

Année 2020/2021

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Manon GRIGNOU**

Née le 09/10/1990 à Landerneau (29)

---

### **Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG en région Centre-Val de Loire**

---

Présentée et soutenue publiquement le **22 avril 2021** devant un jury composé de :

Présidente du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Pauline SAINT-MARTIN, Médecine légale et droit de la santé, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Wissam EL-HAGE, Psychiatrie adultes, Faculté de Médecine – Tours

**Directrice de thèse : Docteur Christelle CHAMANT, Médecine générale, CCU, Faculté de Médecine - Tours**

# RESUME

## **Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Etude AVIC-MG en région Centre-Val de Loire**

**Introduction** : En France, une femme sur dix est victime de violences conjugales (VC). La Haute Autorité de Santé recommande désormais un dépistage systématique des VC. Or, les médecins généralistes (MG) dépistent peu les VC.

**Objectifs** : L'objectif principal était d'observer si les femmes victimes de VC consultant auprès des structures spécialisées dans leur accueil souhaitaient être questionnées sur les VC par le MG. L'objectif secondaire était de décrire les caractéristiques de leur(s) consultation(s) en médecine générale au cours des 12 derniers mois.

**Matériel et méthode** : Etude descriptive, transversale et multicentrique menée dans la région Centre-Val de Loire entre juillet 2019 et mars 2020. Les données ont été recueillies par un auto-questionnaire anonyme proposé aux femmes majeures victimes de VC consultant dans des structures spécialisées.

**Résultats** : 88 questionnaires ont été analysés, obtenus auprès de 13 associations participantes.

91% des femmes avaient consulté un MG au cours des 12 derniers mois principalement pour fatigue (76%), douleurs (68%) et troubles du sommeil (62%). 52% des victimes avaient déjà parlé des VC avec le MG, la plupart de leur propre initiative. 7% des femmes avaient été questionnées sur les VC par le MG et 3% avaient été orientées vers l'association d'aide par le MG. Cependant, 84% des femmes avaient ou auraient apprécié que le MG aborde la question des VC et 94% pensaient que le dépistage des VC faisait partie du rôle du médecin.

**Conclusion** : Les femmes victimes de VC de notre population consultent le MG. Elles souhaitent être questionnées sur les VC par le MG. Il a donc un rôle essentiel dans le dépistage et l'orientation des victimes.

**Mots clés** : violences conjugales, femmes victimes de violences, médecin généraliste, dépistage, soins primaires

# ABSTRACT

## **Expectations of women victims of intimate partner violence towards their general practitioner : AVIC-MG study in Centre-Val de Loire region**

**Introduction** : In France, one in ten women is victim of intimate partner violence (IPV). The French National Authority for Health now recommends systematic screening for IPV. However, general practitioners (GPs) rarely screen their women patients for IPV.

**Objectives** : The main objective was to observe whether women affected by IPV attending support structures would like to be asked about IPV by the GP. The secondary objective was to describe characteristics of their general practice consultation(s) over the past 12 months.

**Material and Method** : Multicenter, cross-sectional and descriptive study conducted in the Centre-Val de Loire region between July 2019 and March 2020. The data were collected by an anonymous self-questionnaire proposed to adult women victims of IPV consulting specialized structures.

**Results** : 88 questionnaires were analyzed, from 13 participating associations. 91% of women had visited a GP in the previous year mainly for tiredness (76%), pain (68%) and sleeping disorders (62%). 52% of victims had ever talked about IPV with the GP, most on their own initiative. 7% of women had been asked about IPV by the GP and 3% had been referred to the support association by the GP. However, 84% of women had or would have liked the GP to ask about IPV and 94% thought that IPV screening was part of the GP role.

**Conclusion** : Women victims of IPV in our population visit the GP. They wish to be asked about IPV by the GP. Therefore, he has a key role in the screening and referral of victims.

**Keywords** : intimate partner violence, abused women, general practitioner, screening, primary care

UNIVERSITE DE TOURS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Pr Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966

*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - P. BAGROS - P. BARDOS - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU  
- C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI  
- B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - P. COSNAY - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN  
- J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - N. HUTEN  
- M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE -  
AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C.  
MORAINE - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - L. POURCELOT - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER -  
J.C. ROLLAND - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive - réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive - réanimation
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs || POTIER Alain..... | Médecine Générale |
| ROBERT Jean ..... | Médecine Générale |

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine ..... Anglais |

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra .....	Médecine interne
BARBIER Louise .....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien .....	Chirurgie infantile
BRUNAULT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DENIS Frédéric .....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure .....	Hépatologie - gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine .....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille .....	Immunologie
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno .....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste .....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric .....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille .....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte .....	Thérapeutique
TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure .....	Génétique

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
NICOGLU Antonine.....	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

---

BARBEAU Ludivine .....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris .....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

---

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS - UMR INSERM 1100
DEROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA - UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS - UMR CNRS 7001
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM - UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric .....	Directeur de Recherche INSERM - UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1259
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM - UMR INSERM 1100
WARDAK Claire .....	Chargée de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### *Pour l'Ecole d'Orthophonie*

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

### *Pour l'Ecole d'Orthoptie*

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

### *Pour l'Ethique Médicale*

BIRMELE Béatrice .....	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et 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.

## REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure Clarisse Dibao-Dina, d'avoir bien voulu présider mon jury, je vous en suis reconnaissante.

A Madame et Monsieur les Professeurs Pauline Saint-Martin et Wissam El-Hage, d'avoir gentiment accepté de juger mon travail de thèse.

A Madame la Docteure Christelle Chamant, de m'avoir dirigé et aidé tout au long de ce travail, je te remercie sincèrement.

A Madame la Docteure Mathilde Vicard-Olagne, pour avoir initié et coordonné l'étude AVIC-MG. Merci pour votre disponibilité et gentillesse.

A toutes les femmes qui ont pris le temps de répondre à ce questionnaire et partager leur expérience. Ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

Aux travailleurs sociaux, juristes et psychologues des associations d'aide aux victimes, d'avoir participé à cette étude.

Aux médecins généralistes rencontrés durant les stages à Neuvy-Saint-Sépulchre, Cléry-Saint-André, Orléans, Saint-Jean-de-Braye, Vineuil, Contres et Mont-Près-Chambord : Pierre Boyez, Gwenaëlle Cordier, Naima Bouraki, Éric Drahi, Valérie Molina, Etienne Gallet et Gérard Ladier et à mon tuteur Jacques Bertrou.

A mes parents, pour votre aide et soutien précieux tout au long de mes études : du macérât de Calendula des TPE aux relectures et corrections de la thèse et par vos nombreuses visites dans la région Centre.

A mon frère Etienne, pour ta zenitude, ton humour et la traduction de mon résumé.

A Grand-Maman pour ta gentillesse, ta générosité et ton optimisme.

A toute la famille Liot et Grignou.

A toi, mon beau Khris pour ta patience et ta tendresse.

Aux copains Drouais : Ecaterina, Rime, Antoine, Anaïs, Marc, Carolina, Aurélien, Andreea et Rodolphe, à Myriam et Rhapsodie, Elise et Jessica, merci pour ces bons moments et hâte d'en partager d'autres.

# TABLE DES MATIERES

RESUME .....	2
LISTE DES ABREVIATIONS .....	11
TABLE DES FIGURES/DES TABLEAUX .....	12
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>13</b>
1/ Définitions .....	13
2/ Conséquences sanitaires .....	14
3/ Place du médecin généraliste .....	15
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>17</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>19</b>
1/ Caractéristiques de la population étudiée .....	20
2/ Résultats de l'objectif principal : les attentes envers le médecin généraliste .....	22
3/ Résultats de l'objectif secondaire : les caractéristiques des consultations .....	24
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>29</b>
1/ Forces et limites de l'étude .....	29
2/ Attentes des femmes victimes de VC .....	31
3/ Repérage des femmes victimes de VC .....	32
4/ Freins des femmes victimes à aborder les VC .....	33
5/ Freins des médecins généralistes au dépistage des VC .....	35
6/ Perspectives .....	37
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>39</b>
BIBLIOGRAPHIE .....	40
ANNEXES .....	43
Annexe 1 : Associations d'aide aux victimes de VC de la région Centre .....	43
Annexe 2 : Questionnaire de l'étude .....	46
Annexe 3 : Affiche de la salle d'attente .....	48
Annexe 4 : Affiche de la boîte de recueil .....	49
Annexe 5 : Avis du Comité Ethique .....	50

## LISTE DES ABREVIATIONS

ASIP-Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

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

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

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

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MG : Médecin Généraliste

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

TGI : Tribunal de Grande Instance

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

VC : Violences Conjugales

## TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diaphragme de flux .....	19
Figure 2 : Types de violences subies .....	20
Figure 3 : Nombre de types de violences subies par femme .....	21
Figure 4 : Orientation des femmes victimes vers l'association d'aide .....	21
Figure 5 : Souhait des femmes d'être questionnées par le médecin généraliste .....	22
Figure 6 : Avis des femmes concernant le rôle de dépistage du médecin généraliste .....	22
Figure 7 : Nombre de consultations des femmes au cours des 12 derniers mois pour elles-mêmes .....	24
Figure 8 : Nombre de consultations des femmes au cours des 12 derniers mois pour leur(s) enfant(s) .....	25
Figure 9 : Motifs de consultations .....	25
Figure 10 : Abord des VC avec le médecin généraliste .....	26
Figure 11 : Lien entre le médecin généraliste de la victime et celui de leur (ex)-conjoint(e) ..	27
Figure 12 : Conditions de consultations des femmes par rapport à leur (ex)-conjoint(e) .....	27

## TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Département des femmes répondantes .....	20
Tableau 2 : Age des femmes participantes .....	20
Tableau 3 : Nombre d'enfants par femme .....	20
Tableau 4 : Analyse en sous-groupe de l'abord des VC en fonction du suivi du couple .....	28
Tableau 5 : Comparaison des résultats entre les différentes régions .....	36

# INTRODUCTION

## 1/ Définitions

### **La violence conjugale (VC)**

La violence exercée par le ou l'ex-partenaire intime appelée aussi violence conjugale existe dans tous les pays et dans tous les groupes sociaux, économiques, religieux et culturels (1).

Selon l'Organisation des Nations Unies, « les termes "violence à l'égard des femmes" désignent tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (2).

A ce titre, la violence conjugale fait partie de la violence à l'égard des femmes.

La violence conjugale se définit comme « un processus au cours duquel un partenaire utilise la force ou la contrainte pour promouvoir et/ou perpétuer des relations hiérarchisées et de domination sur son partenaire » (3).

Ce qui la différencie des conflits de couple est le caractère asymétrique de la violence résultant de l'emprise de l'un sur l'autre.

Cette emprise permet au partenaire de prendre possession de sa conjointe et empêche la victime de comprendre et de réagir. Elle est privée de son libre arbitre, sans qu'elle en ait conscience (4).

Le processus d'emprise est une des principales explications de l'ambivalence des victimes à porter plainte et à s'éloigner de l'auteur des violences.

### **Les différents types de violences conjugales (4-6)**

Les violences verbales et psychologiques sont étroitement liées. Elles sont prépondérantes et apparaissent très souvent en premier. Ces violences visent à contrôler, isoler, dévaloriser et terroriser la partenaire. Elles sont difficiles à dépister car insidieuses et subjectives. Elles sont très destructrices pour l'estime que la femme a d'elle-même. Elles permettent progressivement la mise sous emprise.

La violence physique est la plus reconnue. Il peut s'agir par exemple de bousculades, coups, strangulations, séquestrations pouvant aller jusqu'à l'homicide.

La violence sexuelle est la plus taboue. Elle peut s'exercer par harcèlement sexuel, viol, prostitution ou interdiction d'utiliser une méthode contraceptive.

La violence économique, méconnue, regroupe la privation de revenus, le contrôle des dépenses et l'interdiction de travailler. On y associe la violence administrative correspondant à la confiscation des documents officiels.

Le plus souvent, ces violences sont récurrentes et cumulatives.

## **Le cycle de la violence conjugale**

Le mode d'évolution le plus fréquent des VC est cyclique. Il se déroule en quatre phases :

- une phase de tension créant un climat de peur et d'insécurité.
- une phase d'agression avec une explosion de la violence. La victime se sent piégée et impuissante. C'est souvent en période de crise qu'une demande d'aide est exprimée (5).
- une phase de justification de l'agresseur où il y a un transfert de responsabilités sur la victime.
- une phase de rémission appelée « lune de miel », où les VC s'arrêtent et l'agresseur se montre « gentil » et fait des efforts.

Les cycles se répètent, telle une spirale qui va en s'accéléralant dans le temps et avec une intensité croissante. Au fur et à mesure, la période de rémission diminue et la femme augmente son seuil de tolérance aux violences (4). Ce processus permet à l'auteur des violences de renforcer son emprise.

## **Une situation fréquente**

Au niveau mondial, 30 % des femmes ayant eu une relation de couple ont subi au cours de leur vie des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime. En Europe, cela correspond à 25.4% des femmes (7).

En France, en 2000, 1 femme sur 10 vivant en couple était victime de VC (8). En 2019, 1 femme a été tuée tous les 2 jours et demi par son (ex)partenaire (9).

Il n'y a pas de profil type de personne victime de VC.

On retrouve tout de même des facteurs de risque communs pour les victimes et les agresseurs : jeune âge, faible niveau d'instruction, antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance, abus d'alcool ou de drogues.

D'autres facteurs sont associés à la probabilité qu'une femme soit victime de violences : grossesse, période périnatale, handicap, maladie de longue durée, pathologie psychiatrique, dépendance financière (10).

## **2/ Conséquences sanitaires**

### **Les conséquences sur la santé des femmes (1,3,11,12)**

Les conséquences de la violence sur la santé des femmes sont à court, moyen et long terme.

Les répercussions sont d'ordre traumatique (ecchymose, fracture, brûlure...), gynéco-obstétrique (dyspareunie, infection sexuellement transmissible, grossesse non désirée, interruption volontaire de grossesse, accouchement prématuré...).

Elles peuvent se manifester par des symptômes psychosomatiques : douleurs chroniques, trouble gastro-intestinal ou asthénie.

On retrouve des conséquences psychiques telles que la dépression, l'état de stress post-traumatique et la tentative de suicide.

Les VC peuvent entraîner l'adoption de comportements à risque : tabagisme, alcoolisme et toxicomanie.

Les pathologies chroniques peuvent se trouver déséquilibrées.

### **Les conséquences sur la santé des enfants (3,13) :**

La convention européenne en 2011 reconnaissait que « les enfants sont des victimes de la violence domestique, y compris en tant que témoins de violence au sein de la famille » (14).

En 2019, en France, 25 enfants ont été tués dans un contexte de VC (9).

Les répercussions psychologiques sont des troubles de l'alimentation, du sommeil, des pleurs incessants chez le nourrisson, des troubles du comportement ou un état de stress post-traumatique.

On peut observer un retard staturo-pondéral, une énurésie ou une encoprésie.

Le développement cognitif peut être perturbé avec des troubles des apprentissages pouvant entraîner un échec scolaire.

Les enfants et adolescents peuvent développer à terme un haut niveau de tolérance à la violence en considérant celle-ci comme un mode normal d'expression et de résolution des conflits et reproduire des relations violentes (15).

## **3/ Place du médecin généraliste**

### **Le rôle du médecin généraliste (MG)**

D'après l'enquête française de victimation « Cadre de vie et sécurité », entre 2015 et 2019, en moyenne 55% des femmes victimes n'ont pas parlé des VC qu'elles subissaient à un professionnel : médecin, psychologue, membre des services sociaux ou des structures d'aide aux victimes. 25% se sont confiées au médecin. Parmi celles qui ont parlé des VC à un professionnel, le médecin généraliste a été l'interlocuteur privilégié (9).

Dans une étude hollandaise, les femmes victimes consultent deux fois plus souvent leur MG que les femmes non victimes. Elles consultent pour des symptômes physiques et psychologiques en lien avec la situation de VC sans en parler directement (16). Elles sont deux fois plus susceptibles d'en parler si le médecin les interroge (17).

Le repérage est d'autant plus primordial que la situation de VC s'aggrave avec le temps ainsi que les conséquences sur la santé des victimes. De plus avec l'emprise installée, la victime est de plus en plus isolée et a moins la capacité d'agir (4).

Le médecin généraliste doit évaluer les risques pour la sécurité de la victime et le risque de maltraitance des enfants.

Il a également un rôle dans la rédaction de certificats médicaux, l'information sur les droits et l'orientation vers les ressources appropriées (18).

### **Le dépistage en médecine générale**

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un dépistage systématique particulièrement chez la femme enceinte ou en post-partum (10). Ces périodes sont à risque d'émergence ou d'aggravation des VC.

Pourtant, les médecins dépistent peu les femmes victimes de VC.

Dans une étude quantitative australienne interrogeant 1836 femmes consultant en médecine générale, 37% ont subi des VC au cours de leur vie. Un tiers de ces femmes en a parlé en consultation. La grande majorité (88%) n'a jamais été interrogée par le médecin (17).

Les attentes des femmes victimes de VC vis-à-vis du médecin généraliste ont été mises en évidence au cours d'études qualitatives françaises et étrangères (19-24). Beaucoup de femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient que le MG leur pose la question des VC.

Certaines femmes ne savaient pas comment aborder d'elles-mêmes les violences (19). Il était important que le MG continue à poser des questions lorsqu'il soupçonne de la VC même en cas de déni (20). Les femmes qui avaient pu en parler se sentaient en majorité soulagées (21).

Cependant, les freins au dépistage et à la prise en charge des VC par les médecins sont nombreux. Ils révèlent un manque de connaissance globale des violences et du réseau de prise en charge (25).

Il paraît intéressant de réaliser en France une étude quantitative sur les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : l'étude AVIC-MG.

L'objectif principal est d'observer si les femmes victimes de VC consultant auprès des structures spécialisées dans leur accueil, souhaitaient être questionnées sur les VC par le médecin généraliste.

L'objectif secondaire est de décrire les caractéristiques de leur(s) consultation(s) en médecine générale au cours des 12 derniers mois.

# MATERIEL ET METHODE

## **Type d'étude**

L'étude AVIC-MG est descriptive, transversale et multicentrique.

Elle est réalisée par des internes ou médecins remplaçants de 18 départements universitaires de médecine générale (DUMG) dans le cadre de leur thèse d'exercice, dans 10 régions : Auvergne-Rhône-Alpes (DUMG de Clermont-Ferrand, Lyon, Saint-Etienne et Grenoble), Bretagne (DUMG de Brest et Rennes), Centre-Val de Loire (DUMG de Tours), Corse (DUMG de Marseille), Grand Est (DUMG de Nancy, Reims et Strasbourg), Hauts-de-France (DUMG d'Amiens et Lille), Île de France (DUMG de Paris), Nouvelle-Aquitaine (DUMG de Bordeaux, Limoges et Poitiers), Pays de la Loire (DUMG de Nantes) et Provence Alpes-Côte d'Azur (DUMG de Marseille).

Le docteur Mathilde Vicard-Olagne, chef de clinique du DUMG de Clermont-Ferrand, pilote l'étude AVIC-MG.

La méthodologie est semblable dans l'ensemble des régions. Notre étude s'intègre à l'étude nationale AVIC-MG pour la région Centre-Val de Loire.

## **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les femmes majeures victimes de VC, consultant dans des structures d'aide aux victimes, écrivant et lisant le français ont été incluses.

Les femmes nécessitant une prise en charge urgente et celles ne pouvant pas répondre seules au questionnaire ont été exclues.

## **Protocole**

Les structures d'aide aux femmes victimes de violences conjugales ont été recensées dans la région Centre-Val de Loire (annexe 1). Elles ont été contactées par mail et par téléphone. Nous avons rencontré chaque structure participante au début de l'étude pour l'explication du protocole et la remise du matériel.

Dans ces associations, des auto-questionnaires papiers ont été proposés aux femmes victimes de VC (annexe 2).

Le questionnaire a été réalisé, sur la base des données de la littérature, par un comité scientifique. Une étude de faisabilité a été faite en amont sur un précédent travail de thèse (27). Le questionnaire a alors été amélioré grâce à cette étude.

Une affiche annonçant l'étude était mise en place dans les salles d'attente (annexe 3).

A l'issue de l'entretien avec les victimes, les professionnels des structures proposaient aux femmes éligibles de remplir le questionnaire. Toutefois, ils pouvaient ne pas proposer le questionnaire s'ils jugeaient que cela nuirait à la prise en charge de ces femmes (nécessité de prise en charge urgente, détresse psychologique...).

Le professionnel proposait aux femmes remplissant le questionnaire de les revoir à l'issue si elles en ressentaient le besoin. Le nom et les coordonnées d'un référent par structure étaient notés à la fin du questionnaire pour que les femmes puissent se tourner vers cette personne si elles étaient mises en difficulté par le questionnaire. Les coordonnées de l'investigatrice principale, le docteur Mathilde Vicard-Olagne, étaient également notées.

La femme remplissait le questionnaire dans un endroit protégé, de façon anonyme et libre et le déposait dans une boîte fermée au sein de la structure.

Sur la boîte de recueil, une affiche rappelait les données légales : participation libre et volontaire, droits d'accès et de rectification des données (annexe 4).

Il était demandé aux professionnels de comptabiliser le nombre de refus de femmes.

### **Analyse statistique**

Les données des questionnaires ont été analysées par les biostatisticiens de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand.

Le recueil des données a été fait avec le logiciel Redcap. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stat.

Les analyses en sous-groupe ont été faites par le test exact de Fisher avec le logiciel XLstat pour la région Centre.

### **Cadre réglementaire**

Notre étude n'implique pas la personne humaine selon les critères de la Loi Jardé car elle n'a pas pour finalité le développement de connaissances médicales comme définie dans cette loi (26).

Nous n'avons donc sollicité l'avis d'un comité de protection des personnes. Or, celui-ci est essentiel lors du traitement des informations émanant de patientes consultant dans un contexte de soins.

Pour cela, les structures recevant des patientes comme les centres de planification n'ont pas été incluses dans l'étude.

Le comité éthique du collège national des généralistes enseignants a émis un avis favorable à l'étude AVIC-MG (annexe 5).

Concernant la commission nationale de l'informatique et des libertés, un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR 004 a été validé par le délégué à la protection des données du CHU de Tours.

## RESULTATS

13 associations sur les 6 départements de la région Centre-Val de Loire ont participé à l'étude. Dans le Cher : SAVIM (Service d'Aide aux Victimes d'Infraction et de Médiation pénale) et AVIF 18 (service d'Aide aux Victimes de violences Intra Familiales).

Dans l'Eure-et-Loir : La Source (accueil de jour) et le CoATEL (Comité d'Accueil pour les Travailleurs en Eure-et-Loir) qui gère « Les Béguines » (centre d'hébergement et de réinsertion sociale pour femmes victimes de VC).

Dans l'Indre : ADAVIM (Association Départementale d'Aide aux Victimes et de Médiation), Accueil et Ecoute 36 et le Planning familial 36.

Dans l'Indre-et-Loire : CIDFF 37 (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles).

Dans le Loir-et-Cher : CIDFF 41, France Victimes 41 et le Planning familial 41.

Dans le Loiret : AVL (Aide aux Victimes du Loiret) et LAE (Lieu d'Accueil et d'Ecoute).

Deux associations ont refusé de participer, l'une trouvait les conditions de travail inadaptées et l'autre craignait de trop solliciter les femmes victimes.

Le recueil des questionnaires s'est déroulé du 15 juillet 2019 au 16 mars 2020. La durée de recueil a varié de 3 à 6 mois selon les structures : moyenne de 4 mois et 20 jours.

2 associations : CIDFF 37 et CIDFF 41 n'ont pas recueilli de questionnaire sur une durée d'inclusion de 3 mois et 15 jours. Pour les 11 autres associations, 92 questionnaires ont été recueillis dont 88 analysés.

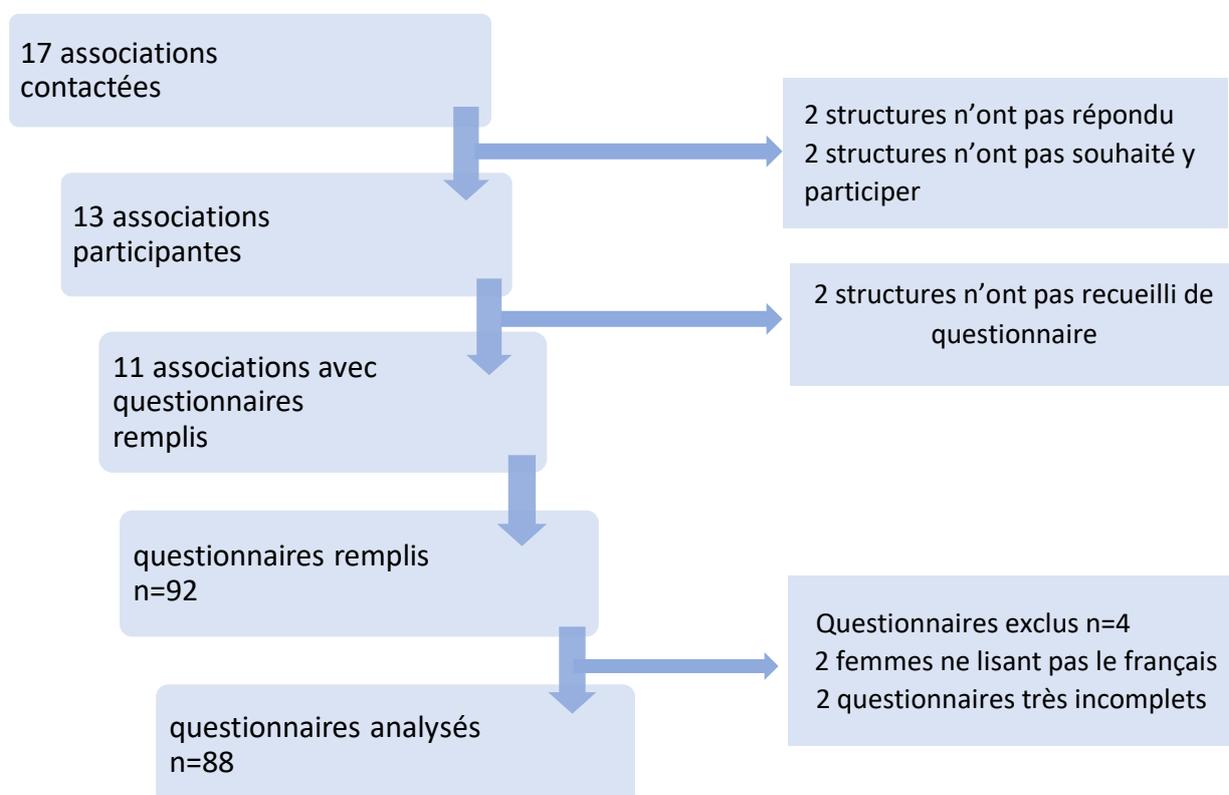


Figure 1 : Diaphragme de flux

## 1/ Caractéristiques de la population étudiée :

### Le département, l'âge et le nombre d'enfants

Sur les 88 femmes participantes, la majorité avait entre 36 et 45 ans (34%).

La plupart avaient des enfants (80%).

Département	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Loir-et-Cher	Loiret
Nombre (%)	18 (20)	11 (13)	14 (16)	22 (25)	23 (26)

Tableau 1 : Département des femmes répondantes (n=88)

Age (années)	18-25	26-35	36-45	46-55	55-65
Nombre (%)	6 (7)	23 (26)	30 (34)	19 (22)	10 (11)

Tableau 2 : Age des femmes participantes (n=88)

Nombre d'enfants	0	1	2	3	4	5	6	7	Nombre inconnu
Nombre (%)	17 (20)	16 (18)	25 (29)	10 (11)	6 (7)	1 (1)	2 (2)	1 (1)	9 (10)

Tableau 3 : Nombre d'enfants par femme (n=88)

### Les types de VC subies

Elles étaient toutes victimes de violences psychiques. La plupart avaient subi des violences physiques.

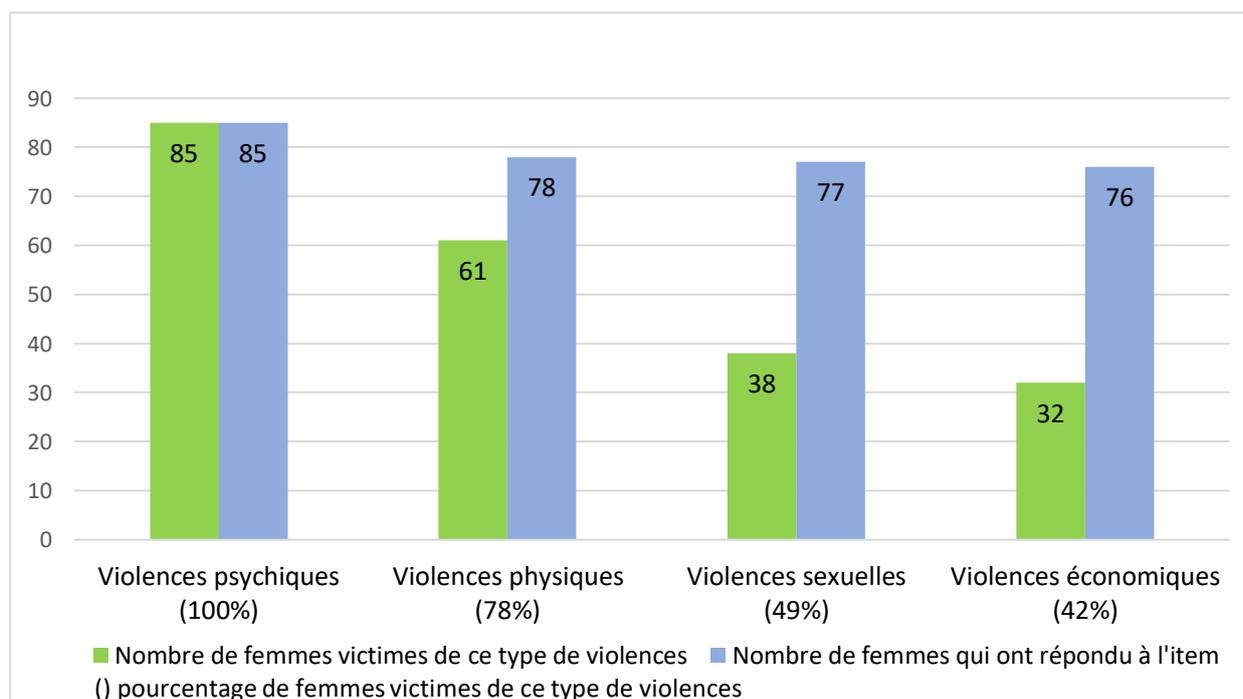


Figure 2 : Types de violences subies

En moyenne, une femme avait subi 2,4 types de violences.

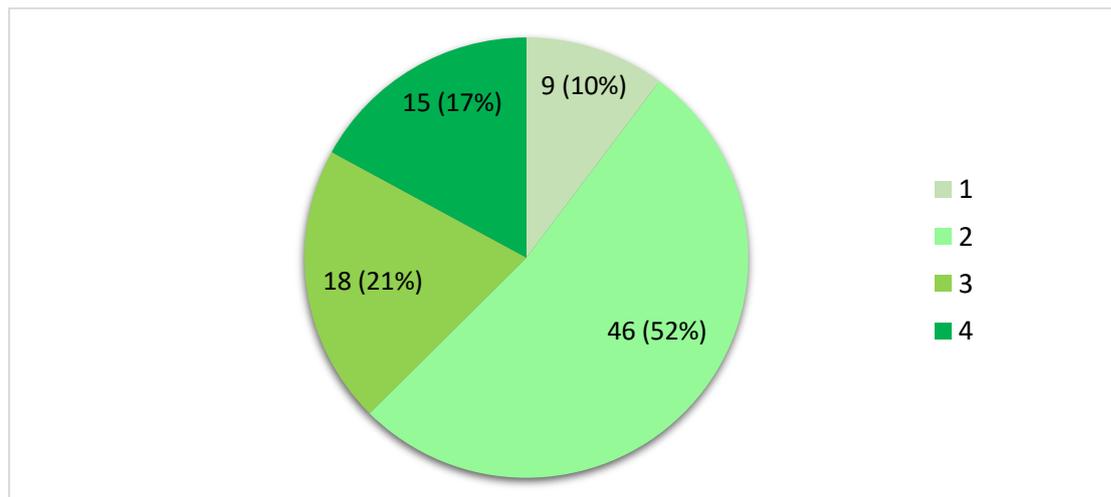


Figure 3 : Nombre de types de violences subies par femme (n=88)

### L'orientation des femmes victimes vers l'association d'aide

Les femmes ont été orientées vers l'association de soutien en premier par la police ou la gendarmerie puis par les travailleurs sociaux et l'entourage (amis, famille).

3 femmes ont été orientées vers l'association par le médecin généraliste (3%), chiffre identique à l'orientation par les urgences hospitalières et par la sage-femme.

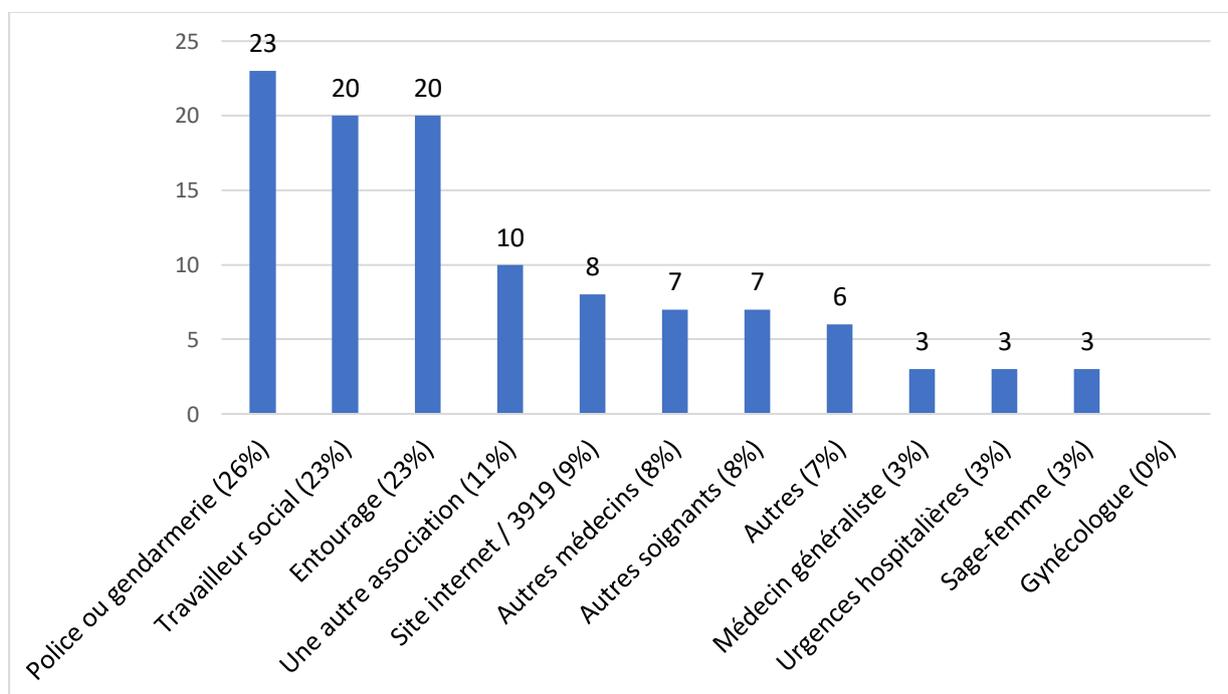


Figure 4 : Orientation des femmes victimes de VC vers l'association d'aide (n=87)

Dans l'orientation par « autre(s) », on retrouvait : « affiche salle d'attente du médecin généraliste », « club de sport », « prêtre », « pompiers », « UMJ » (unité médico-judiciaire) et « TGI » (tribunal de grande instance).

## 2/ Résultats de l'objectif principal : les attentes envers le médecin généraliste

84% des femmes souhaitaient que le médecin généraliste aborde la question des VC.

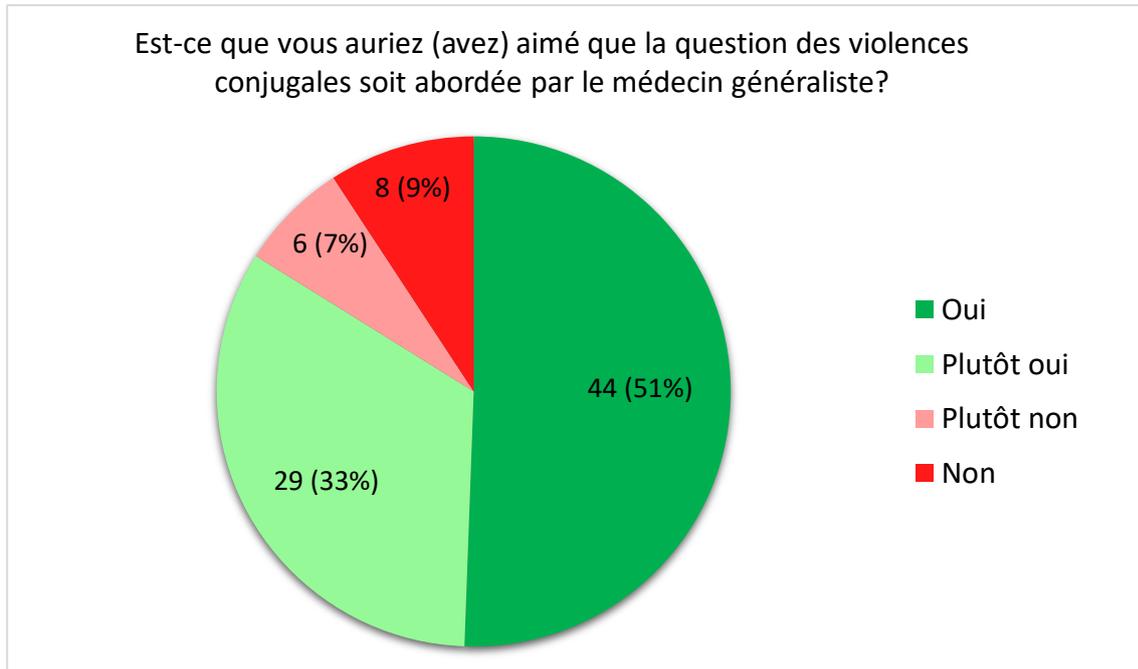


Figure 5 : Souhait des femmes d'être questionnées par le médecin généraliste (n=87)



Figure 6 : Avis des femmes concernant le rôle de dépistage du médecin généraliste (n=87)

La dernière question permettait aux femmes de s'exprimer librement sur leurs attentes envers les médecins généralistes. 23 femmes ont répondu.

Elles attendaient du médecin qu'il soit :

- à l'écoute (n=7)

- disponible (n=7) au cours de la consultation « prolonger la durée de rendez-vous », « du temps » et dans le suivi « moins d'attente lors de la prise de rendez-vous », « qu'il soit plus présent pour le après »

- attentif (n=5) « plus d'attention à l'égard des patients concernant leurs vies privées », « faire attention aux comportements des patients »

- empathique (n=1).

Elles aimeraient que le médecin :

- dépiste les troubles psychologiques (n=1) « qu'il puisse suite à plusieurs rendez-vous diagnostiquer que la personne souffre de troubles psychologiques »

- pose des questions (n=1) « creuser la situation face aux différentes menaces »

- informe sur les violences psychiques (n=1) « le premier médecin de famille n'a jamais parlé des violences psychiques »

- prenne en considération les demandes (n=1) « plus de mépris des demandes formulées »

- conseille (n=2), soutienne (n=1), accompagne (n=1)

- oriente de façon adéquate (n=3) notamment vers les associations d'aide « mon médecin était désemparé et m'a seulement conseillé d'aller au CMP. Il m'a donné une adresse qui n'était pas la bonne. Il a été à mon écoute mais pas d'une grande aide »

- reconnaisse les VC, les dires de la victime et qu'il se forme (n=1) « que les médecins admettent l'existence de violence, acceptent de se former dans ce sens pour pouvoir faire face à ce genre de situation et aider au mieux les femmes victimes. Allier leur noble métier (qui est sauver une vie humaine) à une cause aussi importante (perte de vie humaine par manque de conscience et preuve) ».

D'autres attentes ont été notées :

- « afficher des informations sur les violences dans la salle d'attente »

- « parler de violence avec les enfants »

- « que le médecin généraliste puisse parler avec le conjoint et l'aider pour se soigner »

- « que le secret médical soit levé dans certains cas, cela éviterait bien des problèmes ».

2 victimes ont exprimé leurs difficultés à divulguer les VC :

- « je pense que la décision d'en parler ne tient qu'à la personne violentée. Si mon médecin avait voulu aborder le sujet il y a quelques mois, je lui aurai certainement dit que tout allait bien »

- « il est difficile de parler des violences à son médecin traitant. Un autre médecin que l'on ne connaît pas est plus abordable (peur du jugement par son médecin traitant) ».

De plus, une femme a laissé un commentaire à la question « est-ce que vous auriez aimé que la question des VC soit abordée par le médecin généraliste ? ». Elle a répondu non, « parce que je n'avais pas conscience que c'était de la violence ».

3 patientes ont rencontré des médecins qui ont répondu à leurs attentes « non, la mienne est top ! », « pour ma part, j'ai rencontré deux médecins généralistes compétents en la matière ».

### **3/ Résultats de l'objectif secondaire : les caractéristiques des consultations**

#### **Le nombre de consultations au cours des 12 derniers mois**

91% des femmes ont consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois pour elles-mêmes : 47% ont consulté au moins 3 fois.

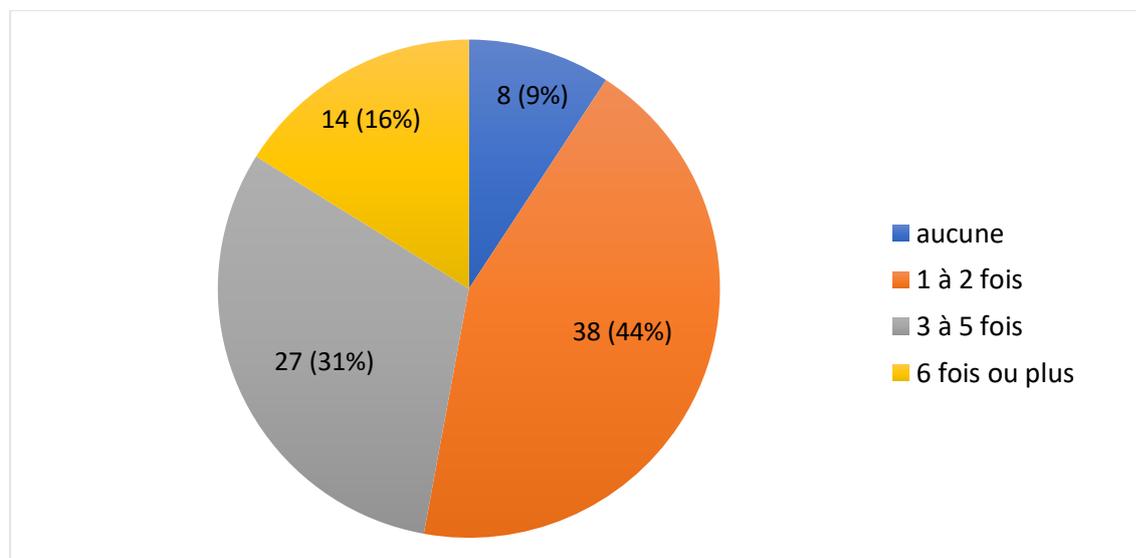


Figure 7 : Nombre de consultations des femmes au cours des 12 derniers mois pour elles-mêmes (n=87)

67% des femmes ont consulté un médecin généraliste pour leur(s) enfant(s) au cours des 12 derniers mois : 43% ont consulté au moins 3 fois.

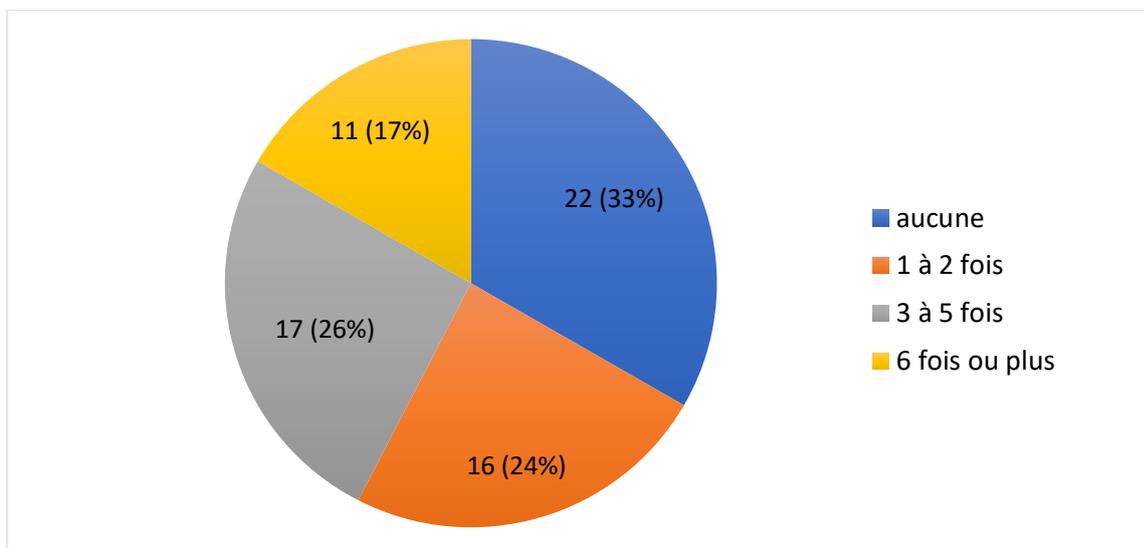


Figure 8 : Nombre de consultations des femmes au cours des 12 derniers mois pour leur(s) enfant(s) (n=66)

### Les motif(s) de consultations au cours des 12 derniers mois

Les trois motifs les plus fréquents étaient la fatigue, les douleurs et les difficultés à dormir.

Les motifs directement en lien avec les violences étaient les moins fréquents avec les problèmes gynécologiques.

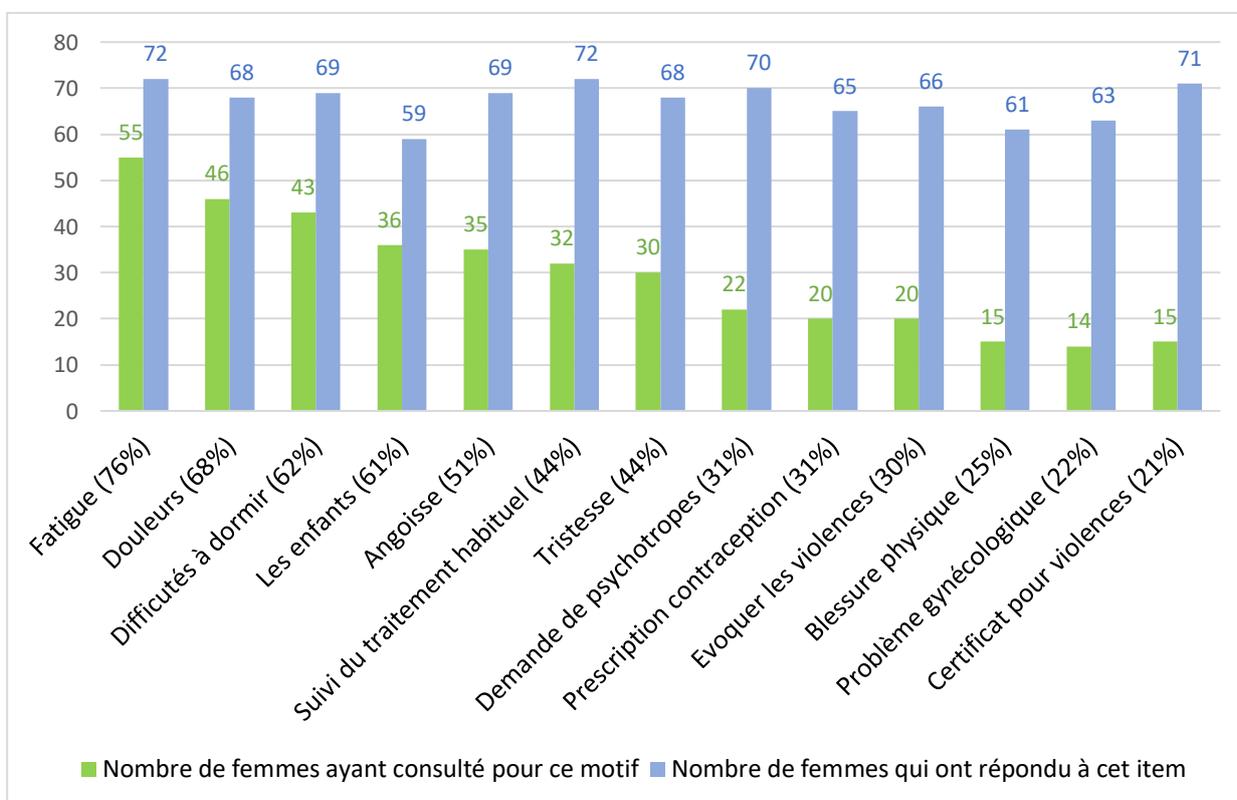


Figure 9 : Motifs de consultations

9% des femmes ont consulté pour un autre motif surtout pour maladies « juste malade » et certificat médical pour le sport.

## L'abord des VC en consultation de médecine générale

52% des femmes ont parlé des VC avec le médecin.

Lorsque les VC ont été abordées, elles ont été en grande majorité à l'initiative de la femme, à 88%.

Quand le médecin posait la question des VC, 83% des femmes victimes ont parlé de leur situation.

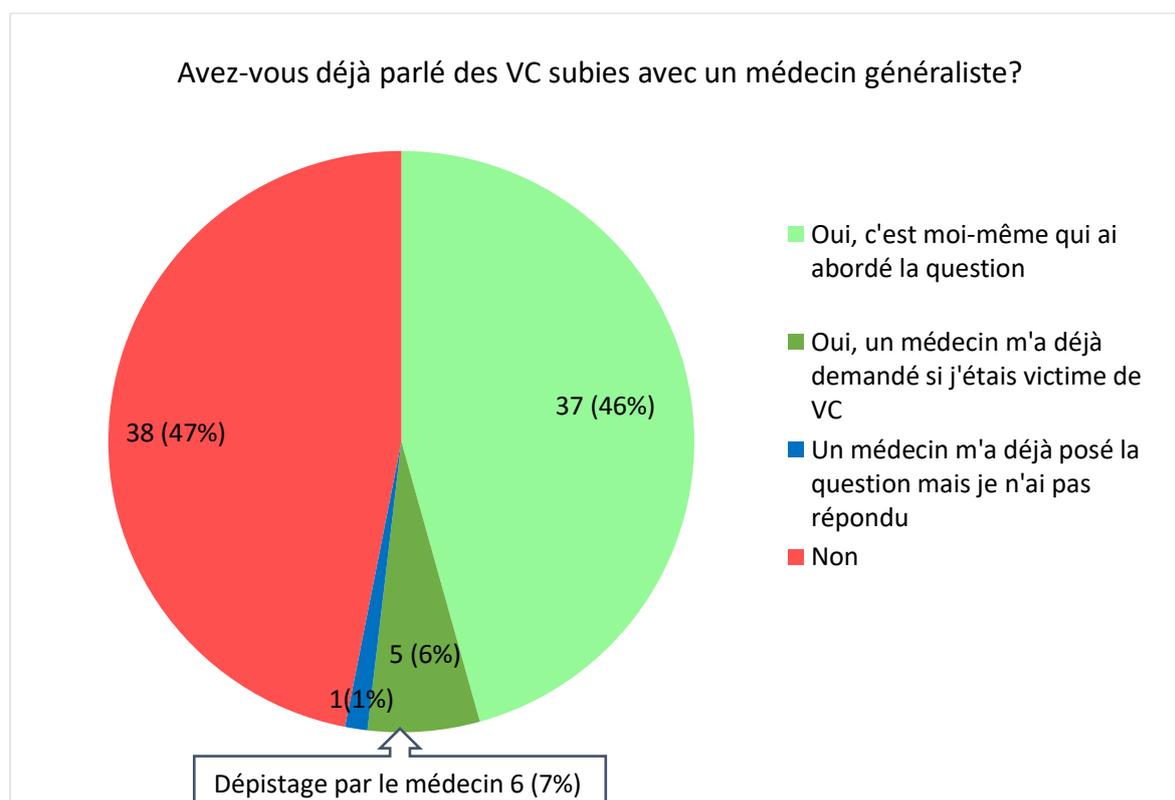


Figure 10 : Abord des VC avec le médecin généraliste (n=81)

Dans les commentaires, une victime a précisé avoir divulgué la situation des VC « pour constater un coup ».

2 femmes ayant abordé d'elles-mêmes le sujet des VC n'ont pas reçu l'aide souhaitée « Suite à une asthénie, j'ai parlé avec mon médecin de ces violences lui demandant de m'aider. Il m'a répondu qu'il ne pouvait rien faire », « médecin actuel à l'écoute, le médecin de famille n'entendait rien ».

Enfin, elles ont évoqué des freins à parler des VC avec le médecin

« je n'ai pu en parler qu'après m'être séparée et avoir été accompagnée par l'association ».

Trois femmes n'ayant pas parlé des VC avec le médecin, ont commenté :

« j'avais peur de lui en parler », « je voulais protéger mon foyer », « m'empêchait d'aller voir le médecin ».

## Le médecin généraliste de la victime et celui de l'auteur des violences

Le médecin de la victime différait le plus souvent de celui du partenaire.

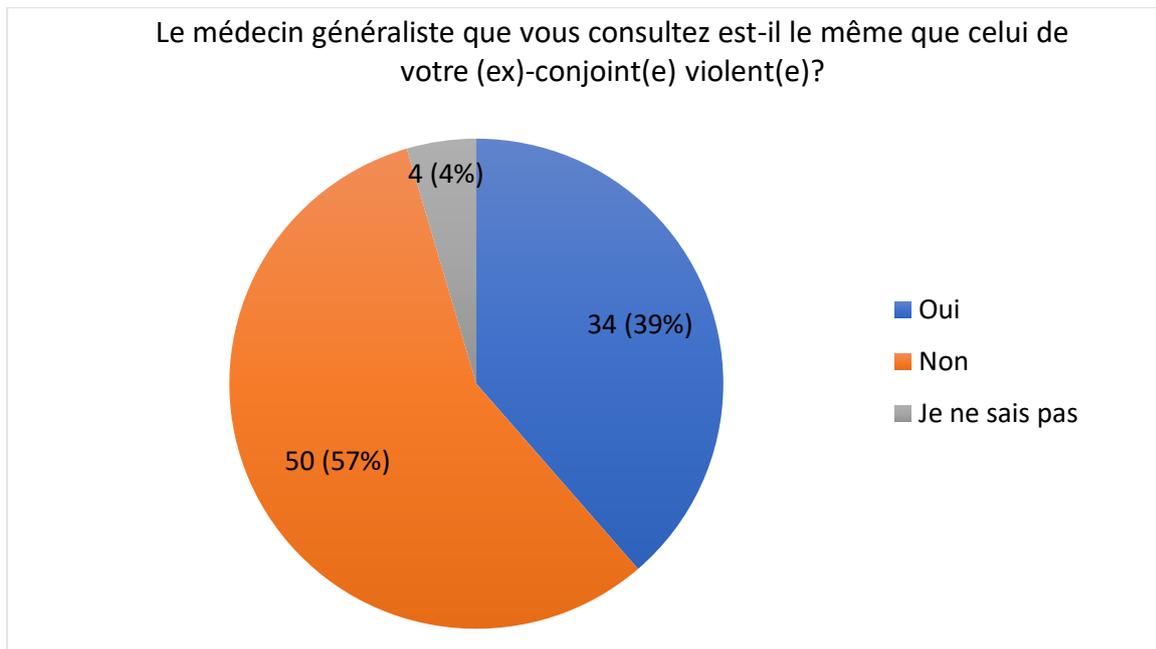


Figure 11 : Lien entre le médecin généraliste de la victime et celui de leur (ex)-conjoint(e) (n=88)

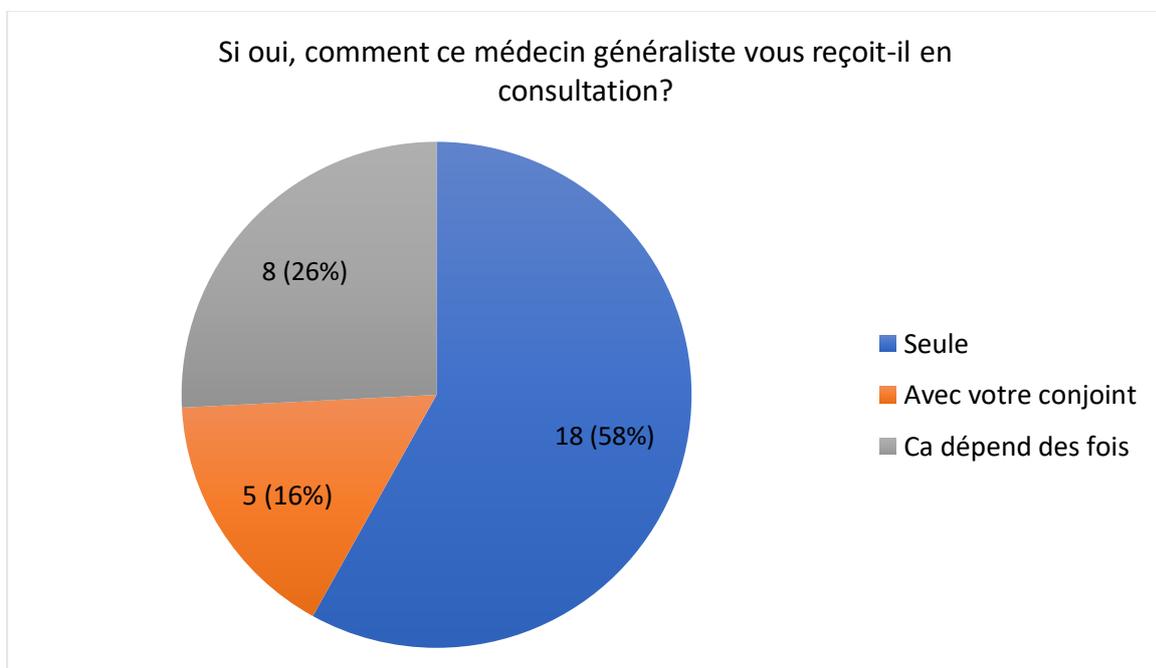


Figure 12 : Conditions de consultations des femmes victimes par rapport à leur (ex)-conjoint(e) (n=31)

## L'influence du suivi du couple par le médecin sur la révélation ou le dépistage des VC

Parmi les femmes qui consultaient le même médecin que celui de leur (ex)partenaire, 38% ont parlé des VC avec le médecin et 3% des femmes ont été interrogées par le médecin.

Pour les femmes qui ne consultaient pas le même médecin, 58% ont parlé des VC en consultation et 10% des femmes ont été interrogées par le médecin.

Les résultats de cette analyse en sous-groupe n'étaient pas significatifs ( $p=0.28$ ) selon le test exact de Fisher.

	Suivi du couple par le même médecin (n=34)	Suivi du couple par des médecins différents (n=50)
La victime a parlé des VC d'elle-même	12 (35%)	25 (50%)
Elle a parlé des VC suite au dépistage du médecin	1 (3%)	4 (8%)
Un médecin lui a posé la question des VC mais elle n'en a pas parlé	0	1 (2%)
La question des VC n'a jamais été abordée	17 (50%)	18 (36%)
Aucune réponse à l'item	4 (12%)	2 (4%)

Tableau 4 : Analyse en sous-groupe de l'abord des VC en fonction du suivi du couple (n=84)

## L'influence du genre du médecin généraliste sur la facilité des femmes victimes à parler des VC

Pour 49% des femmes, le genre du médecin généraliste avait une influence sur sa facilité à lui parler des VC.

42 femmes ont répondu que le genre du médecin a une influence. 11 femmes ont ajouté des commentaires. Parmi elles, 10 préféreraient parler des VC à une femme médecin.

« je me sens plus en confiance »,

« on a tendance à se dire qu'une femme sera plus compréhensive »,

« selon la culture, religion, environnement de la femme victime, parler avec une autre femme s'avère plus facile que d'être en face d'un homme »,

« les violences que j'ai subies ont souvent été minimisées par mon entourage masculin ».

Une femme a écrit « ça dépend de la confiance qu'ils font ressentir pendant ce rendez-vous ».

La confiance est une notion reprise par une femme pour laquelle le genre du médecin n'a pas d'influence « c'est mon médecin de famille, je le connais depuis 20ans ».

Une femme n'a pas répondu à la question mais a commenté : je « voulais cacher que cela soit homme ou femme ».

# DISCUSSION

## 1/ Forces et limites de l'étude

### **Les forces**

Jusqu'à présent, en France, les attentes des femmes victimes vis-à-vis du dépistage par le médecin généraliste ont été mises en évidence par des études qualitatives (22-24). Cette étude présente un intérêt quantitatif.

Le multicensurisme de l'étude AVIC-MG apporte de la puissance statistique. A ce jour, 977 questionnaires ont été analysés sur 10 régions françaises.

Dans de nombreuses études, les médecins généralistes ont été interrogés sur leurs pratiques concernant les VC (27-31). Notre étude s'intéresse aux attentes des personnes concernées par cette prise en charge. Elle porte également sur leurs expériences avec le MG. Elle met en évidence un autre point de vue sur la prise en charge médicale. Elle pourrait inciter les médecins à faire évoluer leur pratique.

Préalablement à l'étude AVIC-MG, chaque interne a recensé pour sa région, les structures d'aide aux victimes adultes et enfants ainsi qu'aux auteurs de violence. Il a renseigné leurs coordonnées, les horaires d'accueil, le service proposé et le public accueilli.

Ce travail va aboutir à la création d'une cartographie sur internet avec un moteur de recherche national des structures spécialisées en fonction du type de service proposé.

Il a pour objectif d'aider les médecins généralistes à connaître le réseau d'aide et à orienter leurs patientes vers les structures adaptées.

### **Les limites**

Dans notre étude, en région Centre-Val de Loire, le nombre de femmes ayant répondu aux questionnaires était relativement faible.

Globalement les professionnels des associations trouvaient le questionnaire intéressant mais ils ont eu des difficultés à le proposer. A noter que malheureusement, une seule association de l'Indre-et-Loire, le CIDFF, a accepté de participer et n'a pu recueillir de questionnaire.

Il existait des contraintes organisationnelles et de temps. Les professionnels oubliaient de le proposer malgré plusieurs relances par mail et téléphone.

Ils ne trouvaient pas toujours le moment propice en lien avec leur entretien.

Certaines associations ne le proposaient jamais lors du premier rendez-vous. D'autres comme la juriste du CIDFF 41 n'a rencontré chaque femme qu'une seule fois et a fait face à des refus. Selon la juriste, l'émotion présente empêchait la femme de répondre au questionnaire.

Lors des refus dans les autres associations, les professionnels pensaient que le questionnaire était proposé trop tôt dans leur parcours de prise en charge.

Il semblerait qu'il était plus aisé pour les femmes de répondre au questionnaire lors d'une consultation de suivi. Cela pourrait s'expliquer par un lien de confiance avec le professionnel et un certain recul par rapport à leur situation de VC.

Le taux de réponse aux questionnaires était très variable s'étalant de 2.5% à 72%. Néanmoins, nous n'avons pas pu obtenir, pour chaque structure, le nombre exact de femmes rencontrées durant la période de recueil pouvant répondre au questionnaire, ni le nombre de refus de la part des femmes.

Il existe des biais de sélection. Notre population étudiée est un groupe particulier parmi les femmes victimes de VC. 7% des femmes victimes ont rencontré des membres d'une association d'aide (9). Elles ont pu se libérer de l'emprise de leur (ex)conjoint et ont donc plus de facilité à parler des VC.

De plus, nous n'avons eu que l'avis des femmes majeures qui savent parler et écrire le français. Nous souhaitons que les femmes victimes puissent y répondre seules pour limiter le biais de désirabilité sociale. Néanmoins, ce biais a pu être présent dans certaines associations où les femmes répondaient au questionnaire dans le bureau du professionnel, faute de salle disponible. 2 questionnaires ont été exclus car ils ont été remplis par le professionnel accompagnant.

Dans notre étude, les jeunes femmes de moins de 25 ans étaient moins nombreuses que les personnes de plus de 55 ans. Or, elles ont des taux de victimation au moins deux fois supérieurs à ceux des personnes de plus de 55 ans (32). On peut penser qu'elles effectuent moins de démarches auprès de ces associations d'aide. Le sujet est probablement plus tabou chez les jeunes femmes.

Les questionnaires étaient incomplets à 55%, surtout sur les motifs de consultation.

On retrouve des biais de mémorisation. Le questionnaire étant déclaratif, des oublis ont pu être présents.

Il y a aussi quelques biais méthodologiques. A la question 6 « Avez-vous parlé des VC dont vous êtes victime avec un médecin généraliste ? », 4 femmes ont coché deux réponses dont celle-ci « Oui, un médecin généraliste m'a déjà demandé si j'étais victime de VC ». Le logiciel Redcap n'acceptant qu'une seule réponse, aucune n'a été prise en compte. Ceci a aussi été présent dans l'étude à Bordeaux (33). Cela a minimisé dans notre étude, le nombre de femmes interrogées par le médecin.

Pour la question 10, il y a eu le même problème de doubles réponses. On peut penser que ces femmes ont été suivies par plusieurs médecins généralistes.

## **2/ Attentes des femmes victimes de VC**

Le résultat principal était que 84% des femmes victimes de violences conjugales souhaitaient être interrogées par le médecin généraliste. Par ailleurs, 94% des femmes considéraient que cela faisait partie de son rôle d'aborder la question des VC.

Les études qualitatives ont souvent mis en avant ces attentes (19-24).

A ce jour, nous avons les résultats de l'étude AVIC-MG dans 3 régions : le docteur Mathieu Peyrelongue à Bordeaux a recueilli l'avis de 215 femmes victimes, le docteur Leslie Lelong à Limoges de 34 femmes victimes et le docteur Cécilia Assier à Nantes de 84 femmes (33-35). Dans ces régions, les résultats des attentes des femmes victimes sur le dépistage sont semblables.

Dans notre étude, les femmes attendaient d'abord du médecin les qualités d'un confident : de l'écoute, de la disponibilité et de l'attention, ce qui ressort également des études qualitatives (21-24). Elles souhaitaient également être conseillées, accompagnées et orientées vers des structures spécialisées.

Deux femmes souhaitaient que le médecin soit plus attentif à l'environnement des patients. En posant des questions et s'intéressant au contexte de vie du patient, le MG pourrait ainsi montrer aux patients qu'il est concerné par les problèmes psycho-sociaux (23,36).

Elles attendaient que le MG soit sensibilisé aux violences psychiques et à ses lourdes conséquences. Celles-ci sont plus difficiles à reconnaître pour les victimes et le médecin doit les aider dans ce sens. D'autant plus que le harcèlement moral par leur (ex)partenaire intime est un délit (article 31 du code pénal de la loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010).

Une femme souhaitait « que le secret médical soit levé dans certains cas ».

L'article 226-14 du code pénal de la loi du 5 mars 2007 autorise le professionnel de santé à faire un signalement au procureur de la République « de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles » sans l'accord de la victime si elle est « un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ».

La loi du 30 juillet 2020 établit un nouvel alinéa à l'article 226-14. Le professionnel de santé peut faire un signalement des violences exercées au sein du couple sans l'accord de la victime majeure lorsqu'il estime que la vie de la victime est en danger immédiat et qu'elle se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences. Le professionnel « doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait ».

### **3/ Repérage des femmes victimes de VC**

#### **Les motifs de consultations des femmes victimes de VC**

Dans notre étude, 91% des femmes avaient consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois. Les femmes victimes de VC consultant dans les associations spécialisées sont donc accessibles au dépistage par le MG.

Elles avaient consulté le plus souvent pour : fatigue, douleurs et troubles du sommeil.

Ces motifs sont retrouvés parmi les plus fréquents dans les autres régions.

Un quart des femmes de notre étude consultaient pour des blessures physiques.

Or, les médecins généralistes réalisaient un dépistage des VC sur des motifs de traumatologie (27) et ne repéraient donc que la violence physique.

Une étude qualitative hollandaise s'est intéressée à 36 femmes victimes de VC qui ont révélé ces violences suite à un dépistage systématique par le MG. Au départ, la plupart avaient consulté pour des douleurs psychosomatiques et des troubles psychologiques et quelques-unes pour des blessures en lien avec les violences.

Seules 3 femmes avaient prévu de discuter de la violence conjugale avec leur médecin de famille (21).

Les patientes venaient donc avec des plaintes diverses et n'avaient pas l'intention de parler des VC.

De plus, beaucoup de femmes n'établissaient pas de lien entre leurs plaintes psychologiques, physiques et les VC surtout lorsqu'elles étaient encore dans la relation violente. Cela représente une difficulté supplémentaire de divulguer les VC (20).

C'est donc au médecin d'être vigilant et d'envisager les violences comme une des éventuelles causes devant des plaintes psychologiques ou psychosomatiques variées et aspécifiques.

Le médecin doit également être attentif aux symptômes des enfants victimes. 67% des femmes avaient consulté un médecin généraliste pour leurs enfants au cours des 12 derniers mois.

#### **L'abord des VC à l'initiative des femmes victimes**

Quand les VC ont été abordées en consultation, ce sont le plus souvent (88%) les femmes qui en ont pris l'initiative.

Une étude a interrogé les MG de l'Ile-de-France sur leurs pratiques en 2000 et a été répétée en 2011. Le repérage des VC était à l'initiative de la femme victime dans 85% des cas en 2000 et 69% des cas en 2011. Les médecins ont davantage repéré les VC (28).

Néanmoins, dans notre étude le dépistage restait faible contrairement aux autres régions où les médecins ont repéré les VC chez 34 à 47 % des femmes victimes.

## **Vers un dépistage systématique**

Dans notre étude, sur les 6 femmes interrogées par le médecin généraliste, 5 ont parlé des VC. 17% des femmes n'ont pas répondu au dépistage du médecin. Elles sont 9% et 25% à ne pas y avoir répondu respectivement dans les Pays de la Loire et en Aquitaine. Dans le Limousin, toutes les femmes ont divulgué les VC suite au dépistage médical (33-36).

Une revue systématique publiée en 2015 a démontré que le dépistage systématique augmente significativement le nombre de victimes identifiées. Même si ce nombre restait bien inférieur au nombre de femmes victimes estimées consultant les structures de soins de santé. Les femmes enceintes étaient les plus susceptibles d'être identifiées par le dépistage systématique (37).

Pourtant, il n'y avait pas de preuve d'un effet du dépistage systématique sur la réduction des VC ou sur l'amélioration de la santé des femmes (37).

Les auteurs concluaient donc qu'il n'existe pas suffisamment de preuves pour recommander le dépistage systématique.

Toutefois, aucune étude de cette revue menée dans des pays développés n'a rapporté d'effets néfastes pour les victimes à court-terme : pas de diminution de la qualité de vie, pas de représailles, ni de rupture familiale (37).

Dans différentes études, quelques femmes ont rapporté suite au dépistage systématique des sensations d'intrusion dans la vie privée, de jugement, de tristesse, de déception par la réponse du professionnel et de craintes de représailles (38).

Globalement, le dépistage systématique était bien accepté par une grande partie des femmes victimes à condition que l'environnement soit confidentiel (32).

De plus, le dépistage systématique permet aux personnes victimes de prendre conscience de leur situation, d'être reconnues comme telles, de gagner en estime de soi et d'obtenir du soutien (32).

Au vu de ces bénéfices et de l'absence d'effet néfaste (accord du groupe de travail de la recommandation), l'HAS recommande un dépistage systématique (10).

## **4/ Freins des femmes victimes à aborder les VC**

### **Multiples freins : inhérents à la femme, à l'agresseur et au médecin**

Les femmes qui consultent dans ces associations d'aide ont plus souvent parlé des VC avec un médecin que l'ensemble des femmes victimes (9). Dans notre étude, la moitié des femmes (52%) a parlé des VC à un médecin généraliste.

Les femmes de notre étude ont pris conscience des violences subies.

Un des freins des victimes à aborder les violences est la difficulté à reconnaître les VC du fait des mécanismes de l'emprise. Une femme n'aurait pas apprécié que le médecin aborde la question des VC « parce que je n'avais pas conscience que c'était de la violence ».

Les autres freins personnels sont la honte, la culpabilité, la perte de confiance en soi et l'isolement liés notamment aux violences psychologiques et aux techniques de l'agresseur (22,23).

Les freins peuvent être liés à l'agresseur : il l'« empêche de consulter » ou l'accompagne systématiquement et la peur des représailles (20,22,23).

Dans notre étude, lorsque le médecin suivait le couple (pour 39% des femmes), la patiente était systématiquement accompagnée de sa ou son partenaire dans 16% des cas. C'est au médecin de dire qu'il préfère recevoir la patiente seule.

Le manque « d'écoute » et de « disponibilité » du médecin, la « peur du jugement », la crainte de ne pas être crue et un manque de confiance dans la relation avec le médecin sont des obstacles à l'expression des VC (22,24). Certaines femmes ne savaient pas que le MG pouvait prendre en charge les VC et ne pensaient pas qu'elles pouvaient lui en parler (17,23).

### **L'influence de la connaissance du couple par le médecin sur la divulgation des VC**

Dans les études qualitatives, le fait que le médecin suive aussi le ou l'(ex)conjoint(e) violent(e) était un frein à la divulgation des VC. Elles avaient peur que l'(ex)partenaire soit mis au courant des révélations par le médecin (22-24).

Dans notre étude, les femmes qui consultaient le même MG que leur (ex)partenaire abordaient moins les VC, que ce soit d'elles-mêmes ou suite au questionnement du médecin. Ces résultats n'étaient pas significatifs. Il en était de même dans les études en Aquitaine et dans le Limousin (33-34).

Le médecin doit rappeler l'obligation du secret médical et rassurer la patiente sur la confidentialité de l'entretien (24). Ceci est aussi à redire lorsqu'il suit d'autres membres de la famille.

### **L'influence du genre du médecin sur la divulgation des VC**

Pour 49% des femmes, le genre du MG pouvait influencer leur facilité à lui parler des VC. Et 12% des femmes ont commenté qu'elles préféreraient en parler à une femme médecin.

Dans les autres régions, le genre du MG a une moindre influence : pour 36 à 46% des femmes (33-35).

En Australie, les femmes victimes ont davantage divulgué les VC à une femme médecin généraliste (17). Leur facilité à parler des VC n'était pas significativement associée au genre du MG mais aux compétences en communication du médecin : porter de l'attention à la patiente, mettre à l'aise lors de l'examen physique, impliquer la patiente dans les décisions et passer du temps. Ces habiletés ont été perçues comme meilleures chez les femmes médecins généralistes (39).

Une méta-analyse retrouve de façon significative que les patients divulguent plus d'informations biomédicales et psychosociales aux femmes médecins qu'aux hommes médecins (40).

## **5/ Freins des médecins généralistes au dépistage des VC**

### **La méconnaissance des violences conjugales et de leur prise en charge**

Six femmes (soit 7% des femmes) ont été interrogées sur les VC par leur médecin.

A Melbourne, parmi les 674 femmes victimes de VC consultant en médecine générale, elles étaient 12 % à avoir été questionnées sur les VC (17).

Dans une étude en 2018, dans le Pays Basque, la moitié des MG avait été confrontée à une ou plusieurs situations de femmes victimes de VC au cours des 12 derniers mois. Et 2,5 % des médecins réalisaient un dépistage systématique des VC en cas de nouvelle patiente (29).

La Société Scientifique de Médecine Générale recommande que le médecin pose initialement des questions ouvertes « Y a-t-il des tensions particulières dans votre couple ? Quand il y a des disputes, comment cela se règle-t-il ? ». Puis, il peut nommer des actes concrets de violences (41).

La Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) rappelle que la meilleure des questions est celle que l'on se sent capable de poser (42).

Or les MG expriment un manque d'habileté pour dépister les VC.

Ils ressentent un sentiment d'impuissance dans la prise en charge (25).

67% des médecins se jugeaient insuffisamment informés pour leur permettre de bien repérer et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales (28).

Les MG se sentent isolés par une méconnaissance des associations de proximité et un manque de travail en réseau. Dans notre étude, trois femmes (soit 3%) ont été orientées vers l'association par le MG. Ils orientent en premier lieu vers la police, la gendarmerie et les psychologues (28,29). A Tours, en 2015, parmi les internes et médecins généralistes interrogés, 5% avaient bénéficié d'une formation sur le thème des VC et 69% ne connaissaient pas les associations d'aide (30).

L'attitude de la victime représente également un frein : la dissimulation des violences, son ambivalence. Certains médecins exprimaient de l'incompréhension ou de la frustration en lien avec un manque de sensibilisation aux mécanismes des VC (31). Pourtant, notre étude notait que les femmes en majorité parlaient des VC lorsqu'elles étaient interrogées par le médecin.

D'autres difficultés pour le dépistage sont l'absence de symptômes spécifiques de la victime et le manque de temps (29).

Des médecins éprouvaient la crainte d'une intrusion dans la vie privée et de choquer la patiente interrogée (31). Or, notre étude montre que la majorité des femmes victimes souhaite être questionnée et pense que le dépistage des VC fait partie du rôle du médecin. Le dépistage systématique est également bien accepté par les femmes non victimes (43).

## L'influence du suivi du couple sur le dépistage

Nous observons que les femmes suivies par le même médecin que leur (ex)partenaire étaient moins interrogées que celles qui consultaient un médecin différent. Cette différence n'était pas significative et n'était pas retrouvée dans l'étude de Bordeaux. Elles étaient même plus nombreuses à avoir été interrogées quand elles avaient le même médecin (33).

Dans plusieurs études, le fait de connaître le conjoint représentait une difficulté à la prise en charge des femmes victimes (25,27,28,29,31). C'était le cas pour 35% des médecins généralistes (28).

Si le médecin généraliste a une bonne relation avec le mari violent, il évoquera plus difficilement l'existence de VC (31). De même, il peut ne pas imaginer cette patiente comme victime.

La prise en charge de la femme devrait être indépendante du ressenti qu'il a sur le conjoint et le couple.

Des MG éprouvaient des craintes de représailles de l'homme violent envers eux-mêmes (25).

## La comparaison de l'abord des VC en consultation de médecine générale entre les différentes régions : l'influence de la pénurie médicale

Dans les départements participants du DUMG de :	Tours	Bordeaux	Nantes	Limoges
Femmes qui ont parlé des VC avec le médecin	<b>52%</b>	63%	63%	45%
- Femmes ayant parlé des VC d'elles-mêmes	46%	47%	37%	24%
- Femmes repérées suite au dépistage médical	<b>6%</b>	16%	26%	21%
Femmes qui ont été interrogées sur les VC par le médecin	<b>7%</b>	23%	28%	21%
Femmes ayant le même médecin que l'(ex)conjoint	39%	50%	43%	33%
Femmes reçues seules	58%	55%	65%	30%
Densité moyenne de médecins généralistes pour 100 000 habitants (1)	<b>114</b>	159	145	160
Femmes ayant consulté au moins 3 fois le médecin au cours des 12 derniers mois	<b>47%</b>	59%	58%	59%

Tableau 5 : Comparaison des résultats entre les différentes régions (33-35)

(1) DREES, ASIP-Santé RPPS, traitements Drees ; Insee, estimations de population, données au 1<sup>er</sup> janvier 2018

Dans ce tableau, on remarque que dans la région Centre-Val de Loire, les femmes victimes de VC abordaient les VC d'elles-mêmes autant que dans les autres régions.

Mais elles étaient beaucoup moins nombreuses à avoir été interrogées sur les VC par le médecin.

Dans la région Centre, les MG étaient moins nombreux à suivre à la fois la victime et son (ex)conjoint(e). Et ils recevaient la patiente le plus souvent seule comme dans les autres régions.

Il n'y a donc pas de différences notables entre les régions vis-à-vis de ces freins potentiels au dépistage.

En revanche, la région Centre-Val de Loire avait la densité de médecins généralistes la plus faible en France métropolitaine en 2018.

Dans notre région, les consultations étaient moins itératives.

La durée de consultation peut être réduite et les délais de rendez-vous allongés face à cette forte demande de soins. Le temps et la disponibilité représentaient d'ailleurs une des principales attentes des femmes de notre étude, ce qui n'était pas le cas dans les autres régions.

Il existe aussi une difficulté pour les patientes d'avoir un médecin traitant et cela favorise le nomadisme médical.

La pénurie médicale est une donnée à prendre en compte pour expliquer la plus faible proportion de femmes à avoir été interrogée sur les VC par le médecin dans la région Centre-Val de Loire.

## **6/ Perspectives**

Les résultats nationaux de l'étude AVIC-MG feront l'objet de publications. Les premiers résultats montrent que les femmes victimes souhaitent être interrogées sur les VC et en parlent suite au questionnement du MG. Ces résultats pourraient encourager les médecins à pratiquer un dépistage.

Il serait intéressant de réaliser une étude équivalente chez les femmes victimes dans la population générale. Les femmes participantes avaient fait une démarche pour sortir du cycle des violences et étaient donc plus enclines à en parler avec le médecin. Leurs attentes peuvent différer des femmes qui sont encore dans le silence et sous l'emprise et pour lesquelles, il est plus difficile de parler des violences.

L'étude nationale permettra potentiellement de mettre en évidence des résultats significatifs sur les freins à la divulgation ou au dépistage des VC.

Pour répondre aux attentes et aux besoins des victimes, les médecins doivent être formés. Dans des études, la formation des internes et des MG a permis d'améliorer le dépistage des femmes victimes de VC (29,44). De plus, les médecins formés proposaient plus souvent une orientation multidisciplinaire : sociale, médicale, psychologique et judiciaire y compris vers des associations (29). Celle-ci doit être adaptée aux demandes de la patiente et à son rythme.

Il serait intéressant de proposer des formations au cours de l'internat de médecine générale et lors de la formation médicale continue avec l'intervention de professionnels du réseau local.

Sur le site gouvernemental <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>, la MIPROF propose un court-métrage « Anna » sur le repérage et la prise en charge des VC en consultation, accompagné d'un livret pédagogique pour les professionnels de santé (42).

Mettre une affiche sur les violences intra-familiale dans la salle d'attente est une façon de montrer aux patients que le médecin est sensibilisé. Des affiches sont téléchargeables sur le site <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>.

Le site internet <http://www.decliviolence.fr/> est un site d'aide au repérage et au suivi des VC en médecine générale créé par le Dr Pauline Malhanche du DUMG de Clermont-Ferrand. Il propose entre autres, une cartographie des structures d'aide en Auvergne.

Ce travail de thèse va permettre d'élargir la cartographie du site à l'ensemble des régions participantes. Cela serait pertinent de recenser les associations dans les départements d'Outre-Mer.

Une sensibilisation des médecins généralistes pourrait être faite par l'envoi d'une fiche d'aide avec les recommandations de l'HAS, l'adresse du site <http://www.decliviolence.fr/> et une affiche de sensibilisation à destination des patients. Ceci pourrait être coordonné par le conseil de l'ordre des médecins et la déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité.

Les médecins généralistes doivent également être sensibilisés aux conséquences de l'exposition des VC sur les enfants. Il est important que le médecin aborde le sujet des VC avec eux. L'enjeu est que l'enfant puisse s'exprimer et reconnaître sa souffrance. Tout comme la femme, cela permet à l'enfant de briser le silence et de lever l'isolement. Le travail en collaboration est indispensable. Il serait intéressant d'évaluer si une telle prise en charge des enfants témoins de VC a été observée en pratique par les MG. Une meilleure prise en charge de la femme victime de VC est une étape nécessaire pour aider l'enfant dans son développement.

## CONCLUSION

Les VC sont fréquentes et existent dans tous les milieux sociaux. Les conséquences de ces violences sur les victimes sont importantes tant sur la santé physique que psychique. Les médecins généralistes ont un rôle primordial car ce sont les professionnels de premiers recours.

Les femmes victimes consultant dans des associations d'aide souhaitent en majorité être questionnées sur les VC par le médecin généraliste. Elles pensent que le dépistage des VC fait partie de son rôle.

Elles sont accessibles au dépistage bien que les motifs les plus fréquents soient des plaintes aspécifiques : fatigue, douleurs et troubles du sommeil. Le médecin devrait être vigilant face à ces plaintes.

Elles souhaitent avant tout que le médecin soit à l'écoute, disponible et attentif. Elles attendent aussi d'être informées, conseillées et orientées.

Cependant, les MG dans la région Centre-Val de Loire dépistaient peu les VC. Ils orientaient très rarement vers les associations de soutien.

Un des freins à ce dépistage peut être la crainte de mettre mal à l'aise la patiente. Or, notre étude montre au contraire que la femme victime attend ce questionnement.

Un meilleur repérage et accompagnement des victimes passe par une sensibilisation des médecins à cette problématique : les conséquences sur la santé, les mécanismes des VC, le repérage et le réseau d'aide de proximité.

Cette formation semble nécessaire pour que le MG soit plus à l'aise afin de tendre vers un dépistage systématique recommandé par l'HAS.

Le site <http://www.decliviolence.fr/> propose une information sur les VC et des conseils sur la prise en charge pour les médecins généralistes. Il constituera en plus une aide pratique à l'orientation des victimes vers les différentes structures du réseau local.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève; 2002.
2. Organisation des Nations Unies. Assemblée générale. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Décembre 1993.
3. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Paris : La documentation française; 2001.
4. Hirigoyen M-F. Femmes sous emprise : les ressorts de la violence dans le couple. Paris : Oh! Editions; 2005.
5. D'Hauwe P. Le médecin généraliste face à la violence conjugale. La Revue de la Médecine Générale. 2006;(237).
6. Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales : repérer et aider les victimes. Rev Prat Médecine Générale. 2005;53(945):702-703.
7. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva; 2013.
8. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et Sociétés. 2001;(364).
9. Observatoire national des violences faites aux femmes, Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, Secrétariat d'état chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2019. Indicateurs annuels. Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes. 2020;(16).
10. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Texte des recommandations. 2019;53.
11. Garcia-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : conséquences sur la santé. Geneve : OMS; 2012.
12. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. [Thèse d'exercice]. Clermont Ferrand; 2017.
13. Séverac N. Les enfants exposés à la violence conjugale, recherches et pratiques. Observatoire National des Enfants en Danger; 2012.
14. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul). Mai 2011.
15. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Secrétariat d'état chargé de la solidarité. Lutter contre les violences au sein du couple : le rôle des professionnels. 2008.
16. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse : a descriptive study on medical records in family practice. Br J Gen Pract. 2007;57(538):396-400.
17. Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. Aust N Z J Public Health. 2001;25(5):433-437.
18. Prescrire Rédaction. Violences conjugales. Reconnaître et accompagner les victimes. Rev Prescrire. 2018;38(413):192-200.
19. Mørk T, Andersen PT, Taket A. Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice : a qualitative study. BMC Womens Health. 2014;14:74.
20. Wester W, Wong SLF, Lagro-Janssen ALM. What do abused women expect from their family physicians ? A qualitative study among women in shelter homes. Women Health. 2007;45(1):105-119.

21. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters : abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns*. 2008;70(3):386-94.
22. Gilot H. Les femmes victimes de violences conjugales : qu'attendent-elles de leur médecin généraliste ? Une étude qualitative. [Thèse d'exercice]. Montpellier; 2016.
23. Landzberg L. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille. [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille; 2015.
24. Goubert M. « Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... » Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. [Thèse d'exercice]. Lyon; 2012.
25. 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 ? [Thèse d'exercice]. Nancy; 2016.
26. Pessiot V. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste : démarches éthiques et administratives préalables à la réalisation d'une étude multicentrique transversale et étude de faisabilité au sein d'une structure d'accueil de femmes victimes de violences conjugales de Clermont-Ferrand, l'association Victimes Ecoute Conseils 63 (AVEC63). [Thèse d'exercice]. Clermont Auvergne; 2019.
27. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer*. 2010;21(92):75-81.
28. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. [Thèse d'exercice]. Paris; 2012.
29. Ledoux A. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque. [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2018.
30. Foucard F. Enquête épidémiologique auprès de médecins de premier recours concernant le dépistage des violences conjugales et des violences sexuelles au sein du couple. [Thèse d'exercice]. Tours; 2016.
31. Pantaleon M. Le médecin généraliste face aux violences conjugales : représentations et résistances aux changements de pratiques. [Thèse d'exercice]. Nantes; 2013.
32. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. *Argumentaire scientifique*. 2019;164.
33. Peyrelongue M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG en Aquitaine. [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2020.
34. Lelong L. Repérage et orientation des femmes victimes de violences conjugales en Limousin en 2019 : les réseaux disponibles et attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste. [Thèse d'exercice]. Limoges; 2020.
35. Assier C. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG en Loire-Atlantique et Vendée. [Thèse d'exercice]. Nantes; 2020.
36. Narula A, Agarwal G, McCarthy L. Intimate partner violence : patients' experiences and perceptions in family practice. *Fam Pract*. 2012;29(5):593-600.
37. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015.
38. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence : a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med*. 2012;156(11):796-808.
39. Tan E, O'Doherty L, Hegarty K. GPs' communication skills - a study into women's comfort to disclose intimate partner violence. *Aust Fam Physician*. 2012;41(7):513-517.
40. Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? *Rev Med Suisse*. 2010;6:1444-1447.
41. Offermans AM, Vanhalewyn M, Van der Schueren T, Roland M, et al. Détection des violences conjugales. Guide de pratique clinique. Bruxelles : Société scientifique de médecine générale avec le soutien de l'Agence pour une Vie de Qualité; 2018.

42. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violence envers les femmes la formations des professionnel-le-s : Livret d'accompagnement du court-métrage de formation « Anna». 2019;51.
43. Koziol-McLain J, Giddings L, Rameka M, Fyfe E. Intimate partner violence screening and brief intervention : experiences of women in two New Zealand Health Care Settings. J Midwifery Womens Health. 2008;53(6):504-10.
44. Barenton V. Formation sur le repérage et la prise en charge des victimes de violences conjugales : Impact sur la pratique des Internes de Médecine Générale. [Thèse d'exercice]. Strasbourg; 2019.

### **ANNEXE 1 : Associations d'aide aux victimes de violences conjugales de la région Centre-Val de Loire**

<b>Nom de l'association</b>	<b>Type de services</b>	<b>Coordonnées</b>	<b>Permanences</b>
CIDFF 18	Accompagnement juridique Aide à la recherche d'emploi	6 bis rue du Pré Doulet Apt 5659, Bourges 02 48 24 00 19	Vierzon
SAVIM (Service d'Aide aux Victimes d'Infraction et de Médiation pénale) - Association Le Relais	Aide juridique, soutien psychologique et social Correspondants sociaux travaillant avec la police et la gendarmerie	12 place Juranville, Bourges 02 48 65 66 24	Bourges : TGI
AVIF 18 (service d'Aide aux Victimes de violences Intra Familiales) - Association Relais Enfance et Famille	Soutien psychologique par entretiens individuels sur RDV pour toute victime mineure ou majeure de violences intrafamiliales	2 rue du Pré Doulet, Bourges 02 48 70 02 72	

Tableau 6 : Associations d'aide aux victimes de VC dans le **Cher**

<b>Nom de l'association</b>	<b>Type de services</b>	<b>Coordonnées</b>	<b>Permanences</b>
Accueil de jour : La Source	Accueil, écoute et orientation pour les femmes victimes de tous types de violences et de leurs enfants Accompagnement mère/enfant par une psychomotricienne et une thérapeute familiale Groupes de parole, art thérapie Aide juridique et psychologique sur RDV Services pratiques (téléphone, internet, douche, bagagerie, laverie)	13-15 Rue de la Croix Jumelin, Chartres 09 72 46 45 46 06 30 82 90 16	
CIDFF 28	Information et accompagnement juridique Aide psychologique	92 bis rue François- Foreau, Lucé 02 47 27 54 00	Chartres, Châteaudun, Dreux, Mainvilliers, Nogent-le-Rotrou, Vernouillet
France Victimes 28	Accompagnement juridique, social et psychologique	5 rue du Docteur Michel Gibert, Chartres 02 37 36 50 36	Chartres, Châteaudun, Dreux, Nogent-le-Rotrou, Vernouillet

Tableau 7 : Associations d'aide aux victimes de VC dans l'**Eure-et-Loir**

Nom de l'association	Type de services	Coordonnées	Permanences
Accueil et Ecoute 36 de Solidarité Accueil	Accueil, écoute, évaluation sociale, administrative et orientation par une éducatrice spécialisée	1 bis rue Michelet, Châteauroux 06 71 40 26 51	
CIDFF 36	Information juridique Aide à la recherche d'emploi	5 bis rue d'Aquitaine, Châteauroux 02 54 34 48 71	Issoudun, La Châtre, Le Blanc, Argenton-sur-Creuse
ADAVIM (Association Départementale d'Aide aux Victimes et de Médiation)	Aide juridique et psychologique Partenariat avec la gendarmerie et le commissariat	3 place de la Gare, Châteauroux 02 54 07 33 72	Châteauroux : TGI
Planning familial 36	Accueil, écoute, accompagnement et orientation	1 rue de Provence, Châteauroux 02 54 61 07 08 ou 07 81 48 30 56	Issoudun, Le Blanc, Valençay

Tableau 8 : Associations d'aide aux victimes de VC dans l'Indre

Nom de l'association	Type de services	Coordonnées	Permanences
Accueil de jour : Interm'aide du Secours Catholique	Accueil de toute femme et de leur(s) enfant(s) Ecoute et orientation en fonction du besoin par des bénévoles Services pratiques : cuisine, douche, salle de détente...	37 rue de la Fuye, Tours 02 47 46 45 78	
CIDFF 37	Information et accompagnement juridique Aide psychologique pour les adultes et enfants victimes de violences conjugales	8 place Johann-Strauss, Tours 02 47 27 54 00	Château-Renault, Chinon, Joué-lès-Tours, Montlouis-sur-Loire, Saint Pierre-des-Corps, Tours
France Victimes 37	Aide juridique et psychologique	Centre de vie du Sanitas 10 place neuve, Tours 02 47 66 87 33	Chinon, Joué-lès-Tours, Tours
Planning familial 37	Accompagnement individuel, groupes de parole	Centre de vie du Sanitas 10 place neuve, Tours 02 47 20 97 43	Amboise, Bléré, Château-Renault, Chinon, Langeais, Loches, Saint Avertin

Tableau 9 : Associations d'aide aux victimes de VC dans l'Indre-et-Loire

Nom de l'association	Type de services	Coordonnées	Permanences
Accueil de jour : Artémisia Géré par le planning familial	Accueil de toute femme victime de violences conjugales et de leur(s) enfant(s) Ecoute, accompagnement dans les démarches socio- juridiques et orientation Services pratiques (téléphone, informatique, laverie...)	28 rue des Ecoles, Blois 02 54 74 33 41 06 20 88 47 53	
CIDFF 41	Information juridique Aide à la recherche d'emploi	10 allée Jean Amrouche, Blois 02 54 42 17 39	Blois, Mer, Mondoubleau, Romorantin, Salbris, Vendôme
France Victimes 41	Aide juridique et psychologique	Maison de l'Europe 2e étage 3 Place Bernard Lorjou, Blois 02 54 33 39 63	Blois, Romorantin, Vendôme
ASLD (Association d'Accueil, de Soutien et de Lutte contre les Détresses)	Propose une orientation adaptée pour prise en charge globale de toute femme victime de violences conjugales (hébergement, emploi...)	49 rue Dumont d'Urville, Blois 02 54 42 91 71- 06 75 43 40 05	

Tableau 10 : Associations d'aide aux victimes de VC dans le **Loir-et-Cher**

Nom de l'association	Type de services	Coordonnées	Permanences
Accueil de jour : LAE (Lieu d'Accueil et d'Ecoute)	Ecoute, accompagnement social et juridique Accompagnement psychologique individuel et groupes de parole.	55 rue du Faubourg Saint Vincent, Orléans 02 38 52 10 10	Gien, Montargis, Pithiviers
CIDFF 45	Information juridique Aide psychologique	Résidence Dauphine 5 rue des Roses, Orléans 31 Avenue Louis Chautemps, Montargis 02 38 77 02 33	Amilly, Courtenay, Gien, Lorris, Montargis, Orléans, Saint-Jean-de-la-Ruelle
AVL (Aide aux Victimes du Loiret)	Accompagnement juridique et psychologique lors de la procédure pénale	8 rue Guillaume, Orléans 02 38 62 31 62 31 avenue Louis Maurice Chautemps, Montargis 02 38 26 54 18	Gien, Montargis, Orléans, Pithiviers
Planning familial 45	Ecoute, accompagnement et orientation	6 rue du Brésil, Orléans 02 38 70 00 20	Orléans, Beaugency

Tableau 11 : Associations d'aide aux victimes de VC dans le **Loiret**

## ANNEXE 2 : Questionnaire de l'étude

1. Quel est votre âge :

18-25 ans  26-35 ans  36-45 ans  46-55 ans  56-65 ans  Plus de 65 ans

2. Avez-vous des enfants ? oui  non  Si oui, combien ? ....

3. De quel(s) type(s) de violence avez-vous été victime de la part de votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) :

• **PHYSIQUES** (recevoir des coups, des claques, ... être poussée, ...) oui  non

• **PSYCHIQUES** (insultes, menaces, intimidations, interdictions, imposition d'une croyance/idéologie,....) oui  non

• **SEXUELLES** (rapports ou pratiques sexuels sans que vous soyez d'accord) oui  non

• **ECONOMIQUES** (ne pas avoir accès aux moyens de paiement) oui  non

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

• pour vous même :

aucune  1 à 2 fois  3 à 5 fois  6 fois ou plus

• pour vos enfants :

aucune  1 à 2 fois  3 à 5 fois  6 fois ou plus

5. Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous allée le voir, au cours des 12 derniers mois ?

• pour évoquer directement les violences subies oui  non

• pour un traumatisme/ blessure physique oui  non

• pour de la tristesse oui  non

• pour de l'angoisse oui  non

• pour des difficultés à dormir oui  non

• pour un problème gynécologique oui  non

• pour une prescription de contraception (pilule, implant,...) oui  non

• pour des douleurs oui  non

• pour de la fatigue oui  non

• pour une demande de prescription de médicaments psychotropes (somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs par exemple) oui  non

• pour un suivi et/ou le renouvellement d'un traitement que vous prenez habituellement oui  non

• pour un certificat ou attestation de suivi pour violences oui  non

• pour vos enfants oui  non

• autre : lequel ? .....

6. Avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous êtes victime avec un médecin généraliste ?

oui, un médecin généraliste m'a déjà demandé si j'étais victime de violences conjugales

oui, c'est moi-même qui ai abordé la question

un médecin m'a déjà posé la question mais je n'ai pas répondu

non

Je ne me rappelle pas

Commentaires éventuels :

.....

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

Oui

Plutôt oui

Plutôt non

Non

8. Pensez-vous que cela fait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder la question des violences conjugales ?

Oui

Non

9. Qu'est-ce qui vous a mené jusqu'à cette association ? (Plusieurs choix possibles)

Médecin généraliste

Gynécologue

Autres médecins (urgentiste, psychiatre...)

Sage-femme

Autres soignants (infirmier, psychologue...)

Travailleur social

Une autre association

Site internet/numéro d'appel gratuit

Police/gendarmerie

Entourage (amis, famille)

Urgences hospitalières

Autre(s) : .....

10. Le(s) médecin(s) généraliste(s) que vous consultez est(sont)-il(s) le(s) même(s) que celui de votre (ex)-conjoint(e) violent(e) ?

Oui

Non

Je ne sais pas

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

- Seule
- Avec votre conjoint
- Ça dépend des fois

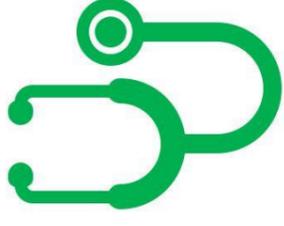
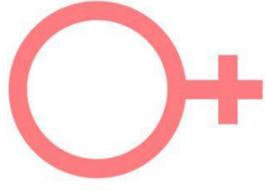


12. Est-ce que le fait que le médecin généraliste soit un homme ou une femme peut influencer votre facilité à lui parler des violences que vous subissez ?

- Oui
- Non

Commentaires éventuels :

.....  
.....



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

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

## Etude AVIC-MG

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

Si certaines questions vous ont mises mal à l'aise ou si vous en ressentez le besoin, nous nous tenons à votre disposition : .....

*(nom et coordonnées du psychologue ou référent de la structure)*

Pour tout renseignement, vous pouvez nous contacter par mail : [mathilde.vicard-olagne@uca.fr](mailto:mathilde.vicard-olagne@uca.fr)

### ANNEXE 3 : Affiche de la salle d'attente

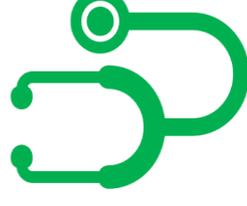
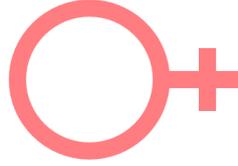
## Etude **AVIC-MG**



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

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

Merci d'avance de votre précieuse participation,



Manon Grignou, médecin généraliste, en thèse de médecine générale sur l'étude AVIC-MG (Tours)  
Dr Christelle Chamant, médecin généraliste (Saint-Jean-de-Braye)  
Dr Mathilde Vicard-Olagne, médecin généraliste (Vernet-la-Varenne)

## ANNEXE 4 : Affiche de la boîte de recueil



### **Attentes des femmes **V**ictimes de violences **C**onjugales envers leur **M**édecin **G**énéraliste**

Madame,

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

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

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

*Investigateurs : Manon GRIGNOU, médecin généraliste (Tours)*

*Christelle CHAMANT, médecin généraliste (Saint-Jean-de-Braye) – Chef de Clinique Universitaire, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, 10 Boulevard Tonnellé, 37000 Tours.*

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

## **ANNEXE 5 : Avis du Comité Ethique**



### **Comité Ethique du CNGE**

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cngc.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 17 Avril 2019,

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

**Avis n° 14031977**

---

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

---

**Cédric RAT**  
**Pour le Comité Ethique du CNGE**

**Vu, le Directeur de Thèse**

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

## Grignou Manon

53 pages – 12 figures – 5 tableaux

### **Résumé :**

**Introduction :** En France, une femme sur dix est victime de violences conjugales (VC). La Haute Autorité de Santé recommande désormais un dépistage systématique des VC. Or, les médecins généralistes (MG) dépistent peu les VC.

**Objectifs :** L'objectif principal était d'observer si les femmes victimes de VC consultant auprès des structures spécialisées dans leur accueil souhaitaient être questionnées sur les VC par le MG. L'objectif secondaire était de décrire les caractéristiques de leur(s) consultation(s) en médecine générale au cours des 12 derniers mois.

**Matériel et méthode :** Etude descriptive, transversale et multicentrique menée dans la région Centre-Val de Loire entre juillet 2019 et mars 2020. Les données ont été recueillies par un auto-questionnaire anonyme proposé aux femmes majeures victimes de VC consultant dans des structures spécialisées.

**Résultats :** 88 questionnaires ont été analysés, obtenus auprès de 13 associations participantes. 91% des femmes avaient consulté un MG au cours des 12 derniers mois principalement pour fatigue (76%), douleurs (68%) et troubles du sommeil (62%). 52% des victimes avaient déjà parlé des VC avec le MG, la plupart de leur propre initiative. 7% des femmes avaient été questionnées sur les VC par le MG et 3% avaient été orientées vers l'association d'aide par le MG. Cependant, 84% des femmes avaient ou auraient apprécié que le MG aborde la question des VC et 94% pensaient que le dépistage des VC faisait partie du rôle du médecin.

**Conclusion :** Les femmes victimes de VC de notre population consultent le MG. Elles souhaitent être questionnées sur les VC par le MG. Il a donc un rôle essentiel dans le dépistage et l'orientation des victimes.

**Mots clés :** violences conjugales, femmes victimes de violences, médecin généraliste, dépistage, soins primaires

### **Jury :**

Présidente du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Directrice de thèse : Docteur Christelle CHAMANT

Membres du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN

Professeur Wissam El-HAGE

Date de soutenance : le 22 avril 2021