur/victime de violence conjugale: note de synthèse du rapport final [Internet]. 2017 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.gip-recherchejustice.fr/publication/view/etude-des-dynamiques-violentes-conjugales-et-de-la-trajectoire-de-vie-du-couple-auteurvictime-de-violence-conjugale>
35. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires?: quelles réponses peut-on apporter? Lorraine; 2016.
36. Barroso-Debel M ; Lazimi G ; Lazimi N ; Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale : Une étude qualitative en Île-de-France.

Medecine : de la médecine factuelle à nos pratiques, vol 10, N°9, 2014/11/01, pages 423-428, table, 16 ref

37. Leïla Benkiran. 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. Médecine humaine et pathologie. 2014
38. Déclic Violence — Site [Internet]. [Disponible sur : <http://www.declievioence.fr/index.htm>

## ANNEXE I : Questionnaire de participation à l'étude ViA-MG

### QUESTIONNAIRE DE PARTICIPATION



## Etude ViA-MG



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

Madame, Monsieur,

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

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

Votre participation à cette étude est entièrement **libre et volontaire**. Vous êtes libres de refuser d'y participer sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Les réponses au questionnaire sont **anonymes** et doivent être rendues dans une enveloppe fermée déposée dans la boîte prévue à cet effet.

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

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

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

#### *Investigateurs :*

- *Dr Mathilde VICARD-OLAGNE, médecin généraliste – Assistante universitaire, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, 28 place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand.*
- *ATGER Lydie, interne de médecine générale, Département de médecine générale, Faculté de Médecine, 28 place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand*
- *Dr Julia BRETONNET, médecin généraliste*



1. Etes-vous ?  
 Une femme  Un homme  Non binaire

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

3. Quel est votre âge ? : ..... ans

4. Avez-vous des enfants ?  
 Oui  Non

5. Pour quelle(s) addiction(s) consultez-vous (ou êtes-vous hospitalisé) ce jour ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Tabac
- Alcool
- Cannabis
- Cocaïne
- Héroïne
- Suivi d'un traitement de substitution aux opiacés (Méthadone, Subutex®, Suboxone®, Buprénorphine...)
- Médicaments contre la douleur : Morphine, Skenan®, Oxycontin®, Codéine...
- Médicaments pour le stress, les angoisses et/ou le sommeil : Benzodiazépines (Xanax®, Seresta®, Valium®, ...), Lyrica®...
- Aliments
- Jeu d'argent / jeu vidéo
- Autre(s) :

.....  
....

6. Quelles substances avez-vous consommé pendant ces 12 derniers mois ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Tabac
- Alcool
- Cannabis
- Cocaïne
- Héroïne
- Traitement de substitution aux opiacés (Méthadone, Subutex, Suboxone, Buprénorphine...)
- Médicaments contre la douleur : Morphine, Skenan®, Oxycontin®, Codéine...
- Médicaments pour le stress, les angoisses et/ou le sommeil : Benzodiazépines (Xanax®, Seresta®, Valium®, ...), Lyrica®...
- Autre(s) :

.....  
.....

7. Quels sont les traitements (toute pathologie confondue) que vous prenez actuellement ?

.....  
.....

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

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

Oui

Non

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

Oui

Non

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

Oui

Non

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

Oui

Non

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

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

Oui

Non

b. Atteinte PSYCHIQUE : insulter, menacer, intimider, interdire, imposer une croyance/idéologie...

Oui

Non

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

Oui

Non

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

Oui

Non

10. Vous-même, lorsque vous étiez enfant, diriez-vous que vous avez été victime, de la part d'une personne de votre famille ou une personne extérieure à votre famille :

a. Violence PHYSIQUE : coups de poings ou pieds, brûlures, ...

Oui

Non

Ne souhaite pas répondre

b. Violence PSYCHOLOGIQUE : menaces, insultes, humiliations...

Oui

Non

Ne souhaite pas répondre

c. Violence par NEGLIGENCE : de soins, d'hygiène...

Oui

Non

Ne souhaite pas répondre

d. Violence SEXUELLE : attouchements, viol...

- Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

11. Avez-vous un médecin généraliste qui vous suit régulièrement ?

- Oui  Non

12. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ?

- 0 fois  3 à 5 fois  
 1 à 2 fois  > à 6 fois

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

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

.....  
.

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

- Oui  Non

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

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

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

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

- Oui  Non

**Si oui**, qui a abordé le sujet ?

- Moi  Le médecin

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

- Oui  Non

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

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

- Oui  Non

**Si oui**, qui a abordé le sujet ?

- Moi  Le médecin

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

Oui

Non

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

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

**Nous vous remercions pour votre participation.**

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

## ANNEXE II : Affiche exposée dans la salle d'attente



### Etude ViA-MG



Madame, Monsieur,

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

**Pouvez-vous nous donner votre avis dans le questionnaire qui vous est proposé en fin de consultation ?**

Merci d'avance de votre précieuse participation,

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

Dr Mathilde Vicard-Olagne, médecin généraliste

Lydie ATGER, interne de médecine générale

## ANNEXE III : Affiche exposée dans le box de consultation



### Etude ViA-MG



Madame, Monsieur,

Un questionnaire va vous être proposé en fin de consultation.

Il s'agit d'une étude portant sur les **addictions**, les **violences** et vos **attentes** envers votre médecin généraliste.

La participation est **libre et anonyme**. Vous êtes libres de refuser d'y participer.

Merci d'avance pour votre précieuse participation et de prendre **5 minutes** pour nous permettre d'améliorer nos pratiques !!



Dr Mathilde ~~Vicard-Olagné~~, médecin généraliste

Lydie ATGER, interne de médecine générale

## ANNEXE IV : Affiche de la boîte de recueil



# Etude ViA-MG



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

Madame, Monsieur,

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

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

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libres de refuser d'y participer sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Les réponses au questionnaire sont anonymes et doivent être rendues dans une enveloppe fermée déposée dans la boîte prévue à cet effet.

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

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

*Contacts :*

- *Julia BRETONNET, médecin généraliste*
- *Dr Mathilde VICARD-OLAGNE, médecin généraliste – Chef de Clinique Universitaire, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, 28 place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand.*
- *Lydie ATGER, interne de médecine générale*



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

Titre abrégé : Etude VIA-MG

Version : 2 en date du : 22/11/2021

<b>Code Promoteur</b>	<b>n° d'enregistrement ANSM</b>
RNI 2021 VICARD-OLAGNE	2021-A01356-35

<b>PROMOTEUR</b> CHU de Clermont-Ferrand 58 Rue Montalembert 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1
<b>INVESTIGATEUR COORDINATEUR :</b> Dr Mathilde VICARD-OLAGNE Maître de conférences associé de médecine générale- Médecin généraliste Département de médecine générale Faculté de Médecine - BP38 28 place Henri Dunant 63001 CLERMONT FERRAND Cedex 1 E-mail : <a href="mailto:mathilde.vicard-olagne@uca.fr">mathilde.vicard-olagne@uca.fr</a>



<b>COLLABORATEURS SCIENTIFIQUES :</b>	
<p><b>Lydie ATGER</b>  <b>Interne en médecine générale</b>  <b>Département de médecine générale</b>                      Faculté de médecine                      28 place Henri Dunant                      63000 CLERMONT-FERRAND</p> <p><b>Amira KADRI</b>  <b>Interne en médecine générale</b>  <b>Département de médecine générale</b>                      Paris Est Créteil (UPEC) – 61 Avenue du Général de Gaulle                      94000 Créteil</p>	
<b>PARTENAIRES ASSOCIES :</b>	
<p><b>Dr Catherine LAPORTE</b>  <b>Maître de conférences des universités</b>  <b>Département de Médecine Générale</b>                      Faculté de Médecine                      28 place Henri Dunant                      63000 CLERMONT-FERRAND</p>	<p><b>Pr Georges BROUSSE</b>  <b>Professeur des universités</b>  <b>Pôle psychiatrie</b>                      CHU Clermont-Ferrand                      58 rue Montalembert                      63001 CLERMONT-FERRAND Cedex 1</p>
<p><b>Pr Florence VORSPAN</b>  <b>PU-PH</b>  <b>Département de Psychiatrie et de Médecine Addictologique</b>                      Hôpital Fernand Widal APHP                      200 rue du Faubourg St Denis                      75010 PARIS</p>	
<b>METHODOLOGISTES / STATISTICIENS</b>	
<p><b>Céline LAMBERT, – Biostatisticienne</b>  <b>Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation</b>                      CHU Clermont-Ferrand, 3ème étage,                      Bâtiment Dunant, 58 rue Montalembert                      63003 CLERMONT-FERRAND Cedex</p>	<p><b>Bruno PEREIRA – Biostatisticien</b>  <b>Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation</b>                      CHU Clermont-Ferrand, 3<sup>ème</sup> étage,                      Bâtiment Dunant, 58 rue Montalembert                      63003 CLERMONT-FERRAND Cedex</p>
<b>ATTACHEE DE RECHERCHE CLINIQUE</b>	
<p><b>Ingrid DE CHAZERON</b>  <b>Recherche clinique</b>  <b>Services de Psychiatrie B et Neurologie A</b>                      CHU Clermont-Ferrand                      58 rue Montalembert                      63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 1</p>	
<b>LIEU DE REALISATION DE L'ETUDE</b>	
<p>Structures ambulatoires et hospitalières d'addictologie de Paris et du Puy De Dôme</p>	

## RESUMÉ

### Contexte :

Les violences conjugales constituent une problématique fréquente majoritairement décrite chez la femme dont la prévalence est très variable selon les études (1). On estime qu'en France environ 1 femme sur 10 a été victime de violences conjugales au cours des 12 derniers mois. Une femme européenne sur 5 a été victime de violences physiques et/ou sexuelles et une sur 2 a été victime de violences psychologiques au cours de sa vie (2). Celles-ci peuvent prendre différentes formes que ce soit physique, psychique, sexuelle, économique. C'est une problématique multifactorielle et ayant de multiples conséquences telles que l'isolement, mais également un retentissement sur la santé avec des traumatismes physiques, troubles psychologiques et psychiatriques avec notamment l'abus de substances psychoactives (3).

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

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

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

### Objectifs :

Principal : évaluer la prévalence (présentée avec un intervalle de confiance) de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients de Paris et du Puy-de-Dôme consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction.

Secondaires : Décrire la population consultant ou étant hospitalisée pour une problématique d'addiction à Paris et dans le Puy-De-Dôme: âge, sexe, type d'addiction, présence de violences conjugales (subies et/ou commises), étudier les facteurs associés à la perpétration et la victimation : âge, sexe, type d'addiction, présence de violence dans l'enfance, caractéristiques de recours à la médecine générale, attentes vis-à-vis de la médecine générale (concernant les pathologies addictives et les violences conjugales).

### Type d'étude :

Etude observationnelle descriptive

### Nombre de centres :

- En ambulatoire :

- CHU Clermont-Ferrand : consultations d'addictologie
- CH Sainte-Marie : consultations d'addictologie
- CH Thiers : consultations d'addictologie
- CH Ambert : consultations d'addictologie
- ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) de Clermont-Ferrand, Issoire et Ambert
- CSAPA Fernand Widal Paris
- En hospitalisation :
  - CHU Clermont-Ferrand
  - CH Thiers
  - CH Clémentel
  - Hôpital Fernand Widal Paris

**Description de l'étude :** Il s'agit d'une étude descriptive cherchant à évaluer la prévalence de la perpétration et victimation des violences conjugales chez les patients consultant ou étant hospitalisés en addictologie à Paris et dans le Puy-de-Dôme. Cette prévalence sera évaluée au moyen d'auto-questionnaires proposés dans les centres d'addictologie ambulatoires et les services d'addictologie hospitaliers. Les centres auvergnats sont ceux répertoriés sur le site « Addictauvergne.fr » en excluant les centres prenant en charge uniquement la tabacologie.

- **Distribution des questionnaires :** Les questionnaires et les boîtes de recueil seront distribués dans les centres par Lydie ATGER et Amira KADRI. Le questionnaire (annexe 1) sera proposé au patient à l'issue de la consultation par le professionnel. Un rappel de l'anonymat ainsi que des modalités rapides de l'étude sera effectué par le professionnel. Le patient sera invité à répondre au questionnaire par des affichettes disposées sur le bureau des consultants et en salle d'attente (annexe 2 et 3). Le remplissage du questionnaire s'effectuera à l'issue de la consultation dans la salle d'attente. Les questionnaires remplis seront ensuite déposés dans des enveloppes fermées elles-mêmes déposées dans des boîtes de recueil.
- **Recueil des données :** L'interne en charge de l'étude se rendra dans les différents centres à intervalle régulier afin de récupérer les boîtes de dépôt. L'analyse des questionnaires permettra de décrire la population consultant ou étant hospitalisée en addictologie à Paris et dans le Puy-de-Dôme : âge, sexe, type d'addiction, présence de violences conjugales (subies et/ou commises), facteurs associés à la violence, caractéristiques de recours à la médecine générale, attentes vis-à-vis de la médecine générale. Nous évaluerons ainsi la prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales parmi les patients consultant en addictologie ayant rempli le questionnaire.

**Critère de jugement principal :**

Prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients de Paris et du Puy-de-Dôme consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction.

**Nombre de sujets :**

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

**Critères d'inclusion :**

- Patient majeur, étant ou ayant été en couple, venant consulter ou étant hospitalisé pour un problème d'addiction
- Patient parlant et écrivant le français
- Patient capable de donner son consentement éclairé à participer à la recherche
- Affiliation à un régime de sécurité sociale

**Critères de non inclusion :**

- Patients incapables majeurs, personnes protégées
- Addiction au tabac seul
- Refus de participation

**Description succincte des produits : Non applicable****Déroulement de l'étude :**

- Rédaction du protocole préliminaire de l'étude et rédaction du questionnaire par Julia BRETONNET en 2019
- Etude de faisabilité au sein de l'ANPAA de Clermont-Ferrand du 7 novembre 2019 au 5 décembre 2019 réalisée par Julia BRETONNET
- Modification du questionnaire et du protocole de recherche grâce aux résultats de l'étude de faisabilité
- Présentation des résultats de l'étude de faisabilité le 29 septembre 2020 avec modifications à apporter aux questionnaires
- Etude générale dans les différents centres ambulatoires et hospitaliers de Paris et du Puy-de-Dôme
- Date de début de l'étude prévue en décembre 2021, période de recueil d'environ 6 mois à ajuster selon le taux de participation dans les différents centres.
- Recueil des questionnaires, analyse des données et analyse statistique

## SOMMAIRE

<b>1. INFORMATIONS GENERALES</b>	<b>8</b>
1.1. TITRE DE LA RECHERCHE	8
1.2. CODE PROMOTEUR	8
1.3. PROMOTEUR	8
1.4. COORDINATION ET SUIVI DE L'ETUDE	8
1.5. INVESTIGATEURS	8
1.5.1. <i>Investigateur coordonnateur</i>	8
1.5.2. <i>Investigateurs principaux</i>	8
1.6. COLLABORATEURS SCIENTIFIQUES	9
1.7. PARTENAIRES ASSOCIES	9
1.8. LIEUX DE REALISATION D'ETUDE	9
1.9. TRAITEMENT DES DONNEES	9
1.10. COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES	10
1.11. CALENDRIER PREVISIONNEL DE L'ETUDE	10
<b>2. RATIONNEL DE L'ETUDE / JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE</b>	<b>10</b>
2.1. DERNIER ETAT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES	10
2.2. DERNIER ETAT DES CONNAISSANCES SUR L'EXPERIMENTATION PRE CLINIQUE	13
2.3. EXPOSE DES HYPOTHESES ET DES OBJECTIFS	13
2.4. RESUME DES BENEFICES ET DES RISQUES PREVISIBLES ET CONNUS POUR LES PERSONNES SE PRETANT A LA RECHERCHE	14
2.5. RETOMBES ATTENDUES	14
2.6. REFERENCES A LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE ET AUX DONNEES PERTINENTES SERVANT DE REFERENCE POUR LA RECHERCHE	14
<b>3. OBJECTIFS DE L'ETUDE</b>	<b>17</b>
3.1. OBJECTIF PRINCIPAL	17
3.2. OBJECTIFS SECONDAIRES	17
<b>4. DESCRIPTION DE L'ETUDE</b>	<b>17</b>
4.1. TYPE D'ESSAI	17
4.2. CATEGORIE DE RECHERCHE	17
4.3. JUSTIFICATION DE LA QUALIFICATION	18
<b>5. POPULATION ETUDIEE</b>	<b>18</b>
5.1. CRITERES D'INCLUSION	18
5.2. CRITERES DE NON INCLUSION	18
5.3. PERIODE D'EXCLUSION ET PARTICIPATION A UNE AUTRE RECHERCHE	18
5.4. INDEMNISATION DES VOLONTAIRES	18
5.5. MODALITES DE RECRUTEMENT	18
<b>6. METHODOLOGIE DE L'ETUDE</b>	<b>19</b>
6.1. CRITERES D'EVALUATION	19
6.1.1. <i>Critère d'évaluation principal</i>	19
6.1.2. <i>Critères d'évaluation secondaires</i>	19
6.2. DESCRIPTION DE LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	19

6.3.	DESCRIPTION DES MESURES PRISES POUR REDUIRE ET EVITER LES BIAIS .....	21
<b>7.</b>	<b>REALISATION PRATIQUE DU PROTOCOLE .....</b>	<b>21</b>
7.1.	DESCRIPTION DETAILLEE DES ACTES PRATIQUES SUR LES PERSONNES (DESCRIPTION DE CHACUNE DES VISITES).....	21
7.2.	DESCRIPTION DE L'ORGANISATION LOGISTIQUE GENERALE DE L'ESSAI.....	21
7.3.	PRELEVEMENTS ET ANALYSES BIOLOGIQUES DE L'ETUDE.....	21
7.4.	DUREE PREVUE DE PARTICIPATION DES PERSONNES ET DESCRIPTION DE LA CHRONOLOGIE DE L'ESSAI.....	21
<b>8.</b>	<b>DONNEES RECUEILLIES .....</b>	<b>22</b>
<b>9.</b>	<b>CONSIDERATIONS STATISTIQUES .....</b>	<b>22</b>
9.1.	NOMBRE DE SUJETS A INCLURE .....	22
9.2.	ANALYSE DE DONNEES : GENERALITES.....	23
9.3.	ANALYSE PRINCIPALE .....	23
9.4.	ANALYSES SECONDAIRES .....	23
9.5.	METHODE DE PRISE EN COMPTE DES DONNEES MANQUANTES, INUTILISEES OU INVALIDES.....	24
9.6.	RESPONSABLE DE L'ANALYSE .....	24
<b>10.</b>	<b>CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES .....</b>	<b>24</b>
10.1.	COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES .....	24
10.2.	INFORMATION DU SUJET .....	24
10.3.	AMENDEMENTS AU PROTOCOLE .....	25
<b>11.</b>	<b>TRAITEMENT DES DONNEES ET CONSERVATION DES DOCUMENTS ET DONNEES RELATIVES A LA RECHERCHE .....</b>	<b>25</b>
11.1.	SAISIE ET TRAITEMENT DES DONNEES.....	25
11.2.	CNIL.....	25
11.3.	ARCHIVAGE.....	25
<b>12.</b>	<b>FINANCEMENT ET BUDGET DE L'ETUDE .....</b>	<b>26</b>
12.1.	BUDGET DE L'ETUDE.....	26
<b>13.</b>	<b>COMMUNICATION - REGLES DE PUBLICATION .....</b>	<b>26</b>
<b>14.</b>	<b>FAISABILITE DE L'ETUDE .....</b>	<b>26</b>
<b>15.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>28</b>
<b>16.</b>	<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>30</b>

## **1. Informations générales**

### 1.1. Titre de la recherche

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

Etude VIA-MG.

### 1.2. Code Promoteur

RNI 2021 VICARD-OLAGNE

### 1.3. Promoteur

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

Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation  
Tél : 04.73.751.195 / Fax : 04.73.754.730

### 1.4. Coordination et suivi de l'étude

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

### 1.5. Investigateurs

#### *1.5.1. Investigateur coordonnateur*

Dr VICARD-OLAGNE Mathilde, docteur en médecine, maître de conférences associé de médecine générale.

#### *1.5.2. Investigateurs principaux*

- Dr BEN EL MAMOUNE Aymane, psychiatre au CH Sainte Marie à Clermont-Ferrand
- Dr BONGAIN Lucie, Praticien hospitalier attaché, unité d'addictologie et CMP Thiers / Ambert
- Dr BOUTE- MAKOTA Véronique, praticien hospitalier en psychiatrie au CHU de Clermont-Ferrand
- Dr TISSIER Emilie, Assistante des hôpitaux en addictologie au CH Etienne Clémentel et au CHU de Clermont-Ferrand
- Dr VERSCHAVE Marie, psychiatre addictologue à l'ANPAA de Clermont-Ferrand, Issoire et Ambert

- Pr VORSPAN Florence, PU-PH, Département de Psychiatrie et de Médecine Addictologique, hôpital Fernand Widal, Paris

#### 1.6. Collaborateurs scientifiques

- BRETONNET Julia, interne en médecine générale
- ATGER Lydie, interne en médecine générale
- KADRI Amira, interne de médecine générale
- Service de victimologie du CHU de Clermont-Ferrand : Mme MANNEVILLE, psychologue
- Mme LAMBERT Céline, biostatisticienne à la direction de recherche clinique et de l'innovation du CHU de Clermont-Ferrand.
- Mme DE CHAZERON Ingrid, Attachée de recherche clinique

#### 1.7. Partenaires associés

- Pr Georges BROUSSE, PU Addictologie
- Le département de médecine générale de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand dont Dr Catherine LAPORTE, MCU -MG
- Pr Florence VORSPAN, PU-PH, Département de Psychiatrie et de Médecine Addictologique
- L'équipe du site délinquance.

#### 1.8. Lieux de réalisation d'étude

- En ambulatoire :
  - o CHU Clermont-Ferrand : consultations d'addictologie
  - o CH Sainte-Marie : consultations d'addictologie
  - o CH Thiers : consultations d'addictologie
  - o CH Ambert : consultations d'addictologie
  - o ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et en Addictologie) de Clermont-Ferrand, Issoire et Ambert
  - o CSAPA Fernand Widal, Paris
- En hospitalisation :
  - o CHU Clermont-Ferrand
  - o CH Thiers
  - o CH Clémentel
  - o Hôpital Fernand Widal, Paris

#### 1.9. Traitement des données

##### **Céline LAMBERT -Biostatistiques**

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



**Bruno PEREIRA- Biostatistiques**

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

**1.10. Comité de Protection des Personnes**

En cours de tirage au sort

**1.11. Calendrier prévisionnel de l'étude**

Soumission CPP : novembre 2021

Début prévisionnel d'étude : décembre 2021

Période de recrutement : 6 mois

Période de suivi : non applicable

Durée totale de l'étude : 6 mois

Fin d'étude prévisionnelle (dernière visite du dernier patient) : mai 2022

Rapport de fin d'étude : mai 2023

**2. Rationnel de l'étude / Justification scientifique****2.1. Dernier état des connaissances scientifiques**

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

L'étude ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences faites aux Femmes en France), en 2000, met en évidence qu'environ une femme sur 10 a été victime de VC (psychologiques, physiques ou sexuelles) sur les 12 derniers mois (6). Il existe moins de données sur les hommes victimes de VC. Selon l'ONDRP (Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales) dans l'enquête « Cadre de vie et sécurité », 0,4% des hommes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple chaque année (contre 1% pour les femmes) (7).

En 2018, 121 femmes ont été tuées par leur (ex-)partenaire. Sur cette même année, 28 hommes ont été tués par leur (ex-)partenaires, 15 étaient auteurs de violences conjugales (8).

Toujours selon l'enquête ENVEFF, le médecin généraliste s'avère être le premier interlocuteur (24% des cas) avant les autorités judiciaires et les associations (1,10). De plus, les médecins généralistes sont amenés à voir les victimes en consultation pour des conséquences variées (dépression, anxiété, plaintes fonctionnelles, douleurs chroniques, consultations itératives...) et potentiellement graves des violences conjugales (11,12). La HAS (Haute Autorité de Santé) a d'ailleurs publié en octobre 2019 une recommandation de

bonne pratique intitulée « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » s'adressant à tous les professionnels de santé, notamment le médecin généraliste (11).

Les addictions sont définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères (13). Le DSM-V définit ainsi le trouble de l'usage à une substance qui regroupe dans ce terme l'abus (ou usage à risque) et la dépendance. (14).

Selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), en 2014, on estimait à 8,7 millions les usagers réguliers pour l'alcool et 1,4 millions pour le cannabis parmi les 11 – 75 ans (15).

Selon l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), 10% des adultes seraient en difficulté avec l'alcool (dépendance, consommation abusive). L'alcool est la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité prématurée en France : sa consommation contribue de façon directe ou indirecte à 11% des décès masculins et 4% des décès féminins. Les conséquences sont ainsi importantes sur le plan de la santé (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies digestives notamment cirrhose, accidents, suicides...) mais aussi dans le domaine social (relations familiales, travail, loisirs...) (16).

En 2009, près de deux tiers des médecins généralistes ont vu au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année (chiffre en nette augmentation) et 59% ont reçu au moins un usager de cannabis en consultation. Les trois quart des généralistes prenaient eux même en charge leurs patients pour un problème lié à l'alcool (17).

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

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

Par exemple, l'utilisation nocive d'alcool est un facteur de risque d'être auteur de violences conjugales (5).

En France, dans 28% des cas de violences conjugales enregistrés en région parisienne, l'auteur consommait régulièrement des quantités importantes d'alcool (21). Sur les 121 féminicides en France, en 2018, dans 55% des cas au moins l'un des deux (auteur ou victime) était sous l'emprise d'une substance (alcool, stupéfiants).

Une méta-analyse réalisée en 2008 retrouve que le risque d'agression sur un partenaire intime est multiplié par 3 en cas de trouble de l'usage de l'alcool ou d'un autre produit. Les drogues les plus impliquées sont les stimulants (comme la cocaïne) et le cannabis (22).

Une revue de la littérature sur les violences (subies ou produites) et l'usage de substances psychoactives et de drogues chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne retrouve un recours aux substances psychoactives plus important chez les personnes ayant subi des violences au cours de la vie que chez celles n'en ayant pas subi (23).

Prenons encore l'exemple d'une étude réalisée aux USA : « Intimate partner violence and specific substance use disorder » conduite chez 25778 participants ayant été en couple l'année précédente. Parmi les participants déclarant avoir été auteur de violence conjugale, 21,7 % consommaient de l'alcool contre 9,7% chez les non-auteurs. De même pour la cocaïne : 2,1% chez les auteurs contre 0,1% chez les non-auteurs. Concernant les victimes, 24,6% consommaient de l'alcool contre 9,5% chez les non victimes, 7,4% consommaient du cannabis contre 1,3% chez les non-victimes (24).

Dans la population consultant dans les centres d'addictologie, il semble que l'addiction au seul alcool soit la plus représentée. Prenons l'exemple d'une étude réalisée en 2015 portant sur les profils et pratiques des usagers de drogue rencontrés dans les CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques) de France métropolitaine, l'addiction au seul alcool représente 52% des consultations (25). De même l'étude de faisabilité d'une durée de 1 mois réalisée à l'ANPAA de Clermont-Ferrand dans le cadre de cette étude ici présentée, retrouve une proportion de consultations en rapport avec l'alcool de 56,52%. On s'attend donc dans le cadre de cette étude à une part d'addiction à l'alcool de près de la moitié des participants.

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

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

Concernant le fait que les pathologies addictives soient plus fréquentes chez les victimes de VC, cela pourrait être expliqué par la mémoire traumatique, ou syndrome de stress post-traumatique, dont les mécanismes neurobiologiques sont de mieux en mieux connus. Ainsi lors des périodes de souffrance psychologique, la victime utilise des conduites « d'auto-traitements » dissociantes, notamment en consommant des drogues dissociantes (alcool, cannabis, héroïne...) qui permettent de déclencher la disjonction du circuit émotionnel. Ceci constitue ainsi une stratégie de lutte face au traumatisme associé à la violence. De plus le fait de consommer des substances conduit à une relation conflictuelle pourvoyeuse de violences (20, 26).

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

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

Non applicable

## 2.3. Exposé des hypothèses et des objectifs

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

### Objectifs :

-Principal : Evaluer la prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients de Paris et du Puy-de-Dôme consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction.

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

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

- Bénéfices-patient :
  - Favoriser la révélation à des professionnels de certaines problématiques (victimisation et/ou perpétration des VC)
  - Libération de la parole sur ces problématiques (addictions, VC)
- Risques pour le patient :  
Principalement d'ordre psychologique, l'étude pouvant ainsi faire émerger des problématiques non abordées jusqu'alors par les patients et nécessitant une prise en charge spécialisée auprès d'un psychologue. Un soutien psychologique sera ainsi proposé auprès de Mme MANNEVILLE, psychologue au sein du service de victimologie du CHU de Clermont-Ferrand.

#### 2.5. Retombées attendues

Amélioration des pratiques professionnelles :

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

Etapes de recherche à prévoir ultérieurement afin d'atteindre un niveau de validation suffisant pour une application en vie réelle :

- Elargir l'étude à d'autres départements que Paris et le Puy-de-Dôme
- Mener une étude en médecine générale

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

1. Déclic Violence — Site [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.declicviolence.fr/index.html>
2. Guillam M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. sept 2014;62:S252.
3. Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. Am Fam Physician. 15 oct 2016;94(8):646- 51.
4. Stuart GL, Moore TM, Elkins SR, O'Farrell TJ, Temple JR, Ramsey S, et al. The Temporal Association between Substance Use and Intimate Partner Violence

- among Women Arrested for Domestic Violence. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. août 2013 [cité 29 mars 2020];81(4). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885140/>
5. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé : violence entre partenaires. 2002.
6. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Bull Mens Inf Inst Natl Démographies* [Internet]. janv 2001 [cité 3 déc 2019];(364). Disponible sur : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/18735/pop\\_et\\_soc\\_francais\\_364.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf)
7. Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. Victimation 2017 et perception de la sécurité. Résultats de l'enquête Cadre de vie et Sécurité 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur : [https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp\\_files/publications/pdf/rapport\\_CVS\\_2018.pdf](https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp_files/publications/pdf/rapport_CVS_2018.pdf)
8. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violences au sein du couple et violences sexuelles : indicateurs annuels 2018 [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur : [https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/data/Synth%C3%A8se\\_Violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20violences%20sexuelles\\_novembre%202019.pdf](https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/data/Synth%C3%A8se_Violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20violences%20sexuelles_novembre%202019.pdf)
9. Buchaillet C, Jousset N, Rougé Maillart C. Violences conjugales. *Rev Prat Médecine Générale*. mai 2014;28(922):417- 22.
10. Saurel-Cubizolles M-J. Violences envers les femmes et état de santé mentale: résultats de l'enquête Enveff 2000 *santepubliquefrance.fr*. :2.
11. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. 2019. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919\\_reperage\\_des\\_femmes\\_victimes\\_de\\_violences\\_au\\_sein\\_du\\_couple\\_texte\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf)
12. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. *Clermont Auvergne* ; 2017.
13. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. *drogues.gouv.fr*. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>

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

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

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

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

18. Ministère de la Santé et des Solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions : Plan 2007 - 2011 [Internet]. 2006 [cité 9 janv 2019]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_addictions\\_2007\\_2011.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf)

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

20. Amanda Atkinson, Zara Anderson, Karen Hughes, Mark A Bellis, Harry Sumnall and Qutub Syed. *interpersonal\_violence\_and\_illicit\_drug\_use.pdf* [Internet]. Centre for Public Health Liverpool John Moores University WHO Collaborating Centre for Violence Prevention; 2009

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

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

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

24. Smith PH, Homish GG, Leonard KE, Cornelius JR. Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*

[Internet]. juin 2012 [cité 9 févr 2020];26(2). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3883081/>

25. Agnès Cadet-Taïrou, Aurélie Lementier-Jeannet, Sylvain Gautier. Profils et pratiques des usagers de drogue rencontrés dans les CAARUD en 2015. Observatoire français des drogues et toxicomanies, septembre 2018.

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

### **3. Objectifs de l'étude**

#### **3.1. Objectif principal**

Evaluer la prévalence de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients de Paris et du Puy-de-Dôme consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction.

#### **3.2. Objectifs secondaires**

Décrire la population consultant ou étant hospitalisée pour une problématique d'addiction à Paris et dans le Puy-de-Dôme : âge, sexe, type d'addiction,  
Etudier les facteurs associés à la perpétration et la victimation : âge, sexe, type d'addiction, présence de violence dans l'enfance,  
Décrire les caractéristiques de recours à la médecine générale des patients consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addictologie,  
Etudier les attentes vis-à-vis des médecins généralistes concernant les pathologies addictives et les violences conjugales des patients consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction.

### **4. Description de l'étude**

#### **4.1. Type d'essai**

Etude observationnelle descriptive portant sur des patients vus dans le cadre d'une consultation ou d'une hospitalisation.

#### **4.2. Catégorie de recherche**

RIPH de catégorie 3



#### 4.3. Justification de la qualification

Etude en recherche observationnelle: le seul acte ajouté par la recherche est le remplissage d'un questionnaire.

### 5. Population étudiée

#### 5.1. Critères d'inclusion

- Patient majeur, étant ou ayant été en couple, venant consulter ou étant hospitalisé pour une problématique d'addiction
- Patient parlant et écrivant le français
- Patient capable de donner son consentement éclairé à participer à la recherche
- Affiliation à un régime de sécurité sociale

#### 5.2. Critères de non inclusion

- Patients incapables majeurs, personnes protégées
- Addiction au tabac seul
- Refus de participation

#### 5.3. Période d'exclusion et participation à une autre recherche

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

#### 5.4. Indemnisation des volontaires

Aucune indemnisation des volontaires n'est prévue.

#### 5.5. Modalités de recrutement

Dans les centres ambulatoires d'addictologie, les questionnaires seront proposés aux patients éligibles par les professionnels de santé du centre à l'issue de la consultation. Une information claire sur l'anonymat et les modalités de l'étude sera fournie au patient par le professionnel.

Dans les centres hospitaliers, le questionnaire sera proposé lors de l'entrée du patient dans le service par le professionnel de santé en charge de celui-ci, avec information sur les modalités de l'étude et l'anonymat.

## 6. Méthodologie de l'étude

### 6.1. Critères d'évaluation

#### 6.1.1. Critère d'évaluation principal

Prévalence (exprimée avec un intervalle de confiance) de la victimation et de la perpétration des violences conjugales chez les patients de Paris et du Puy-de-Dôme consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction.

#### 6.1.2. Critères d'évaluation secondaires

- Prévalence de chaque type d'addiction (exprimées avec leur intervalle de confiance)
- Caractéristiques socio-démographiques des auteurs et des victimes de violence conjugale consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction (moyenne d'âge, répartition hommes-femmes)
- Caractéristiques de recours à la médecine générale des patients consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction, motifs et fréquence de recours à la médecine générale
- Attentes vis-à-vis des médecins généralistes concernant les pathologies addictives et les violences conjugales des patients consultant ou étant hospitalisés pour une problématique d'addiction.

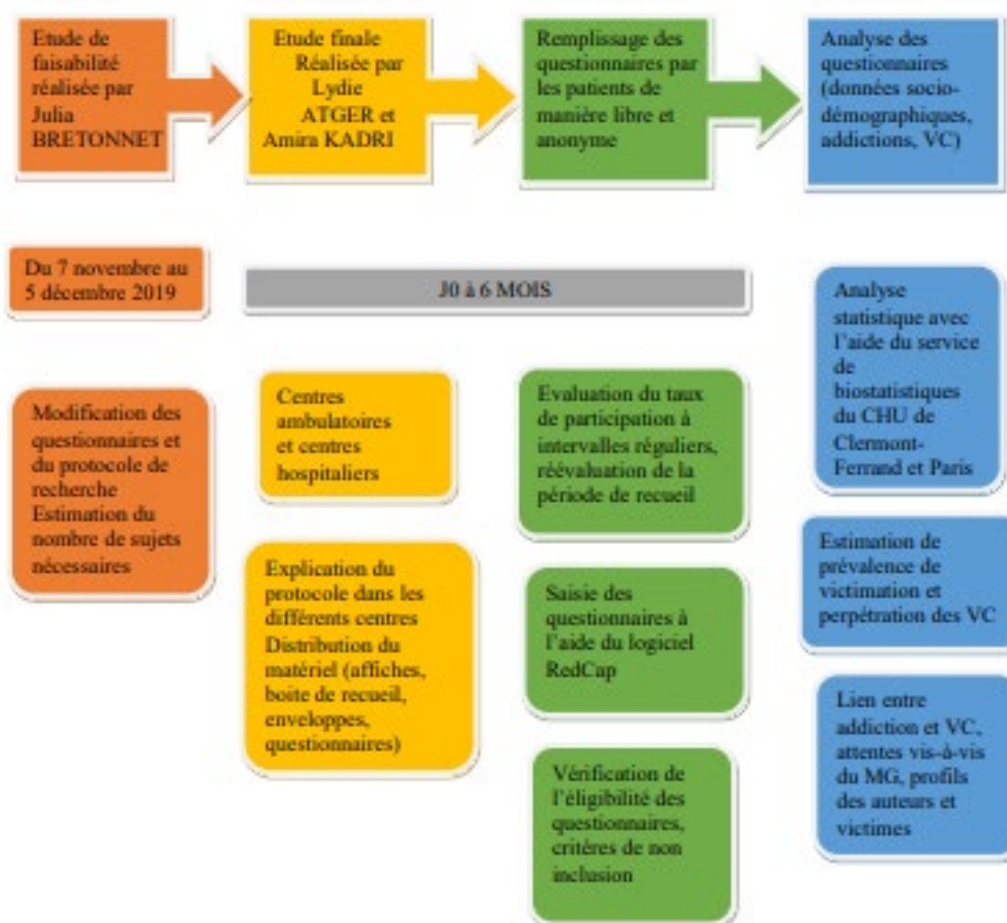
### 6.2. Description de la méthodologie de la recherche

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

- En ambulatoire : Les questionnaires (annexe 1) seront proposés par les professionnels du centre à l'issue de la consultation. Un rappel de l'anonymat ainsi que des modalités rapides de l'étude sera effectué par le professionnel. Le patient sera invité à répondre au questionnaire par des affichettes disposées sur le bureau des consultants et en salle d'attente (annexe 2 et 3). Le remplissage du questionnaire s'effectuera à l'issue de la consultation dans la salle d'attente. Une fois que le questionnaire sera rempli, le patient devra le déposer dans une boîte prévue à cet effet dans une enveloppe fermée. Les modalités de l'étude (avec une information claire sur l'anonymat) seront présentées via une affiche sur la boîte de recueil (annexe 4). Si des questions ou des problèmes sont soulevés par le remplissage du questionnaire, le nom d'un soignant de la structure dans laquelle le patient consulte ainsi que les coordonnées de Mme MANNEVILLE, psychologue au sein de l'unité de victimologie adulte du CHU seront précisés sur le questionnaire et sur la boîte de recueil.
- En hospitalier : Le questionnaire (annexe 1) sera proposé lors de l'entrée du patient dans le service par le soignant en charge du patient. Un rappel de l'anonymat ainsi que des modalités rapides de l'étude sera effectué par le professionnel. Le patient devra ensuite déposer le questionnaire dans la boîte de recueil dans une enveloppe fermée.

Les modalités de l'étude (avec une information claire sur l'anonymat) seront présentées via une affiche sur la boîte de recueil. Si des questions ou des problèmes sont soulevés par le remplissage du questionnaire, le nom d'un soignant de la structure dans laquelle le patient est hospitalisé ainsi que les coordonnées de Mme MANNEVILLE, psychologue au sein de l'unité de victimologie adulte du CHU seront précisés sur le questionnaire et sur la boîte de recueil.

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



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

Réduire le biais d'exhaustivité : Tous les centres d'addictologie du département du Puy de Dôme sont inclus ce qui permet d'être représentatif de la population consultant ou étant hospitalisée en addictologie dans le Puy-de-Dôme. Si cela est possible dans les différents centres, on pourra essayer de tenir une liste de tous les patients possiblement éligibles afin de vérifier a posteriori la représentativité de l'échantillon.

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

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

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

## 7. Réalisation pratique du protocole

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

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

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

- Distribution du matériel (enveloppes, questionnaires, affiches) aux différents centres participant à l'étude par Lydie ATGER et Amira KADRI + explication du protocole et des modalités de l'étude aux personnels
- Recueil des questionnaires + évaluation de la participation de chaque centre à intervalles réguliers
- Saisie informatique des questionnaires papiers sur le logiciel REDCap par Lydie ATGER et Amira KADRI
- Analyse statistique effectuée par Céline LAMBERT
- Le questionnaire utilisé est libre de droits, il ne s'agit pas d'un questionnaire validé pour la langue française.

### 7.3. Prélèvements et analyses biologiques de l'étude

Non applicable

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

Durée de l'étude estimée à environ 6 mois modulables en fonction du taux de participation

Date de début et de fin de l'étude : de novembre 2021 à mai 2022

Durée totale de participation à l'étude pour le patient : temps de remplissage du questionnaire (soit environ 15 minutes.)

La date de fin d'étude sera transmise à l'autorité compétente et au CPP dans un délai de 90 jours.

En cas d'arrêt prématuré de l'étude, l'information sera transmise dans un délai de 15 jours à l'autorité compétente et au CPP.

## 8. Données recueillies

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

- Données socio-démographiques : sexe, âge, situation familiale,
- Données en rapport avec la pathologie addictive : motif de consultation, substances consommées sur les 12 derniers mois, attentes vis-à-vis de la médecine générale
- Données en rapport avec les violences conjugales : victimisation de VC, perpétration de VC sur les 12 derniers mois, attentes vis-à-vis de la médecine générale, présence de violences dans l'enfance
- Données sur le recours à la médecine générale : présence d'un médecin généraliste

« référent », fréquence de consultation, lieu de consultation, même médecin ou non que le/la (ex-) conjoint(e)

Ces données constituées par les questionnaires seront acheminées en sécurité au CHU promoteur dans le véhicule personnel de Lydie ATGER et Amira KADRI, internes en charge de l'étude, dans des boîtes de recueil fermées.

Aucune donnée nominative ne sera recueillie.

## 9. Considérations statistiques

### 9.1. Nombre de sujets à inclure

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

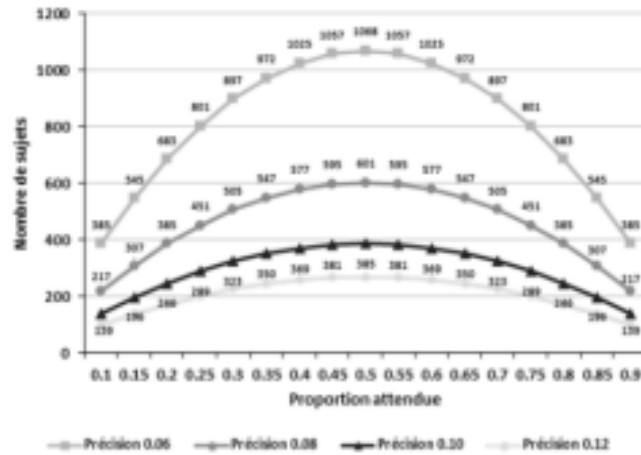


Figure 1

9.2. Analyse de données : généralités

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

9.3. Analyse principale

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

9.4. Analyses secondaires

Les analyses statistiques seront essentiellement de nature descriptive. Des comparaisons entre groupes indépendants (victime oui/non et auteur oui/non) pourront être réalisées par des tests statistiques usuels : test du Chi2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives ; test t de Student ou test de Mann-Whitney pour les variables quantitatives dans le cas de la comparaison de deux groupes ; ANOVA ou test de Kruskal-Wallis pour les variables

quantitatives dans le cas de la comparaison de plus de deux groupes. Des analyses multivariées pourront être proposées, afin de considérer un ajustement sur les paramètres statistiquement ou cliniquement pertinents. Par ailleurs, s'agissant d'une étude à visée exploratoire, des analyses multidimensionnelles seront également envisagées afin de compléter les analyses inférentielles précédentes. Dans ce sens, des analyses multidimensionnelles factorielles de données mixtes (AFDM) permettant d'analyser en tant qu'éléments actifs des variables qualitatives et quantitatives seront considérées, afin de déterminer des profils de sujets particuliers.

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

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

#### 9.6. Responsable de l'analyse

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

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

## 10. Considérations éthiques et réglementaires

### 10.1. Comité de Protection des Personnes

Le protocole et la note d'information seront soumis pour avis au Comité de Protection des Personnes désigné.

Le résumé de l'étude et l'avis favorable du CPP seront adressés pour information par le Promoteur à l'ANSM avant le début de l'étude.

### 10.2. Information du sujet

Les sujets seront informés de façon complète et loyale, en des termes compréhensibles, des objectifs de l'étude et de la nature des informations recueillies, et de leur droit de s'opposer à

tout moment à l'exploitation des données recueillies. L'investigateur doit également informer les sujets de l'avis rendu par le Comité de Protection des Personnes désigné.

Toutes ces informations figurent sur une note d'information remise au patient. La non-opposition du patient sera recueillie et colligée par l'investigateur dans le dossier médical du patient. Ces documents sont approuvés par le Comité de Protection des Personnes désigné et sont à utiliser pour l'étude concernée, à l'exclusion de tout autre document.

#### 10.3. Amendements au protocole

Les modifications apportées au protocole devront être qualifiées de substantielles ou non par le promoteur.

Elles feront, selon leur nature, l'objet d'un nouvel avis du Comité de Protection des Personnes.

### **11. Traitement des données et conservation des documents et données relatives à la recherche**

#### 11.1. Saisie et traitement des données

Saisie des données : la saisie informatique de chaque questionnaire papier se fera par Lydie ATGER et Amira KADRI (internes en médecine générale) sur le logiciel REDCap.

Analyse statistique : celle-ci sera réalisée par Mme Céline LAMBERT

#### 11.2. CNIL

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

#### 11.3. Archivage

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

Ces documents sont :

- Protocole et annexes, amendements éventuels,
- Note d'information
- Données individuelles (questionnaires papier)
- Analyses statistiques
- Rapport final de l'étude



A l'issue de la période d'utilité pratique, l'ensemble des documents à archiver, sera transféré aux archives centrales et sera placé sous la responsabilité du Promoteur pendant 15 ans après la fin de l'étude conformément aux pratiques institutionnelles.

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

## 12. Financement et budget de l'étude

### 12.1. Budget de l'étude

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

## 13. Communication - Règles de publication

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

Dr Catherine LAPORTE, maître de conférences des universités constituera le dernier auteur de cette étude.

Pr Georges BROUSSE, professeur d'université au pôle psychiatrie, Pr VORSPAN Florence professeur d'université en psychiatrie ainsi que Mme Céline LAMBERT, biostatisticienne à la DRCI feront également partie des auteurs.

L'étude sera enregistrée sur [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov).

## 14. Faisabilité de l'étude

- Une étude de faisabilité a été réalisée sur un mois à l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie) de Clermont-Ferrand.
- Celle-ci a permis d'éprouver le questionnaire : en enlevant certaines questions non pertinentes, en modifiant les intitulés pouvant créer une incompréhension, en modifiant les critères d'inclusion et d'exclusion.
- Une participation a été estimée à moins de 4%. Cependant comparativement à 2 études, l'une portant sur les caractéristiques socio-démographiques des patients consultant en addictologie au CHU de Nantes, l'autre portant sur les profils et pratiques des usagers de drogue rencontrés dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques, les profils de patients retrouvés dans l'étude de faisabilité semblent « représentatifs » : prédominance masculine, âge moyen de 30 ans, majorité sans enfant (26, 27).

	Etude VIA-MG (étude de faisabilité)	Description de profils médicosociaux de sujets pharmacodépendants consultant en addictologie à partir d'une base de données informatique : Etude du CHU de Nantes	Profil et pratiques des usagers de drogue rencontrés dans les CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques) en 2015
Sexe			
- Féminin	47,83%	30%	18%
- Masculin	52,17%	70%	81%
Age moyen	36,58	30	38,2
Sujet ayant des enfants			
- Oui	26,09%	32,7%	12,2%
- Non	73,91%	67,3%	87,8%
Consommations motivant la consultation			
- Alcool	56,52%	11,9%	52%
- Cannabis	21,74%	42,8%	50,3%
- Cocaïne	8,7%	3,0%	11%
- Héroïne	17,39%	31,8% (opiacés)	21%
- suivi d'un TSO	26,09%		
- antalgiques :		6,9%	
- Médicaments			
- anxiolytiques :			
	8,7%		

- De plus, une période de recueil de 6 mois a été décidée afin d'obtenir le nombre de sujets nécessaires et les centres seront incités à favoriser la participation.
- Le critère de jugement principal étant la prévalence de la victimation et de la perpétration des VC, l'étude de faisabilité nous en donne une estimation : 36% pour la victimation et 29% pour la perpétration. Le nombre de sujets nécessaire est de 400.
- Dans les centres concernés, on estime qu'il y a 1750 consultations/hospitalisations par mois. Une participation à 4% entrainerait un recrutement de 70 patients par

mois. Pour atteindre un minimum de 400 patients recrutés, une durée de recueil de 6 mois est nécessaire.

## 15. Bibliographie

1. Déclic Violence — Site [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.declicviolence.fr/index.html>
2. Guillaum M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. sept 2014;62:S252.
3. Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. *Am Fam Physician*. 15 oct 2016;94(8):646- 51.
4. Stuart GL, Moore TM, Elkins SR, O'Farrell TJ, Temple JR, Ramsey S, et al. The Temporal Association between Substance Use and Intimate Partner Violence among Women Arrested for Domestic Violence. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. août 2013 [cité 29 mars 2020];81(4). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885140/>
5. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé : violence entre partenaires. 2002.
6. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Bull Mens Inf Inst Natl D'études Démographiques* [Internet]. janv 2001 [cité 3 déc 2019];(364). Disponible sur : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/18735/pop\\_et\\_soc\\_francais\\_364.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf)
7. Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. Victimation 2017 et perception de la sécurité. Résultats de l'enquête Cadre de vie et Sécurité 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur : [https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp\\_files/publications/pdf/rapport\\_CVS\\_2018.pdf](https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp_files/publications/pdf/rapport_CVS_2018.pdf)
8. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violences au sein du couple et violences sexuelles : indicateurs annuels 2018 [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur : [https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/data/Synth%C3%A8se\\_Violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20violences%20sexuelles\\_novembre%202019.pdf](https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/data/Synth%C3%A8se_Violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20violences%20sexuelles_novembre%202019.pdf)
9. Buchaillet C, Jousset N, Rougé Maillart C. Violences conjugales. *Rev Prat Médecine Générale*. mai 2014;28(922):417- 22.

10. Saurel-Cubizolles M-J. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000 [santepubliquefrance.fr](http://santepubliquefrance.fr). :2.
11. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. 2019. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919\\_reperage\\_des\\_femmes\\_victimes\\_de\\_violences\\_au\\_sein\\_du\\_couple\\_texte\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf)
12. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. Clermont Auvergne ; 2017.
13. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. [drogues.gouv.fr](http://drogues.gouv.fr). [cité 18 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
14. Addiction à une substance : critères DSM-5 [Internet]. Disponible sur : <http://www.addictaauvergne.fr/addictaauvergne/wp-content/uploads/2014/02/Crite%CC%80res-addiction-DSM5.pdf>
15. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage de drogues en France. Résultats du baromètre santé 2014 relatifs aux usages de substances psychoactives en population adulte. *Tend* 99. mars 2015;8.
16. Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale, Naasila M. Alcool & Santé. Lutter contre un fardeau aux multiples visages. [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2006 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
17. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes : prise en charges des addictions par les médecins généralistes. 2009;29.
18. Ministère de la Santé et des Solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions : Plan 2007 - 2011 [Internet]. 2006 [cité 9 janv 2019]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_addictions\\_2007\\_2011.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf)
19. Binder P, Vanderkam P. Intervenir sur les addictions en médecine générale. Deuxième partie : les interventions possibles. *Exercer*. févr 2017;(130):72- 81.
20. Amanda Atkinson, Zara Anderson, Karen Hughes, Mark A Bellis, Harry Sumnall and Qutub Syed. [interpersonal\\_violence\\_and\\_illicit\\_drug\\_use.pdf](#) [Internet]. Centre for Public

Health Liverpool John Moores University WHO Collaborating Centre for Violence Prevention; 2009

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

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

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

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

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

26. M.-G. Landreat , C.Victorri Vigneub, M.Grall Bronnece , V. Sebille-Rivainb, J.-L. Venisse , P. Jolliet. Description de profils médicosociaux de sujets pharmacodépendants consultant en addictologie à partir d'une base de données informatique. *L'encéphale* (2011) 37, 418-424

27. Agnès Cadet-Taitrou, Aurélie Lementier-Jeannet, Sylvain Gautier. Profils et pratiques des usagers de drogue rencontrés dans les CAARUD en 2015. Observatoire français des drogues et toxicomanies, septembre 2018.

## 16. Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire de participation

Annexe 2 : Affiche exposée dans la salle d'attente

Annexe 3 : Affichette exposée sur le bureau du box de consultation

Annexe 4 : Affiche de la boîte de recueil

**(Conseil national de l'ordre des médecins)**

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nom, Prénom

Signature

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

Nom, Prénom

Signature

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

**Résumé :**

**CONTEXTE :** Les violences conjugales sont fréquentes (en France environ 1 femme sur 10 a été victime de VC au cours des 12 derniers mois) et majoritairement décrites chez la femme. Les VC peuvent prendre différentes formes : physiques, psychiques, sexuelles, économiques.

Les pathologies addictives sont fréquentes en médecine générale : 10% de la population française serait en difficulté avec l'alcool. Un lien entre VC et pathologies addictives a été retrouvé dans de nombreuses études.

**OBJECTIF :** Objectif principal : évaluer la prévalence de la victimation et de la perpétration des VC chez les patients du Puy-de-Dôme consultant ou étant hospitalisés en addictologie. Objectif secondaire : étudier les facteurs associés à la perpétration et la victimation de VC (âge, sexe, type d'addiction, présence de violence dans l'enfance, caractéristiques de recours à la médecine générale, attentes vis-à-vis de la MG).

**METHODE :** Une étude observationnelle descriptive a été menée pendant 6 mois dans les centres d'addictologie ambulatoires et hospitaliers du Puy-de-Dôme. Un auto-questionnaire anonyme, questionnant sur les VC, les conduites addictives et les consultations en médecine générale, était proposé aux patients par le professionnel de santé les prenant en charge.

**RESULTATS :** 128 questionnaires ont été recueillis, 6 exclus. Le taux de participation était d'environ 1,5%. 28,8% ont déclaré avoir été victimes de VC, 13,9% ont déclaré avoir été auteurs. Le type de violence le plus représenté (auteurs et victimes) était les violences psychiques. La pathologie addictive la plus représentée était l'alcool. Il existait une association entre la présence de violences dans l'enfance et la victimation/perpétration de VC et une intrication victimes/auteurs.

**CONCLUSION ;** Les pathologies addictives et les VC sont des problématiques souvent associées et complexes. La description des liens entre VC et pathologies addictives et l'étude des attentes de cette population vis à vis de leur MG permet de mieux les prendre en charge.

**Mots-clés :**

Battered woman, Intimate partner violence, Spouse abuse, Domestic violence, Substance relative disorder, Drug us