

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2020

N°

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

**Cécilia ASSIER, née le 15 février 1991**

---

Présentée et soutenue publiquement le 19 juin 2020

---

**ATTENTES DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES  
ENVERS LEUR MEDECIN GÉNÉRALISTE :**

**ÉTUDE AVIC-MG EN LOIRE-ATLANTIQUE ET VENDÉE**

---

Présidente : Madame la Professeure SAUVAGET Anne

Directeur de thèse : Dr OHEIX Françoise



# Remerciements

**Aux membres du jury,**

**A Madame la Professeure Anne Sauvaget,**

*Professeure des Universités, Praticien Hospitalier, Psychiatre, Responsable de l'unité de Neuromodulation en psychiatrie, Service Addictologie et Psychiatrie de liaison au CHU de Nantes.*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. J'ai eu la chance de pouvoir découvrir la spécialité de psychiatrie en dernier semestre d'internat et j'en suis ravie. Je vous remercie également pour toute l'aide que vous m'avez apporté pour le déroulement pratique de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect et de toute ma gratitude.

**A Monsieur le Professeur Stéphane Ploteau,**

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Fédératif de Pelvi-Périnéologie au CHU de Nantes.*

Je suis ravie de compter parmi mon jury, un représentant émérite de la spécialité de gynécologie obstétrique. Cette spécialité compte beaucoup à mes yeux, et j'espère pouvoir l'inclure au quotidien dans ma pratique. Veuillez agréer l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

**A Madame le Docteur Pauline Jeanmougin,**

*Maitre de Conférence des Universités associé, Membre du Département de Médecine Générale de Nantes, Médecin généraliste à Nantes.*

Je te remercie profondément d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je suis reconnaissante de la qualité des cours et des ateliers que nous avons pu partager et de ton investissement envers les étudiants en médecine. Ce fut un réel plaisir d'y assister.

**A Madame le Docteur Françoise Oheix,**

*Médecin généraliste à Nantes, Praticien au Centre IVG Simone Veil CHU de Nantes.*

Je te remercie de m'avoir accompagné et soutenu pour ce travail, et de l'intérêt que tu as porté dès le début pour ce projet. Je suis admirative de ton engagement envers les causes touchant les femmes, notamment en travaillant dans le centre Simone Veil.

Je tiens à également remercier **Docteur Vicard-Olagne Mathilde** pour l'initiation du projet AVIC MG d'envergure nationale, du travail de coordination fait au quotidien et de sa gentillesse.

J'exprime ma gratitude aux personnels des structures **Solidarité Femmes, France Victime Nantes, Centre Simone Veil, Centre Clotilde Vautier, Planning familial de Nantes, CIDFF Bassin Nazairien, Association Prévenir et Réparer, SOS femmes Vendée** pour leur participation. Leur motivation fut sans faille pour m'aider dans ce projet et resserrer les liens entre médecins de ville et associations.

Durant mon cursus facultaire, j'ai eu la chance de rencontrer des médecins attentifs et bienveillants, qui n'ont fait qu'accentuer mon gout pour la médecine, notamment d'extraordinaires médecins de ville. Je tiens à les remercier chaleureusement pour les conseils qu'ils m'ont prodigué pour me permettre de progresser et la confiance qu'ils ont eue en moi.

### **A mes proches,**

Je remercie infiniment ma famille sans qui je ne serai pas là aujourd'hui. Merci pour le soutien sans faille dont ont fait preuve mes parents. J'espère les rendre fiers aujourd'hui autant que je suis admirative d'eux. A ma chère et tendre mamie.

Merci à mes 2 sœurs, Justine et Valentine, pour qui j'ai le plus grand des amours.

Valentine, ma petite sœur, merci d'être toi, rayon de soleil dans ma vie.

Je remercie les girls du 24 pour tous les nombreux moments partagés : Margot, Laura, Marion, Justine, François. Élisabeth, co-équipière de choc, avec qui nous avons usé les bancs de la faculté et surtout partagé de merveilleux souvenirs d'amitié.

Emmanuelle, merci pour toutes ses années d'amitié, la bonne humeur et ton soutien indéfectible.

Je remercie mon cher Tommy pour tellement de choses ! Coïncidence de l'alphabet, on a eu la chance de partager beaucoup de stages ensemble et de devenir amis. Tu es l'une des personnes qui me fera toujours le plus rire et je suis très heureuse que cette amitié perdure. Dans la team A, je n'oublie pas Marion avec qui nous nous rappellerons des gardes de gynécologie et de sculpture sur fruit.

Je tiens à remercier mon ami Pierre Antoine qui a été là dans les moments cruciaux pour mes études, aussi bien avant les examens qu'après pour faire la fête.

Pensées pour ma chère Alice, ma chère bretonne d'adoption Marine.

Je remercie ma chère Anouk pour avoir été là durant toutes ses longues années. Tu m'as toujours soutenu, aidé dans ces moments. Tous les moments passés avec toi sont précieux. Ravie que tu t'épanouisses dans ta future vie de maman.

Un grand merci à mes super colocs de Nantes Amélie et Charlotte. Que de bons moments passés à vos coté, je n'aurai pas pu rêver mieux. A toutes les belles personnes que j'ai rencontrées lors mon internat aux Sables d'Olonne et à Nantes : Stéphane, Valentin, Lina, Kéké, Adèle, Marie, Yann, Valentin, Marlène, Gagou, Zoé, Sarah, Fara et la team MPU, Pauline, et les internes de psychiatries avec qui j'ai eu l'impression de recommencer l'internat !

Enfin, j'exprime tout le bonheur de partager ta vie, Rémi.

*« L'amour porte deux arcs : celui des grâces qui fait le bonheur de la vie et celui de la violence qui y répand le trouble. »*

*Adolphe d'Houdetot*

# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
---------------------------	----------

## **ETAT DES CONNAISSANCES A PROPOS DES VIOLENCES CONJUGALES**

A) Les chiffres .....	<b>11</b>
B) Description de la violence et théories sur l'emprise .....	<b>12</b>
1) Les différents types de violences	
2) Les différentes théories sur l'emprise et la dynamique des violences conjugales	
C) Justice, Coût, Politiques nationale et européenne. ....	<b>16</b>
1) Les sanctions pénales relatives aux violences conjugales	
2) L'action des pouvoirs publics et le grenelle contre les violences faites aux femmes 2019	
3) Action des pays européen	
4) Le cout global des violences conjugales en France	
D) D'un point de vue médical, caractéristiques et conséquences des violences conjugales. ....	<b>21</b>
1) Facteur de risque d'être victime	
2) Conséquences chez la victime	
3) Conséquences chez les enfants	

## **MATERIELS ET METHODES**

A) Méthodologie des informations relatives au site internet « Déclic Violence »	<b>25</b>
B) Méthodologie de l'étude AVIC-MG .....	<b>25</b>

## **RESULTATS**

A) Résultats en rapport avec le site internet « Déclic Violence » .....	<b>29</b>
B) Résultats en rapport avec l'étude AVIC-MG .....	<b>29</b>
1) Recrutement des structures .....	<b>29</b>
2) Résultats régionaux de l'étude .....	<b>31</b>
a) Description de la population de victimes	
b) Nature des violences subies par les victimes	
c) Résultats des questions relatives à la relation médecin-victime	

- d) Résultats des questions relatives à la fréquence et au motif des consultations
- e) Résultats des questions relatives à l'orientation des victimes
- f) Résultats en texte libre des questions sur les attentes des victimes envers les médecins généralistes.

3) Autres résultats de l'étude AVIC-MG .....	<b>38</b>
--	-----------

## **DISCUSSION**

A) Résultat principal et implication majeure .....	<b>39</b>
B) Forces et Faiblesses de l'étude .....	<b>39</b>
1) Forces	
2) Faiblesses	
C) Validité externe et Interprétation des résultats .....	<b>43</b>
D) Futur et Ouvertures .....	<b>45</b>

<b>CONCLUSION</b> .....	<b>47</b>
-------------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>48</b>
----------------------------	-----------

<b>ANNEXES</b> .....	<b>52</b>
----------------------	-----------

<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>59</b>
-----------------------------------	-----------

# Introduction

La question des violences conjugales est un sujet on ne peut plus actuel. Et pourtant, elles existent depuis toujours.

Leur mise en lumière médiatique ces dernières années, a permis de se pencher plus sérieusement sur ce problème de société.

En France, une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son conjoint.

121 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire en 2018, soit une femme tous les trois jours.(1)

La complexité de ce sujet se retrouve à plusieurs niveaux : la fine limite entre la sphère privée et publique, la multiplicité des profils d'agresseurs ou de victimes, le tabou et l'emprise des victimes.

Ainsi, c'est un sujet complexe à traiter, le repérage et les prises en charge sont difficiles à standardiser, à la croisée de plusieurs domaines professionnels.

Néanmoins, il existe des pistes d'amélioration.

Parmi elles, on peut espérer améliorer le repérage des victimes par le biais des professionnels de santé. Ils sont incontournables dans la vie de chacun. Ils sont parfois même les seuls contacts en dehors de la cellule familiale.

En ce sens, les médecins généralistes devraient jouer un rôle important dans l'accompagnement des victimes. Mais dans la réalité, une faible proportion des victimes a pu solliciter l'aide de leur médecin.

D'après les enquêtes CVS (Cadre de Vie et Sécurité) réalisées sur la période 2015-2019, seulement 25 % des femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles, ont consulté un médecin généraliste pour parler de leur situation de violences.

A noter que 55% de ces femmes n'ont entrepris aucune démarche.(1)

On peut s'étonner de la faible proportion de femmes victimes de violences conjugales consultant des professionnels à ce sujet.

Plusieurs éléments expliquent cette tendance.

Parfois, les femmes ne sont pas conscientes d'être victimes de violences conjugales, surtout dans le cas des violences psychologiques.

Elles peuvent être dans une perception ambivalente des violences, entre le poids de l'emprise psychologique de leur partenaire, le fait d'être contraintes par la peur, la menace, à se taire.

Certaines qualités du médecin et conditions de la consultation sont plus propices à la confession, ce qu'elles ne retrouvent pas chez tous les praticiens.(2)(3)

Néanmoins, la plupart des victimes de violences conjugales seraient d'un avis favorable pour en parler avec leur médecin traitant.

Du point de vue des médecins généralistes, nous nous heurtons à plusieurs difficultés.

Souvent démunis face à des soupçons ou des situations de violences avérés, les médecins généralistes incriminent notamment un manque de formation, l'absence de recommandation officielle ou une méconnaissance des solutions de prise en charge. (4)(5)

Nous estimons, grâce à plusieurs études, que les médecins réalisent peu de dépistages des violences conjugales sur point d'appel, et encore moins de dépistage systématique. Ce dernier ne dépasserait pas les 10% des consultations.(6)(7)

Devant ce constat, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié de nouvelles recommandations à destination des professionnels de santé en octobre 2019.(8)

Elle précise comment repérer et comment accompagner les victimes de violences conjugales. Elle prend position et encourage les professionnels à dépister systématiquement les patientes, et également sur point d'appel lors de consultation.

En dépit des efforts mis en place, on peut aisément comprendre que la difficulté d'accompagnement en aval n'encourage pas le dépistage qu'il soit systématique ou orienté.

Cette difficulté d'accompagnement est réelle notamment par la méconnaissance du réseau associatif de proximité.

Dans l'enquête réalisée par Dr Bures auprès des médecins généralistes en Haute Normandie, on retrouve que 67 % des médecins nient avoir un bon réseau d'aide locale et que 43% considèrent que la méconnaissance du réseau a entraîné des difficultés de prise en charge des patientes victimes de violences conjugales.(9)

C'est de cette constatation qu'est partie l'auteure du site Décliv Violence

Le site [www.declivviolence.fr](http://www.declivviolence.fr) a été créé dans le but de sensibiliser et d'aider les médecins généralistes à la prise en charge des victimes de violences conjugales par des outils pratiques utilisables en consultation.

Ce site date de 2016, réactualisé annuellement. Il est le fruit d'une recherche documentaire basée sur la littérature internationale actualisée de l'auteure Pauline Malhanche.

Il a été validé par un comité d'expert dans la problématique des violences conjugales.

Il a été financé par la délégation aux droits des femmes de la région Auvergne.

Connaissant la problématique de terrain, elle a élaboré ce site de manière à apporter une boîte à outils aux médecins généralistes (tels que des exemples de certificat de coups & blessures, signes d'alerte etc..).

Elle fournit également des informations sur la naissance et la pérennisation de ses violences, les multiples conséquences pour la victime et l'entourage, rappelant ainsi le rôle essentiel du médecin généraliste, souvent premier acteur de soin.

Une autre partie du site répertorie les associations de proximité en région Auvergne, associations d'aide aux victimes (accueil de jour, hébergement d'urgence, service de victimologie), aux enfants des victimes ainsi qu'aux auteurs de violences.

Une fois de plus, l'objectif est de faciliter l'orientation des victimes ou des auteurs.

C'est dans cette dynamique que notre projet de thèse a vu le jour.

L'idée initiale était d'enrichir ce site en répertoriant les associations de proximité dans chaque région française, et permettre à un plus grand nombre de médecins d'accéder aux mêmes outils que les médecins auvergnats.

Le but de notre étude est double :

La première partie de ce travail consiste en un recensement exhaustif de toutes les structures de Loire Atlantique et de Vendée, ainsi que les informations pratiques correspondantes (heures d'ouverture, adresse, courriel).

La deuxième partie de ce travail consiste en une étude descriptive concernant l'avis des personnes victimes de violences conjugales, consultant dans des centres associatifs d'aide aux victimes, quant au dépistage de ces violences par le médecin généraliste, ainsi qu'aux motifs et à la fréquence de consultation chez le médecin généraliste.

# État des connaissances à propos des violences conjugales

## A) Les chiffres

La violence conjugale est plus que jamais un sujet d'actualité dans un contexte sociétal de lutte contre le sexisme.

Plusieurs évènements récents ainsi que des campagnes d'informations et de prévention pointent du doigt ce fléau.

Au vu des chiffres, il est clair que c'est un sujet qui doit bénéficier d'une attention particulière et de l'intérêt des institutions.

**En France**, 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles en 2018.(1)

Ce chiffre ne reflète pas la totalité des cas de violences conjugales puisqu'il est déclaratif, et ne prend pas en compte les autres types de violences entre partenaire : psychologique, économique, cyber-violence.

Au cours de cette même année, 121 femmes ont été tuées par leur conjoint ou ex-conjoint, et 28 hommes tués par leur conjointe.(1)

Depuis 10 ans, le nombre de femmes tuées par leur conjoint ou ex-conjoint, tend légèrement à diminuer.

On note également que 88% des victimes de violences conjugales sont des femmes.

**A l'échelle européenne**, une étude réalisée en 2014 montre que 22% des femmes hétérosexuelles interrogées ont déjà subi des violences physiques et/ou sexuelles au sein de leur couple.

Pas moins de 43% des femmes interrogées ont subi une ou plusieurs formes de violences psychologiques (menaces, violences, séquestrations...).(10)

**Dans le monde**, la prévalence des violences entre partenaires intimes est plus importante, avec des disparités importantes

En 2013, une étude réalisée par l'OMS établit un état des lieux des violences dans plus de 80 pays. Elle a montré que près d'un tiers des femmes qui ont eu une relation de couple (30 %) avaient subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime.(11)

La prévalence varie entre 23,2 % dans les pays développés et 37,7% dans la région d'Asie du Sud Est. Dans cette même étude, on note que 38% des féminicides sont commis par le partenaire intime.(11)

Dans une étude de la littérature regroupant les données de 66 pays développés et/ou en développement, on note que 13,5 % des homicides totaux ont été réalisés par un partenaire intime.(12)

## B) Description des violences et théories de l'emprise

Il existe plusieurs définitions de la violence conjugale, nous retiendrons celle de l'Organisation Mondiale de la Santé :

*« Tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination. »*

Il faut distinguer la violence conjugale du conflit conjugal. En effet, dans ce dernier, il n'y a pas d'acte de domination, les deux interlocuteurs sont sur un pied d'égalité même s'ils ont une opinion différente l'un de l'autre.

Si on observe une asymétrie dans cette relation et dans les comportements, on peut dire qu'on est face à de la violence dans le couple.

### 1) Les différents types de violences conjugales

La définition de la violence domestique a été précisée et complétée en 2011 par la 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) comme :

*« Tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique, qui surviennent au sein de la famille ou du foyer ou entre des anciens ou actuels conjoints ou partenaires, indépendamment du fait que l'auteur de l'infraction partage ou a partagé le même domicile que la victime ». (13)*

Nous allons détailler les différents types de violences (14) :

Les violences verbales & psychologiques : propos ou comportements répétés visant à dévaloriser, humilier, harceler, mépriser, menacer, intimider ou isoler le partenaire. Cela s'exprime par des mots (injures, menaces, insultes) accompagnés de la manière de les dire par l'intonation, le débit de paroles, les cris...

Les violences physiques : tout ce qui peut atteindre l'intégrité physique, même si cela ne laisse pas de traces : coups, gifles, bousculades, brulures, séquestration jusqu'à des actes graves pouvant aboutir à l'homicide.

Les violences sexuelles : sévices, harcèlement, exploitation sexuelle, pratiques sexuelles imposée ou sous contrainte, et non désirées par la conjointe appelées viol conjugal.

Les violences administratives et économiques : privation des documents officiels de la conjointe comme papiers d'identité, fiches de paie, permis de conduire ; retirer les moyens de paiements, contrôler les dépenses jusqu'à créer une dépendance matérielle de la conjointe, même en cas d'activité professionnelle de cette dernière.

Les cyber-violences : mêmes infractions retrouvées que dans la vie courante (harcèlement, diffamation, menace de viol ...) avec comme spécificité la diffusion d'images violentes (caractère sexuel compris) et le délit de « revanche pornographique » en rendant public sur le net des images intimes de la partenaire.

## 2) Les différentes théories sur l'emprise et la dynamique des violences conjugales

Les situations de violences conjugales sont souvent difficiles à appréhender notamment, lorsque la victime va présenter une certaine ambivalence concernant son agresseur. Cela peut d'ailleurs entraîner une incompréhension, un découragement des professionnels.

La notion clef à retenir est l'emprise, celle de l'agresseur sur la victime.

Ces comportements d'emprise vont être à l'origine d'une attaque narcissique, qui s'apparente à une forme de vampirisme, qui va progressivement « vider » la victime de tout élan vital, de toute capacité décisionnaire et ainsi l'isoler encore plus. (15)

Plusieurs théories sur les violences au sein du couples ont été décrites, retrouvant systématiquement la notion d'emprise avec des comportements d'adaptation spécifique des victimes. (16)

- **La théorie du cycle de la violence**

La plus « célèbre » est la théorie du cycle de violence (*cycle of abuse*). Elle émane de Lenore E. Walker en 1979, à la suite d'entretien avec plus de 1500 femmes victimes de violences aux USA. Elle constate des similitudes entre les comportements, permettant la description de cette théorie.

Comme son nom l'indique, la violence est décrite de manière cyclique avec 3 phases :

Le renforcement de la tension (*tension building*) est une période au cours de laquelle il existe un climat de tension croissante, avec des éléments mineurs de violence et où la victime va adapter son comportement de manière à faire diminuer cette tension.

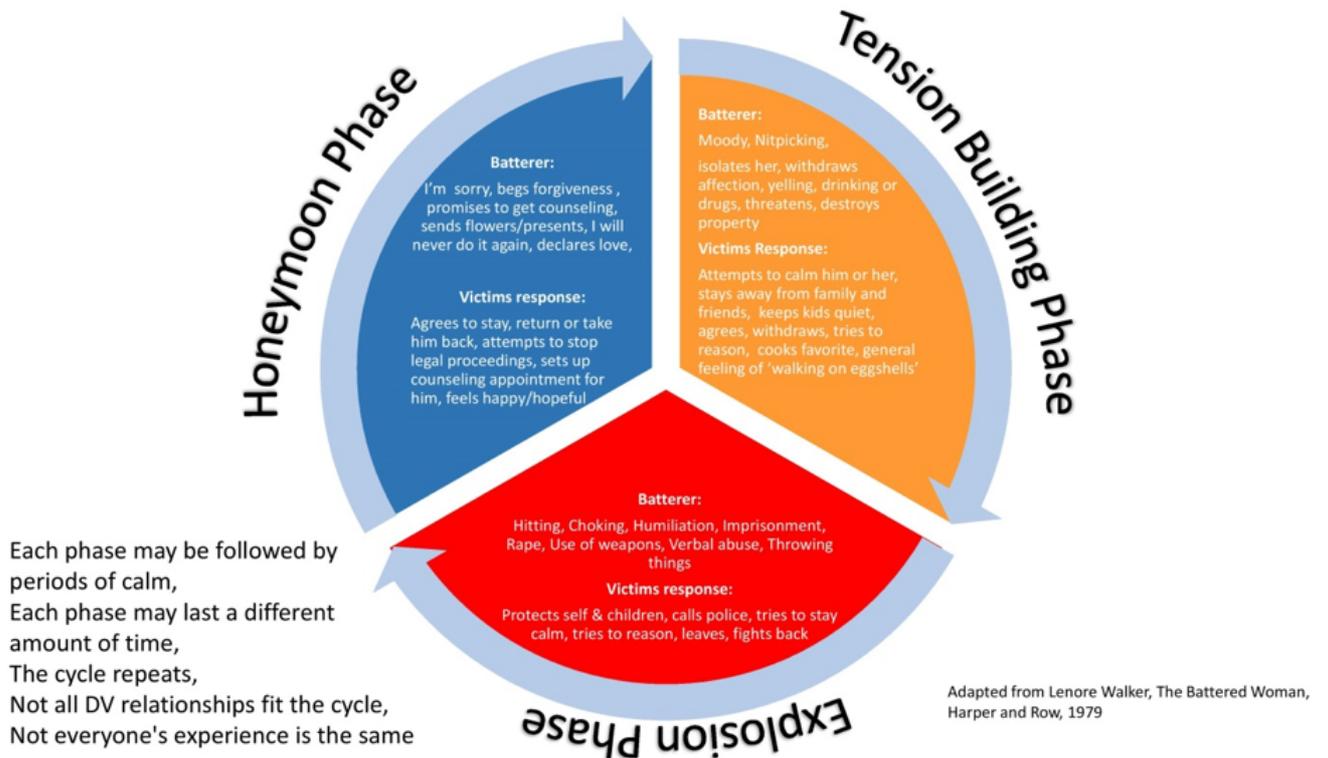
L'explosion (*acute violence*) est caractérisée par une sévérité et une brutalité de la violence quelle qu'elle soit, conséquence du paroxysme de la phase de tension.

La lune de miel (*honeymoon*) suite à cette explosion de violences, phase où on va retrouver un comportement calme, aimant de l'agresseur, et où il va faire part de ses remords et réaliser des efforts pour se « faire pardonner » les précédents faits. La victime finit souvent par pardonner à l'agresseur devant les changements. Cette phase est importante dans la construction de l'emprise, car en pardonnant le comportement de ce dernier, la partenaire va s'affirmer dans la victimisation.

La culpabilité de l'agresseur s'évanouit et le cycle des violences recommence par un renforcement du climat de tension.

Le premier cycle de violence peut être très long (mois, années voire dizaines d'années). Puis, on voit une accélération de la fréquence des cycles, si bien que plusieurs cycles de violences peuvent parfois être décrites dans la même journée.

Il est aussi décrit que la phase de lune de miel peut être absente, et que le cycle recommence par un climat de tension assez important. Dans ces cas-là, on considère que le risque légal pour la victime est très important.



### ▪ La théorie de la roue du pouvoir et du contrôle

Cette théorie propose, contrairement aux autres théories, le fait que la violence et les abus sont une donnée constante dans la vie des victimes.

La violence serait utilisée par différentes manières pour contrôler la vie des victimes.

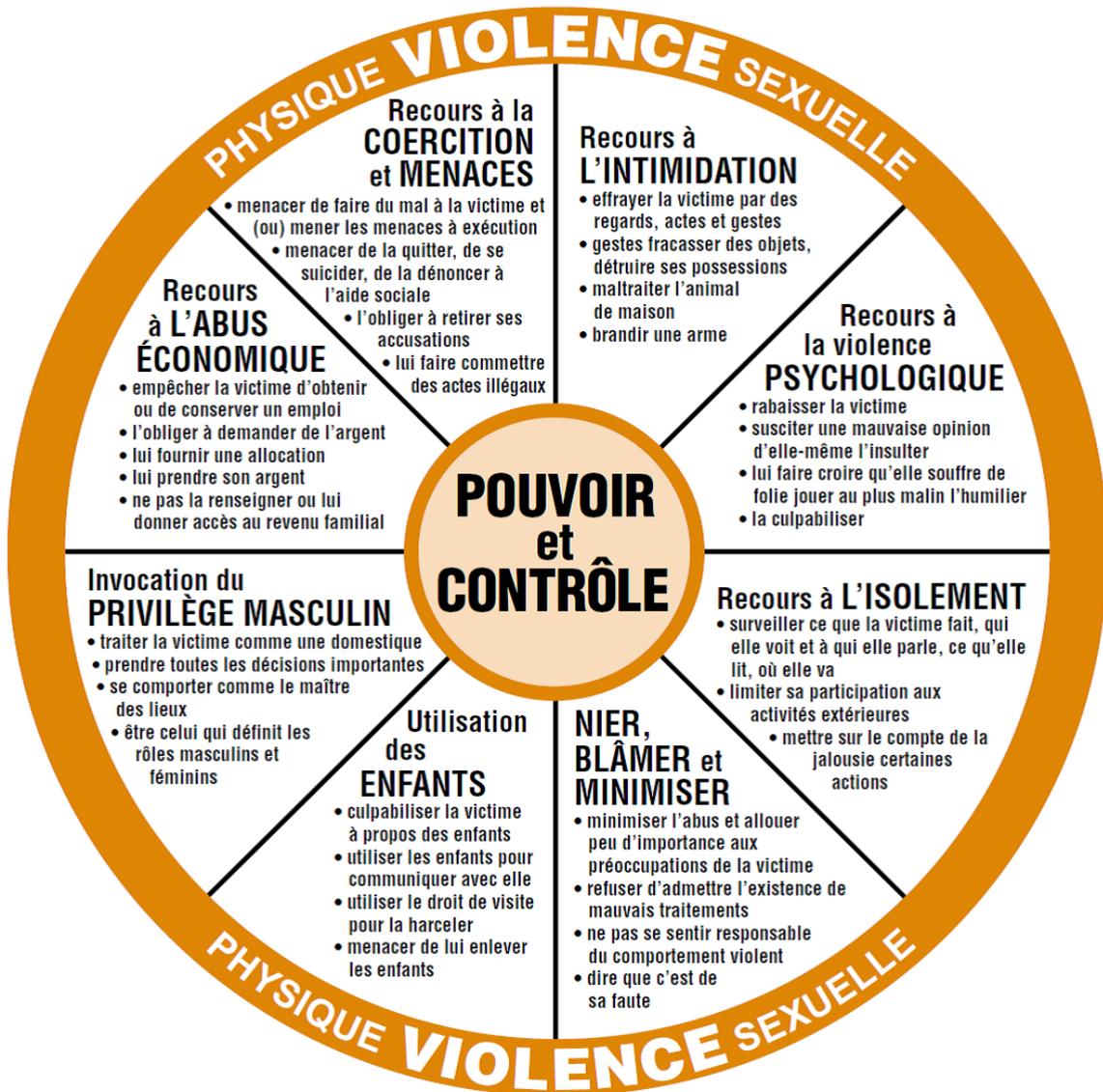
Elle a été basée notamment sur une étude centrale où les auteurs ont pu décrire un schéma d'emprise: la roue du pouvoir et du contrôle (the power and control wheel).(17)

Les auteurs de violences utilisent diverses violences non physiques pour affirmer leur emprise sur la victime.

On peut retrouver dans cette roue schématique huit comportements différents, comme par exemple l'intimidation, les abus émotionnels, le fait de minimiser ou nier la violence physique, l'isolement de la victime, le fait d'utiliser les enfants etc...

Les agressions physiques peuvent être rares mais elles renforcent le pouvoir des autres tactiques de contrôle.

A terme, cette stratégie compromet la capacité du partenaire à réagir de manière autonome.



▪ **La théorie des systèmes de la violence.**

Cette théorie a été développée par J. Giles Sims en 1983.(18)

Ce système est longitudinal et fait intervenir une notion importante : celle du feed-back. En effet, les comportements de l'agresseur s'adaptent en fonction de ceux de la victime.

Quand survient la première violence au sein du couple, une frontière tacite est franchie.

C'est un moment clé dans l'escalade de violence, car la relation se fragilise à ce moment.

Après cette première violence, l'agresseur se trouve en position inconfortable sachant qu'il a franchi une frontière interdite. La victime se trouve dans la légitimité de quitter cette relation.

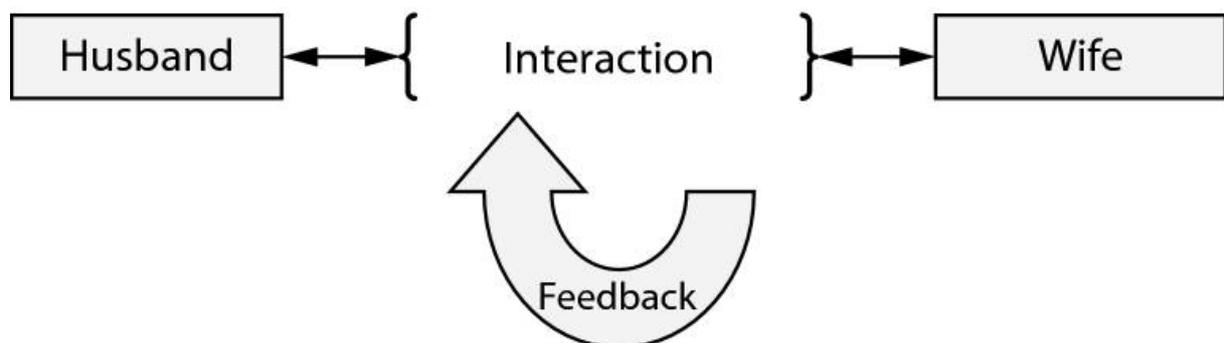
Mais, dans la plupart des cas, le premier évènement de violence ne revêt pas de caractère de gravité aux yeux de la victime. De plus, l'agresseur est contrit, de sorte que l'évènement dissuade la victime de partir.

Les actes de violence vont se répéter dans le temps, et l'agresseur va devenir de plus en plus insensible, dans la diminution de remise en cause de ses actes. Être agressif envers l'autre semble créer un besoin de justifier la violence en dégradant la victime.

Dans ce même temps, les victimes peuvent s'acclimater à la peine et réagir de moins en moins dramatiquement, en une sorte de banalisation de la violence. La violence répétée fera effondrer la résistance et l'estime de soi de la victime.

Ce comportement conduit l'agresseur à commettre des actes de plus en plus violents pour obtenir le même résultat, dégradant d'autant plus la victime pour mieux justifier ces actes.

C'est donc l'interaction entre l'agresseur et l'agressée qui va faire éclore ces comportements. Dans cette théorie, la notion de feed-back est essentielle pour expliquer l'escalade de violence.



En conclusion, les études des relations de couples violents permettent de retrouver ces trois théories, affirmant leur validité.(16) On pourrait espérer un modèle plus complet englobant l'ensemble de ces concepts.

## C) Justice, Coût, Politiques nationale et européenne

### 1) Les sanctions pénales relatives aux violences conjugales

Il est important de rappeler aux victimes que les faits de violence conjugales quelle que soit leur nature, sont punis par la loi dans notre pays.

On retrouve différentes peines, relatives aux infractions pénales dans le contexte des violences conjugales.

Les informations ci-dessous sont extraites du Code Pénal.

#### Les mesures alternatives aux poursuites :

Dans le cas de violences légères et isolées, le procureur de la République peut décider de ne pas poursuivre l'auteur devant un tribunal.

Le procureur peut alors avoir recours, par exemple :

- à une composition pénale
- à un rappel à la loi
- à un stage de responsabilisation pour la prévention et la lutte contre les violences au sein du couple (accompli par l'auteur des faits à ses frais)
- à une médiation pénale, uniquement si la victime est d'accord.

#### Les violences physiques :

Des violences conjugales ayant entraîné une incapacité totale de travail (ITT) inférieure ou égale à **8** jours ou n'ayant pas entraîné d'ITT sont punies au maximum de **3** ans de prison et **45 000 €** d'amende.

Si ces violences ont entraîné une ITT supérieure à **8** jours, la peine maximale est de **5** ans de prison et **75 000 €** d'amende.

Si les violences conjugales sont fréquentes, elles peuvent être qualifiées de violences habituelles. La peine maximale est alors de :

- **5** ans de prison et **75 000 €** d'amende, en cas d'ITT inférieure ou égale à **8** jours,
- **10** ans de prison et **150 000 €** d'amende en cas d'ITT supérieure à **8** jours.

En cas de violences ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner, la peine encourue est de :

- **20** ans de prison, si la mort a été causée par un seul cas de violences,
- **30** ans de prison, si la mort a été causée par des violences répétées.

En cas de meurtre ou de tentative de meurtre (si l'auteur a délibérément voulu tuer sa victime), la peine encourue est **la prison à perpétuité**.

#### Les violences psychologiques :

En cas de harcèlement moral au sein du couple, si les faits ont entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours (anxiété, ou s'ils n'ont entraîné aucune incapacité de travail, dépression...), la peine maximale est de : **3** ans de prison, et **45 000 €** d'amende.

#### Les violences sexuelles :

Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.

En cas de viol au sein d'un couple, la peine maximale est de **20** ans de prison.

En cas d'agression sexuelle autre que le viol, les peines sont de 7 ans d'emprisonnement et de **100.000 €** d'amende.

#### Les violences économiques & administratives :

En temps normal, le vol n'est pas puni par la loi lorsque celui-ci est commis entre les membres d'une même famille (ascendant, descendant, ou conjoint).

Néanmoins, depuis la loi du 4 avril 2006, l'immunité familiale pour le vol ne vaut plus lorsque celui-ci concerne des objets ou des documents indispensables à la vie quotidienne, tel que les papiers d'identité ou les moyens de paiement.

En cas de vol simple, la peine est de :

- **3** ans d'emprisonnement et de **45 000€** d'amende.

En cas de vol aggravé (avec autres types de violences associées ou grossesse par exemple), la peine s'élève à :

- **5 ans** d'emprisonnement et **75 000€** d'amende.

Les infractions et peines encourues dans ces cas précis de violences restent à mieux définir suite au Grenelle contre les violences conjugales 2019.

#### La cyber-violence :

Les cyber violences sont reconnues comme des infractions passibles d'une peine dans le code pénal. Elles peuvent être de différentes formes : diffamation, menace de viol, de mort, harcèlement moral ou sexuel.

Mais la spécificité des cyber-violences se retrouvent dans la diffusion d'image à caractère violent, y compris sexuel ainsi que le délit de « revanche pornographique », qu'on peut évidemment retrouver dans un contexte de violences conjugales.(19)

Les peines encourues sont :

- **2** ans d'emprisonnement et **60 000 €** d'amende dans le cas de revanche pornographique.
- **5** ans d'emprisonnement et **75 000 €** d'amende pour la diffusion d'image à caractère violent.

## **2) L'action des pouvoirs publics et le Grenelle contre les violences faites aux femmes 2019**

Le gouvernement s'engage dans la lutte des violences conjugales avec le 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019).(20)

La secrétaire d'État chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Shiappa se fixait 3 objectifs :

- Sécuriser et renforcer les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences et assurer l'accès à leurs droits
- Renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants
- Déraciner les violences par la lutte contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol.

C'est dans cette dynamique que s'ouvrait le premier Grenelle contre les violences conjugales le 3 septembre 2019.(21)

L'objectif clair était de prendre des engagements concrets et collectifs, en s'articulant autour de trois grands axes : prévenir, protéger et prendre en charge, et punir pour mieux protéger.

Dix mesures d'urgence ont été déjà annoncées à l'ouverture du grenelle, avec en autres :

- 1000 places d'hébergement d'urgence et temporaire à partir du 1er janvier 2020
- Mise en place d'un dispositif électronique anti-rapprochement dans les 48 heures après le prononcé de la mesure dans le cadre d'une ordonnance de protection ou d'un contrôle judiciaire.
- Lancement d'un audit dans 400 gendarmeries et commissariats, avec mise en place d'une grille d'évaluation du danger dans tous les services de gendarmerie et de police.
- Généralisation de la possibilité de déposer plainte dans les hôpitaux.
- Remise en cause de l'exercice de l'autorité parentale dans les cas de violences conjugales.

Certaines mesures sont encore en discussion comme le fait de :

- Permettre aux professionnels de santé de signaler des violences conjugales, sans risquer un rappel de l'Ordre des médecins, en modifiant l'encadrement du secret professionnel
- Créer des protocoles de repérage et de suivi des conjoints violents sortis de prison.

### **3) Action des pays européens**

Une unification des politiques européennes quant à la gestion des violences conjugales a vu le jour avec la rédaction de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique.(13)

Ce texte, plus connu sous le nom de Convention d'Istanbul a été adopté par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 7 avril 2011.

Ce traité a été signé par la plupart des états membres de l'Union Européenne. Il s'engage à respecter un certain nombre de propositions dans la lutte contre les violences domestiques, et plus largement contre les violences faites aux femmes.

Depuis son entrée en vigueur en 2014, un groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (« GREVIO ») a été élu, et représente de manière équilibrée les états, les genres, les experts professionnels.

Ce groupe, qui se réunit annuellement, est chargé de la mise en œuvre de la Convention.

#### **4) Le coût global des violences conjugales en France :**

Par définition, le coût global des violences concerne les victimes mais aussi les auteurs de violences.

Il n'est pas aisé d'estimer le coût total et global des violences au sein du couple.

Pour cela, on définit plusieurs champs de dépense.

En effet, on peut considérer qu'il existe un coût direct lié aux dépenses de santé, à l'accompagnement des victimes et des auteurs par les services compétents (gendarmerie, justice), à l'hébergement d'urgence.

Il y a aussi un coût qu'on peut considérer comme indirect, c'est à dire un manque à gagner. Celui-ci peut être causé par l'impossibilité de travailler ou une réduction de la productivité temporaire ou définitive, l'incarcération, le décès.

Une étude française a estimé le coût des violences au sein du couple avec la possibilité d'inclure les conséquences sur les enfants en 2012. Celui-ci était de 3,6 milliards d'euros.(22)

Les coûts directs, médicaux ou non, participent relativement faiblement au total (21,4%) et, parmi eux, ceux qui relèvent de la dimension strictement médicale constitue moins de la moitié.

Les coûts indirects, s'élèvent quant à eux, à 66,8%.

Une autre étude, évaluant le coût des violences conjugales sur 2005-2006, montre une similitude globale dans les répartitions des coûts. Le coût total estimé se situait entre 1,7 et 3,5 milliards d'euros par année dans cette période.(23)

Cette étude tend à montrer qu'en augmentant d'un seul euro le budget des politiques de prévention des violences conjugales, l'État, l'assurance maladie ou encore les collectivités locales pourraient économiser jusqu'à 87 euros de dépenses sociétales, dont 30 euros de dépenses directes. (23)

## D) Caractéristiques et conséquences des violences conjugales d'un point de vue médical.

Les professionnels de santé sont des acteurs centraux et privilégiés du dépistage et de la prise en charge de ces violences.

La médecine générale est au centre de cette problématique.

### 1) Facteurs de risque d'être victime

La connaissance des facteurs de risque de violences peut être une aide diagnostique dans la découverte de violences conjugales lors de la consultation.

Nous allons nous intéresser aux facteurs de risque de la femme victime des violences tout en conservant à l'esprit qu'il existe aussi des facteurs de risque de devenir auteur de violences.

#### Caractéristiques des victimes

Premièrement, bien que la situation de violences conjugales concerne potentiellement tous les individus, les recherches permettent de penser que certains groupes seraient plus à risque de subir de type de violence.

Les violences conjugales sont plus fréquentes chez les femmes jeunes, notamment les violences de niveau grave.(24)(25)

Les femmes issues de minorités (ethniques, présentant un handicap physique ou mental) ou présentant une exclusion sociale (chômage, sans domicile fixe) sont plus à risque.(24)(25)

Le niveau socio-professionnelle ou les revenus ne seraient pas discriminants.(25)

Les femmes ayant des antécédents de traumatismes physiques ou sexuels dans l'enfance seraient beaucoup plus à risque de subir des violences conjugales et sexuelles. (24)(26)

La question de la répétition des violences est aussi intéressante pour comprendre le mécanisme. Un antécédent personnel de violences conjugales est un facteur associé au risque de répétition des violences.(26)(27)

#### Grossesse

Certaines périodes de la vie maritale ou certains changements accroissent le risque d'apparition ou d'aggravations des violences conjugales.

En ce sens, la grossesse et la période post-natale est une des périodes les plus à risques. En effet, sur 100 femmes enceintes, entre 3 et 8 seraient victimes de violences conjugales.(7)

La grossesse a par ailleurs été un facteur déclencheur des violences conjugales (pour 40% de l'ensemble des femmes enceintes victimes) ou un facteur aggravant des violences pour deux tiers des victimes si les violences préexistaient à la grossesse.(28)

La grossesse peut d'ailleurs être elle-même le résultat d'un acte violent, d'un viol ou d'une interdiction pour la femme de prendre une contraception.

Cette situation peut aboutir à une déclaration tardive de grossesse, une mauvaise surveillance, une consommation de toxiques.

Autant de conséquences néfastes pour la mère et l'enfant à naître : avortements spontanés, morts fœtales, traumatismes fœtaux, hématomes rétro-placentaires, accouchements prématurés, faible poids de naissance.(29)

Elle peut également aboutir à une interruption volontaire de grossesse (IVG). D'après une méta-analyse réalisée en 2014, on considère qu'au sein des populations de femmes nécessitant une IVG, 24,9% de celles-ci auraient subi des violences conjugales au cours de leur vie, et 2,5 à 30% au cours de l'année précédente. (30)

Les IVG répétées sont associées à des situations de violences conjugales et doivent d'autant plus interpeller le professionnel de santé. (31)

Toutes ces caractéristiques et les événements de la vie génitale d'une femme peuvent aider le médecin ou autre professionnel de santé à réaliser un dépistage actif des violences.

Un chiffre qui est assez parlant : 40 % des femmes violentées au cours de leur vie, rapportent également l'avoir été durant la grossesse.(6)

Dépister activement les femmes enceintes, permettraient d'atteindre potentiellement 40 % des victimes, d'aider à éviter le déclenchement ou l'aggravation des violences.

## **2) Conséquences chez la victime**

Les violences dans le couple entraînent de manière évidente des conséquences physiques chez la victime comme les contusions, hématomes, plaies, fractures...

Par le biais de la violence physique et sexuelle, les victimes sont plus sujettes aux affections de la sphère pelvienne. On retrouve des troubles sexuels, des douleurs pelviennes chroniques, des IST, des infections urinaires.(32)

Subir un stress continu peut entraîner des conséquences sur la santé à long terme aussi bien physique que mentale.

L'anxiété permanente peut se traduire par des symptômes psychosomatiques tels que les troubles alimentaires, les troubles du sommeil, les douleurs chroniques, troubles de l'attention par exemple.(7)

Les victimes ont une tendance plus accrue à consommer des substances psychoactives comme l'alcool, la drogue ou thérapeutiques comme des anxiolytiques ou somnifères.(7)(32)

A plus long terme, ces femmes sont jusqu'à 4 fois plus à risque de développer des symptômes dépressifs sévères. (32)(33)

On retrouve aussi un état de stress post-traumatique chez les victimes avec une prévalence importante qui se situe 33 et 84 % d'après Woods.(34)

Les victimes sont cinq fois plus à risques de faire des tentatives de suicide, par rapport aux femmes de la population générale.(35)

Les pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension, l'asthme, sont souvent aggravées. Inobservance des traitements, difficultés à se rendre chez le médecin, dépossession des papiers de sécurité sociale sont des raisons qui font échouer le suivi médical régulier.(7)

On comprend ainsi qu'une longue exposition aux violences conjugales favoriserait une détérioration progressive de la santé.(33)

Ultimement, les violences conjugales peuvent rencontrer une issue tragique.

Le décès de la victime peut être dû à un coup fatal, à un homicide volontaire lors d'une rupture, à une complication de la chronicité des violences, au suicide de la victime.(6)

Pour rappel, il y a eu 121 femmes décédées dans le cadre de violences conjugales en 2018.

Cette issue tragique ne concerne pas seulement les femmes victimes. Malheureusement, des victimes collatérales sont à déplorer : enfants du couple, nouveau conjoint, membre de la famille de la victime, et autres.

Les violences au sein de couple sont à l'origine de 231 décès en 2018.(1)

### **3) Conséquences chez les enfants.**

Les enfants ne sont pas seulement témoins de violences conjugales, ils deviennent également victimes indirectes.

Ces violences vont entraîner chez la femme comme chez l'enfant, quel que soit son âge, un état de stress important.

Cet état de stress entrainera des conséquences d'autant plus nocives s'il se pérennise dans le temps.

Dès la grossesse, on peut supposer, grâce aux connaissances actuelles, que le fœtus vit des modifications physiologiques et biologiques par le biais de médiateurs chimiques complexes quand la mère est victime d'un acte de violence.(36)

Lors de sa croissance, l'enfant va être plus sujet à présenter des troubles du développement, et des troubles des fonctions primaires.

D'après les nombreux travaux du pédopsychiatre Michel Soulé, une corrélation entre les troubles très précoces du nourrisson (troubles de l'alimentation, sommeil, attachement) et des événements graves chez la mère durant la grossesse (décès d'un proche, violences répétées, dépression) a été mis en évidence. (36)(37)

Au cours de sa croissance, l'enfant va potentiellement développer certains symptômes dans ce contexte de violences et d'anxiété.

On va retrouver des troubles du sommeil (insomnie, cauchemars), des troubles de l'alimentation, des retards staturo-pondéraux, des troubles sphinctériens à type d'énurésie, des troubles du langage.(6)

Plus tard, on peut retrouver des troubles du comportement comme un désinvestissement scolaire, une agressivité envers autrui, de la délinquance, une conduite addictive, un état dépressif, un stress post-traumatique, des tentatives de suicide.(6)(38)

Durant toute l'enfance et l'adolescence, il peut être victimes de lésions traumatiques physiques qu'elles soient accidentelles ou intentionnelles.

On estime que dans 10 % des cas recensés de violences conjugales, les violences s'exercent aussi sur les enfants.(6) Ceux-ci présentent une mortalité précoce.(38)

Malheureusement, il a été dénombré 21 décès de mineurs dans le contexte des violences conjugales en 2018.(1)

Il est intéressant de savoir si les enfants ont un risque de connaître la situation de violences conjugales à l'âge adulte.

On sait qu'il existe un risque non négligeable de reproduire les violences conjugales. (26)  
Le risque d'en être victime aussi, puisqu'ils seraient 6 à 15% plus à risque d'être eux-mêmes victimes.(6)(26)

# Matériels et Méthodes

Le travail de thèse a été conduit en deux points.

La première partie consistait en un travail de recueil de données concernant les structures d'accueil d'aides aux victimes de violences conjugales.

La deuxième partie consistait en la réalisation d'une étude descriptive régionale, s'intégrant dans un projet national.

## **A) Méthodologie des informations relatives au site internet « Déclic Violence »**

Le travail consistait en un recueil exhaustif des structures accueillant des victimes de violences conjugales dans le département de Loire Atlantique et de Vendée.

Plus largement, les associations et centres d'aide pour les enfants, les auteurs de violences ainsi que les instances judiciaires, maisons des avocats ont été recensées

Le recueil a pour but d'étoffer le site internet « Déclic Violence ».

Le listing des structures s'accompagnait du recueil des informations pertinentes relatives à ces structures : adresse postale, coordonnées téléphoniques, coordonnées mail, horaires d'accueil, missions, public accueilli.

Les informations étaient recueillies par le moyen de consultation des sites internet des associations ou centres d'aide.

Ces informations étaient vérifiées par des appels téléphoniques à la structure concernée.

Toutes les données ont été compilées dans deux tableurs, pour la Loire Atlantique et la Vendée. Une fois complétés, ils ont été transmis à l'auteur du site « Déclic Violence ».

Le but était de pouvoir réaliser une cartographie précise de toute la France des centres d'aide aux victimes de violences conjugales, grâce au travail des différents internes.

## **B) Méthodologie de l'étude AVIC-MG**

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée dans plusieurs centres d'aide aux victimes de violences conjugales de Loire Atlantique et de Vendée.

Ce travail régional s'intègre dans une étude nationale multicentrique.

Le même travail de recueil est réalisé dans plusieurs régions françaises, regroupant quinze internes de médecine générale ou remplaçant dans le cadre de leur thèse d'exercice.

L'investigatrice principale et coordinatrice nationale est Dr Vicard-Olagne Mathilde, CCA à la faculté de Clermont Ferrand.

### **Méthodes de sélection :**

La population de l'étude correspond à des femmes majeures, victimes de violences conjugales de tous types, consultant dans des structures d'accueil et d'aides aux victimes.

Les critères d'exclusion sont le fait que la femme victime ne lise ou n'écrive pas correctement le français sans l'aide d'une tierce personne ainsi que la nécessité d'une consultation d'urgence.

Les femmes victimes qui ont également un statut de patiente dans la structure d'aide (notamment dans les centres d'IVG) ne pourront pas être incluses.

### **Méthode de recueil :**

Le recueil des informations a été réalisé par un auto-questionnaire. (Annexe 1)

Ce questionnaire a été conçu sur la base des données de la littérature, par un comité scientifique (avec la participation deux experts nationaux : Gilles Lazimi et Humbert de Fréminville).

Les questionnaires sous format papier ont été déposés dans les différents centres d'accueil préalablement contactés par mail.

Les professionnels du centre ont été informés des modalités pratiques de remplissage avec le début du recueil.

Les femmes victimes ont été prévenues du déroulement de l'étude dans le centre par le moyen d'affiches et de flyers disposés dans la salle d'attente. (Annexe 2 et 3)

A la fin de son entretien avec la victime, le professionnel pouvait proposer ou non de remplir le questionnaire s'il estimait le moment opportun, en fonction de sa propre expertise professionnelle.

La victime pouvait alors répondre au questionnaire, dans un endroit protégé, de façon anonyme et libre.

Le nom et coordonnées d'un professionnel du centre étaient mentionnés à la fin du questionnaire, de façon à ce que la victime puisse solliciter de l'aide si elle en ressentait le besoin.

Les coordonnées de l'investigatrice principale Mathilde Vicard-Olagne étaient aussi mentionnées.

Le recueil des questionnaires a été fait dans une boîte fermée.

**Période de recueil :**

De mai 2019 à septembre 2019.

**Lieu de recueil :**

Les structures d'aide aux victimes ont été contactées par e-mail, pour proposer de participer à l'étude. Si ces derniers donnaient leur accord, nous les rencontrions dans la structure en personne afin d'expliquer au mieux les modalités de l'étude.

**Critères de jugement :**

L'objectif principal était d'observer si les femmes victimes de violences conjugales souhaiteraient être questionnées à ce sujet par leur médecin généraliste.

L'objectif secondaire était de décrire la population des femmes victimes de violences conjugales consultant dans les structures spécialisées dans l'accueil de ces victimes et les caractéristiques de leur(s) consultation(s) de médecine générale au cours des 12 derniers mois.

**Analyse statistique :**

Le recueil des données a été fait avec le logiciel Redcap ; les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata.

Nous avons procédé à une analyse régionale pour la Loire Atlantique et la Vendée.

Il existera une analyse nationale regroupant les données de tous les participants à l'étude, permettant une comparaison des résultats, une fois l'ensemble du recueil national terminé.

L'analyse nationale sera réalisée par Céline Lambert de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du CHU de Clermont-Ferrand.

**Données éthiques :**

Les démarches éthiques ont été réalisées en amont par un interne de médecine générale de Clermont Ferrand, Vincent Pessiot, avec le soutien de la coordinatrice nationale Mathilde Vicard Olagne.

Premièrement, une démarche a été réalisée auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Un engagement de conformité à la norme MR-004 a été déposé auprès de Mme Sandra Deplanche, déléguée à la protection des données de l'Université (DPO) Clermont Auvergne.

Deuxièmement, le projet de recherche de l'étude AVIC-MG a été soumis au Comité Éthique (CE) du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

Deux remarques ont été faites sur la nécessité d'ajouter au questionnaire les coordonnées d'un référent (médecin ou psychologue), pour les personnes répondantes qui auraient été mises en difficulté par certaines questions, ainsi que la réalisation d'une analyse en sous-

groupe pour l'étude AVIC-MG, étant donné les modalités de recrutement (différentes régions de France).

Un nouveau protocole de recherche a donc été réalisé, et validé par le Comité Éthique. (Annexe 4)

Notre démarche ne concerne pas les victimes considérées comme *patientes*, donc ne nécessite pas un avis du comité de protections des personnes (CPP).

#### **Étude de faisabilité :**

Une étude de faisabilité a été réalisée par Vincent Pessiot sur la période de décembre 2018 à février 2019, dans le centre d'accueil des victimes AVEC63 à Clermont Ferrand.

Celle-ci avait pour but de tester le questionnaire par les femmes victimes, d'estimer le nombre de questionnaires remplis sur la période, le nombre et le motif de refus.

Ce travail a permis un ajustement du questionnaire initial, avec une estimation du nombre de questionnaires remplis par rapport à la fréquentation du centre.

# Résultats

## A) Résultats en rapport avec le site internet « Déclic Violence »

Concernant le département de Loire Atlantique, il a été possible de recenser 22 structures susceptibles d'être concernées par la problématique des violences conjugales, hors police et structures judiciaires.

Concernant le département de Vendée, il a été possible de recenser 13 structures susceptibles d'être concernées par la problématique des violences conjugales hors police et structures judiciaires.

**Tableau 1 : Recensement des structures en Loire-Atlantique et Vendée**

	Nombre de structures en Loire-Atlantique (44)	Nombre de structures en Vendée (85)
Associations d'aide aux victimes de violences	<b>7</b>	<b>3</b>
Centres médico-sociaux (centre d'IVG, PMI, Planning, Pole d'accueil des victimes)	<b>8</b>	<b>3</b>
Hébergement d'urgence	<b>1</b>	<b>2</b>
Structures à destination des enfants et adolescents	<b>5</b>	<b>4</b>
Structures à destination des auteurs de violence	<b>1</b>	<b>1</b>

## B) Résultats de l'étude AVIC-MG

### 1) Recrutement des structures

Nous avons contacté toutes les structures recevant la population cible de notre étude, parmi les structures répertoriées.

Parmi elles, huit structures ont donné leur accord pour participer au projet AVIC-MG. Sept d'entre elles se trouvaient en Loire Atlantique et une se trouvait en Vendée.

Parmi les huit structures :

- une structure de Loire Atlantique a cessé le recueil en juillet 2019, faute de possibilité de recueil. Les populations fréquentant cette structure étaient quasi-exclusivement mineures et/ou ne parlant pas aisément le français.

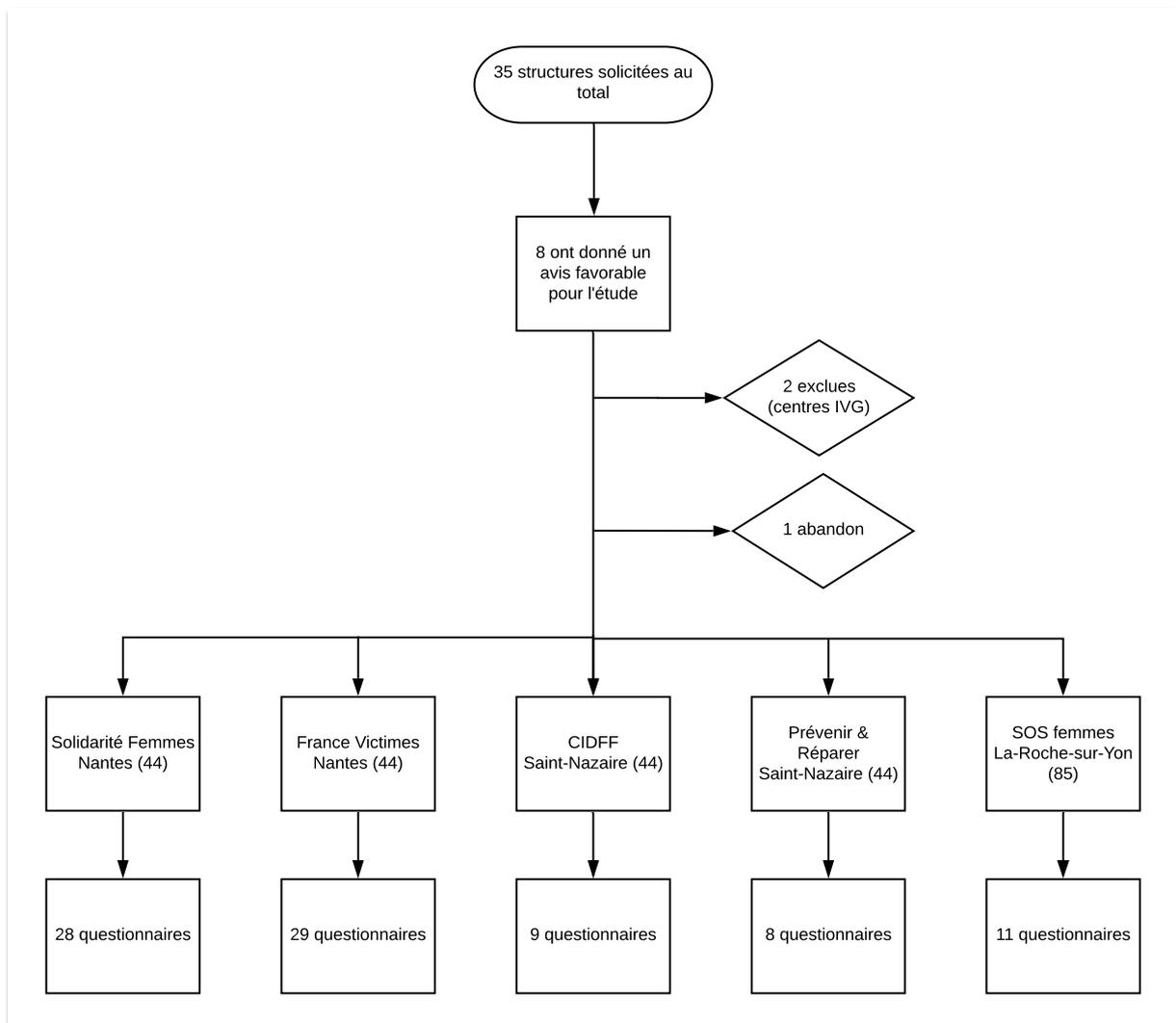
- deux étaient des centres d'IVG de Loire Atlantique.

Nous avons préféré exclure a posteriori ces deux structures du fait de la confusion entre le statut de femme victime et de patiente.

En effet, l'inclusion de femmes avec un statut de « patiente » dans ces structures ne rentrent pas dans notre protocole éthique. En effet, en application de la loi Jardé, l'utilisation des données de patientes nécessiterait une validation du Comité de Protection des Personnes.

Au total, cinq structures ont été validées pour le recueil des données (quatre en Loire Atlantique et une en Vendée).

**Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude AVIC-MG en Loire-Atlantique et Vendée**



## 2) Résultats régionaux des questionnaires

Sur la période de mai à septembre 2019, nous avons réuni 85 questionnaires dans 5 structures.

Un n'était pas exploitable : en effet, la victime s'était extraite des violences il y a plus de 20 ans et a souhaité encourager notre projet par quelques mots sur le questionnaire.

Le nombre total de questionnaires exploitable est donc de 84.

### a) Description de la population de victimes

Le tableau 2 décrit la population de l'étude, par son âge et le fait d'avoir des enfants ou non.

**Tableau 2 : Répartition par âge des victimes**

Tranche d'âge, n (%)	Nombre Total (n= 84)
18-25 ans	7 (8,3%)
26-35 ans	20 (23,8%)
36-45 ans	27 (32,1%)
46-55 ans	20 (23,8%)
56-65 ans	7 (8,3%)
Plus de 65 ans	3 (3,6%)
A des enfant(s), n (%)	78 (92,9%)

Le tableau 3 permet de connaître la répartition du nombre d'enfants chez les victimes mère. A noter que 78 victimes ont précisé avoir un ou des enfants, deux n'ont pas précisé le nombre. L'analyse se fera donc sur 76 victimes.

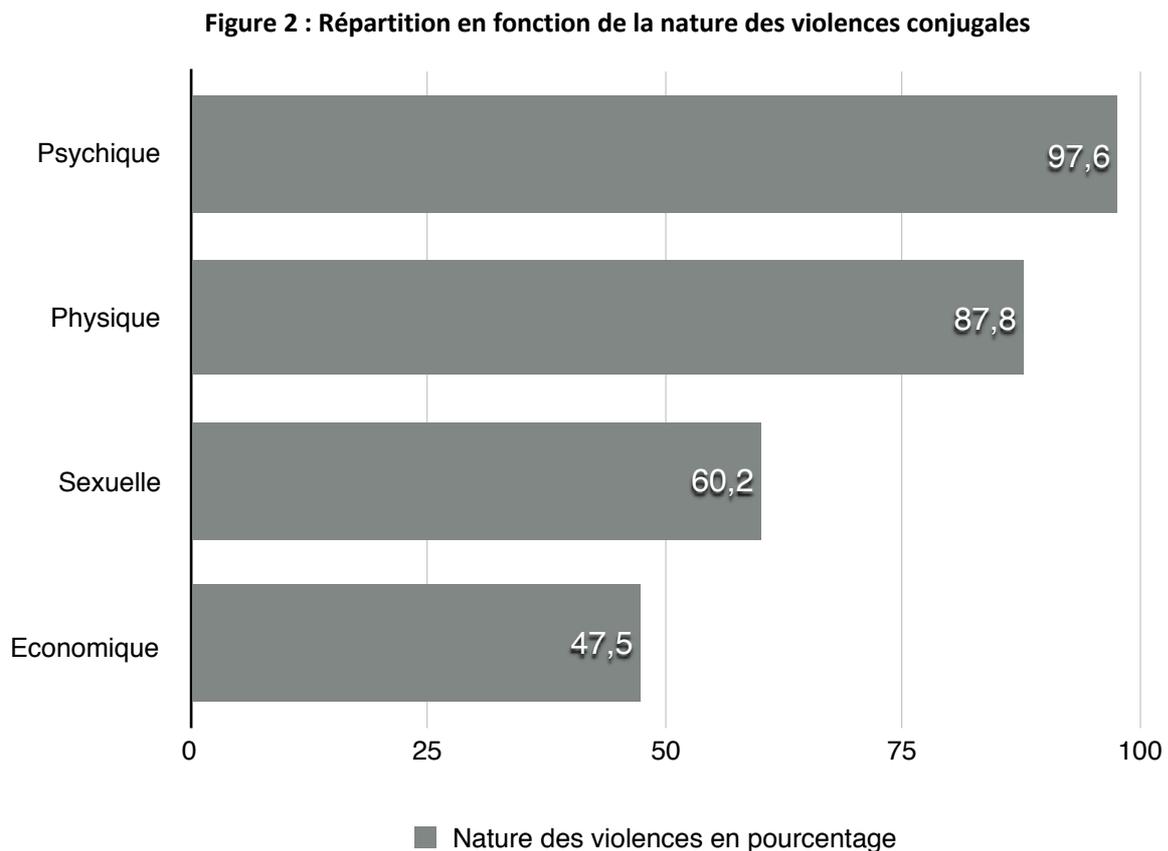
**Tableau 3 : Répartition par nombre d'enfants, chez les victimes mères.**

Nombre d'enfants, n (%)	Nombre total (76)
1	16 (21,05%)
2	33 (43,42%)
3	16 (21,05%)
4	9 (11,84%)
5	1 (1,32%)
6 et +	1 (1,32%)

## b) Nature des violences subies par les victimes

Le type de violence le plus fréquent est la violence psychique (97,6% des cas), suivi de près de la violence physique (87,8% des cas)

La figure 2 nous montre la répartition en pourcentage, des différents types de violences.



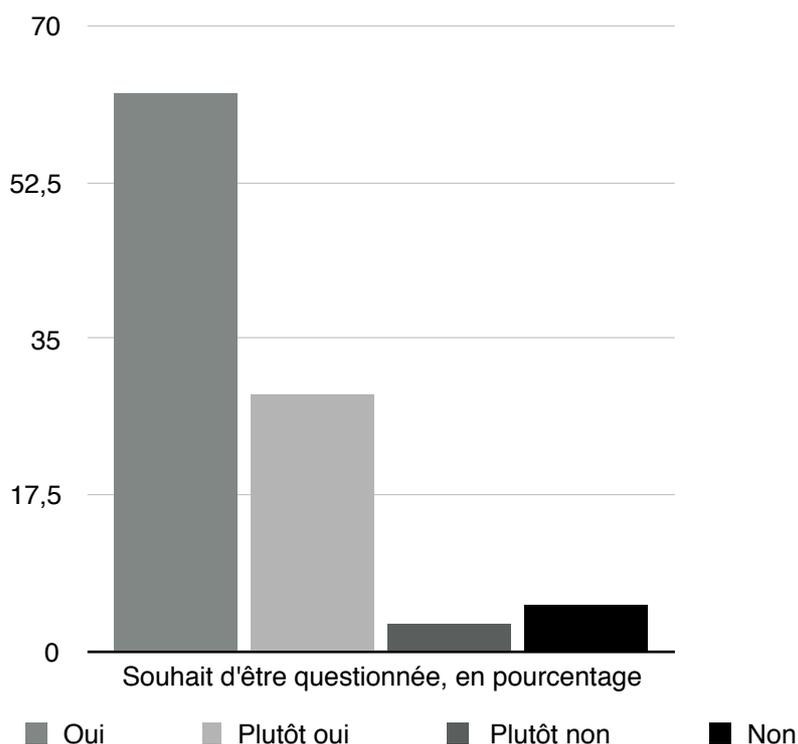
On peut noter que 25 victimes (**31,25 %**) de notre échantillon ont répondu « Oui » à toutes les sortes de violences.

## c) Résultats des questions relatives à la relation médecin-victime dans le contexte des violences conjugales

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

**91,25 %** des victimes ont répondu « oui » ou « plutôt oui » à la question et 4 se sont abstenus. Ce couple question/réponse permet de répondre à notre objectif principal.

Figure 3 : Souhait d'être questionné par son médecin généraliste chez les victimes



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

**91,14%** des victimes considèrent que cela fait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder la question des violences conjugales. 5 n'ont pas répondu à cette question.

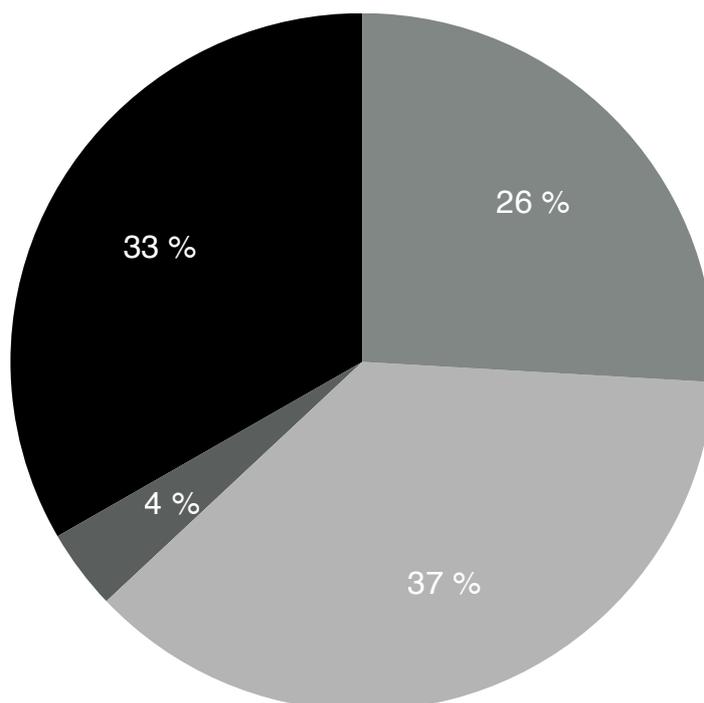
- Avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous êtes victimes avec un médecin généraliste ?

La figure 4 permet de préciser la répartition des réponses, sur la base de 81 questionnaires.

On peut noter que dans **28,4%** des cas, la question a été abordée par le médecin généraliste au moins une fois en consultation, que cela ait abouti ou non à une révélation de la violence.

A noter également qu'un tiers (**33,33%**) des victimes n'ont jamais parlé des violences conjugales qu'elles subissaient avec un médecin généraliste.

Figure 4 : Répartition du mode d'approche concernant les violences conjugales



● Oui, abordé par le médecin   ● Oui, abordé par la patiente   ● Autres \*   ● Non  
\*Autres : « ne se souvient plus », « abordé par le médecin, mais pas de réponse de la patiente »

- 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 ?

**Près de 54 %** des victimes affirment ne pas avoir de préférence quant au sexe du médecin pour parler de violences conjugales. Deux n'ont pas répondu. Dans le cas contraire, lorsque les victimes ont une préférence, celle-ci est quasi exclusivement dirigée envers les médecins généralistes femmes.

- 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) ?

Dans **42,68 %** des cas, la victime a le même médecin généraliste que son conjoint ou ex conjoint.

Dans ce cas précis, le médecin généraliste reçoit la patiente systématiquement seule dans **64,71%** des cas.

**d) Résultats des questions relatives à la fréquence et du motif des consultations**

- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ? pour vous-même / pour vos enfants ?

**93,98 %** des victimes ont consulté au moins une fois leur médecin généraliste pour elles-mêmes dans l'année qui précède le moment du questionnaire, et **72,22%** pour leurs enfants. A noter qu'une victime n'a pas répondu.

**Tableau 5 : Nombre de consultation, pour la victime elle-même au cours de la dernière année**

<u>Nombre de consultation</u>	<u>Total (n=83)</u>
Aucune, n (%)	5 (6,0)
1 à 2 fois, n (%)	30 (36,2)
3 à 5 fois, n (%)	25 (30,1)
+ de 6 fois, n (%)	23 (27,7)

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

Les trois motifs de consultations les plus fréquents au cours des 12 derniers mois sont la fatigue, l'anxiété et les douleurs.

Les motifs les moins fréquemment retrouvés dans notre étude sont la prescription de contraception, et les motifs gynécologiques.

**Tableau 5 : Répartition des motifs de consultations chez le médecin généraliste, au cours de l'année.**

<u>Motif de consultation</u>	<u>Total (n = 81)</u>
Parler des violences subies, n (%)	36 (44,4)
Traumatisme, blessure physique, n (%)	32 (39,5)
Certificat ou attestation en rapport avec les violences, n(%)	31/79 (39,24)
<b>Angoisse, n (%)</b>	<b>50/80 (62,5)</b>
Tristesse, n (%)	36 (44,4)
Difficultés à s'endormir, n (%)	46/80 (57,50)
Prescription de psychotropes, n (%)	29/80 (36,25)

<b>Douleurs, n (%)</b>	<b>49 (60,49)</b>
<b>Fatigue, n (%)</b>	<b>52 (64,20)</b>
Problème gynécologique, n (%)	18/80 (22,50)
Prescription de contraception, n (%)	11/79 (13,92)
Renouvellement de traitement habituel, n (%)	23 (28,40)
Pour les enfants, n (%)	35/76 (46,05)
Autres n (%)	6/78 (7,69)

**En gras** : les trois motifs principaux de consultation au cours des derniers mois

#### e) Résultats des questions relatives à l'orientation des victimes

- Qu'est-ce qui vous a mené jusqu'à cette association ?

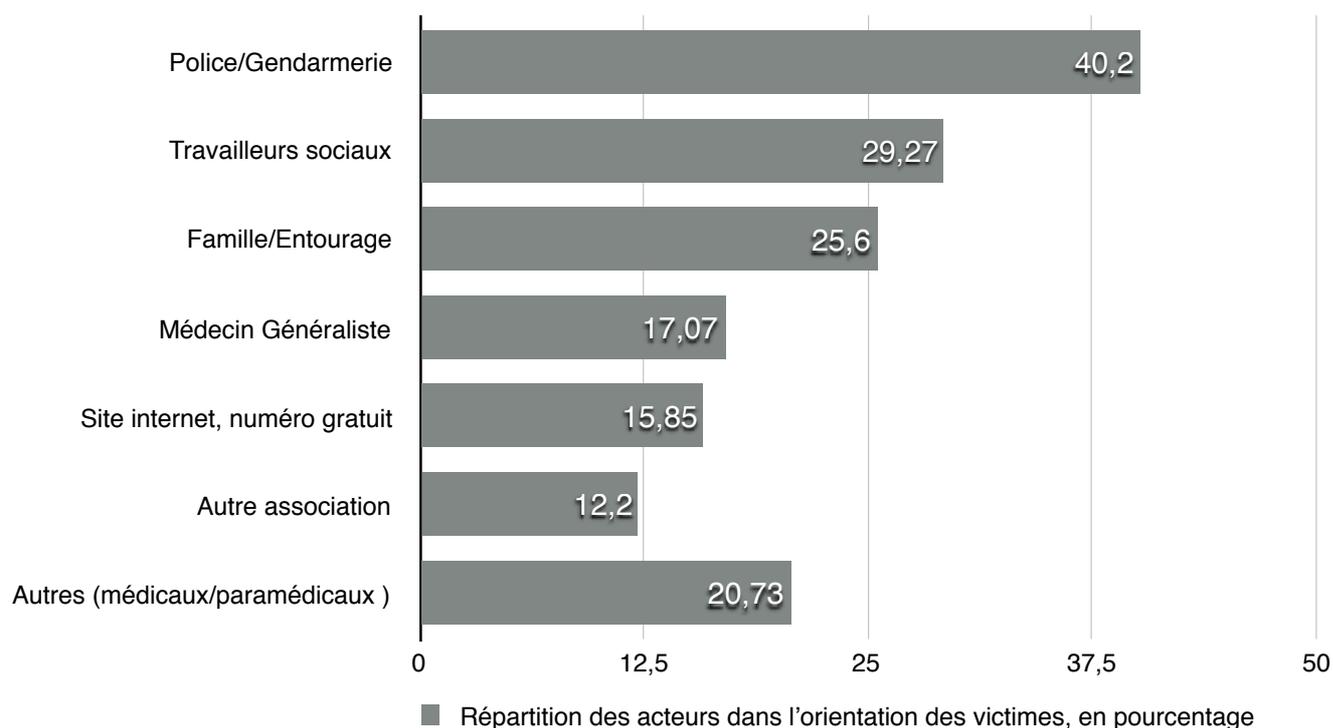
La victime a été orientée vers l'association en majorité par la police ou gendarmerie, puis par un travailleur social, et par l'entourage.

Le médecin généraliste est le 4ème acteur dans l'orientation avec **17,07%** des cas.

On retrouve ensuite les sites internet et les numéros d'appel gratuits.

Enfin, on a regroupé les autres acteurs de l'orientation dans un groupe « autres », et représentent des médecins avec spécialités médicales différentes (gynécologue, urgentiste, psychiatre ou autre), des paramédicaux (infirmières, psychologues, sages-femmes) ou les structures de services d'urgence. A noter que deux victimes n'ont pas répondu.

**Figure 6 : Répartition des acteurs dans l'orientation des victimes de violences conjugales**



**f) Résultats en texte libre des questions sur les attentes des victimes envers les médecins généralistes.**

Nous avons eu 28 réponses à cette question sur 84 questionnaires, composées d'une ou plusieurs idées.

Nous pouvons regrouper les réponses en plusieurs thèmes.

▪ Constats des femmes victimes

Tout d'abord, on retrouve la difficulté pour les femmes victimes d'identifier pour elles-mêmes les violences conjugales en tant que telles, de ne pas être consciente d'être victime de violences conjugales. (retrouvé dans un questionnaire : 1Q)

Certaines reprochent une difficulté dans le suivi par le médecin généraliste. (2Q)  
Elles évoquent le manque de rendez-vous d'urgence, la présence de remplaçants ignorants les situations personnelles des patientes, les cas de déménagements itératifs et donc de nomadisme médical.

Le fait que le médecin généraliste suive également le conjoint ou ex conjoint est problématique pour le suivi des patientes. (2Q)

Certaines réponses font le constat d'un ressenti sur le manque de formation des médecins généralistes dans ce domaine. (2Q)

Il est également notifié que la confiance du médecin envers la patiente, et surtout la capacité à croire ses propos revient plusieurs fois. (2Q)

- Propositions

On retrouve des encouragements au dépistage actif, à la prévention et à l'accès à la documentation dans le cadre de la consultation au cabinet de médecine générale. (9Q)

D'après ces réponses, elles souhaiteraient que les médecins fassent preuve d'écoute et d'empathie, qu'ils montrent une certaine implication et qu'ils ne remettent pas en cause leur parole. (6Q)

D'autres suggestions proposent d'accentuer la prise en charge des auteurs par le médecin généraliste. (1Q)

D'autres aimeraient voir le médecin généraliste plus impliqué au niveau judiciaire. En effet, certaines proposent que le médecin soit en capacité de rédiger des certificats pour « connaissance des faits » ou qu'ils puissent être plus facilement liés à l'enquête judiciaire. (3Q)

### **3) Autres résultats de l'étude AVIC-MG**

A l'heure de l'écriture, une seule thèse du projet AVIC-MG a été soutenue, en Aquitaine par Dr Peyrelongue.

Elle portait sur 17 structures des 4 départements de l'ancienne Aquitaine. L'analyse portait sur 215 questionnaires sur la période de mai à août 2019.

Cette étude a mis en évidence que les femmes victimes de violences conjugales voudraient être dépistées par leur médecin généraliste : 86 % aimeraient qu'on leur pose la question et 89 % estiment que cela fait partie du rôle du médecin généraliste

Parmi les femmes interrogées, 93 % d'entre elles avaient consulté leur médecin généraliste pour elle-même au moins une fois dans l'année et 59 % l'ont consulté 3 fois ou plus.

Les motifs de consultations étaient souvent multiples et diversifiés. Plus de la moitié des femmes interrogées ont consulté pour de la fatigue (60 %), des difficultés à dormir (57 %), de l'anxiété (52 %) ou des douleurs (50 %). 42 % ont demandé une prescription de psychotropes.

Les consultations sans plaintes, pour un renouvellement d'ordonnance (45%) ou concernant leurs enfants (37 %), étaient aussi fréquentes.

Finalement, les consultations spécifiques aux violences conjugales étaient moins fréquentes, 30 % des femmes avaient consulté pour un certificat de coups et blessures et 40 % pour évoquer directement les violences subies.

# Discussion

## A) Résultat principal & implication majeure

Le résultat principal démontre que **91 % des victimes de violences conjugales** ont répondu favorablement quant au souhait que le médecin généraliste aborde la question des violences conjugales

Le **même pourcentage de victimes** considère que le fait d'aborder la question de violences conjugales fait partie du rôle du médecin généraliste.

Pour rappel, ce résultat concerne des femmes victimes majeures, consultant les structures ou associations d'aides aux victimes, parlant et lisant le français.

Ne sont pas prises en compte dans l'étude, les victimes mineures, étrangères, et celles prises en charge hors des associations ou qui n'ont pas commencé une prise en charge.

On peut considérer que l'avis des victimes consultant les associations est informatif : ces femmes commencent à se défaire de l'emprise de l'agresseur, ont à nouveau une opinion qui leur est propre. De plus, elles peuvent parler de leur expérience avec un certain recul émotionnel.

Nos résultats sont concordants avec ceux de la thèse Bordelaise, cités ci-dessus.

Il reste à voir si nos résultats régionaux sont concordants au niveau national, ce qui apporterait une puissance beaucoup plus significative à l'étude.

Donc ces résultats pourraient être théoriquement généralisables à toutes les femmes majeures, intégrées dans la culture française, en cours de prise en charge par des professionnels en lien avec les associations de proximité.

## B) Forces & faiblesses du travail, Validité interne

### 1) Forces du travail

Comme évoquées précédemment, les médecins généralistes se confrontent à plusieurs difficultés devant des situations de violences conjugales.

Ils évoquent souvent l'incompétence ressentie à prendre en charge les victimes, par notamment méconnaissance du réseau.

Il est pertinent de proposer un outil complet pour répondre à cette demande concrète des médecins, grâce au recensement des structures de Loire-Atlantique et de Vendée.

Une des forces du travail se retrouve dans l'enrichissement du site Déclic Violence, et de faire bénéficier d'une aide directe pour les médecins généralistes de ces départements.

Une autre problématique est le fait d'avoir des difficultés de repérage des violences. Ils s'inquiètent du fait que les questions à propos des violences conjugales soient mal vécues par les patientes, qu'elles rentrent dans la sphère privée.

Un nombre conséquent de travaux de thèse à propos du dépistage se sont intéressés au point de vue des médecins généralistes, recherchant leurs habitudes ainsi que les freins au dépistage.

Ce travail retrouve une originalité dans le fait de questionner les victimes elles-mêmes sur le rôle du médecin généraliste quant au dépistage.

Obtenir l'avis des victimes est un point fort afin de contrer un des freins les plus fréquemment retrouvés chez les médecins généralistes.

Les quelques études s'intéressant à l'avis des femmes victimes étaient des études qualitatives. Notre étude est quantitative et cela en fait une démarche originale.

Une autre force de notre travail est qu'il s'intègre dans une étude quantitative multicentrique, représentant la quasi-totalité de la France.

Il permet de tirer des conclusions pour chaque centre, ainsi que de pouvoir analyser les résultats à l'échelle nationale avec une puissance statistique importante.

Le questionnaire a été réalisé par un groupe d'experts scientifiques et a été validé par le comité d'éthique du CNGE.

Un membre du groupe d'experts a notamment participé à la rédaction des recommandations HAS sur les violences conjugales.

L'étude a reçu l'accord favorable de la CNIL.

Les résultats sont supervisés par une biostatisticienne de Clermont Ferrant, Céline Lambert.

On retrouve un résultat principal très en faveur du dépistage (91%) ce qui montre une unité dans l'avis des victimes. Le même pourcentage est d'accord sur le rôle à jouer des médecins généralistes dans cette problématique-là.

On note que toutes les catégories d'âge sont représentées chez les répondantes, reflétant à raison la problématique trans-générationnelle des violences conjugales.

Tout ceci renforce la cohérence de l'étude.

## **2) Faiblesses du travail**

On peut s'interroger sur la présence de plusieurs biais dans notre étude.

Premièrement, on note la présence de biais de sélection.

Les patientes qui consultent dans les structures sont des patientes qui ont déjà fait une démarche pour sortir de ce cercle de violence. Cette étude ne représente pas l'ensemble des patientes victimes de violences.

Les femmes ne lisant et n'écrivant pas le français sont exclues de l'étude. En effet, dans ce cas, elles nécessiteraient la présence d'un professionnel de la structure pour les aider à traduire et à comprendre les questionnaires.

Ce choix restrictif a été fait dans le but de réduire l'impact d'un changement de méthodologie et de fait l'apparition de biais tels que le biais de désirabilité sociale chez la victime, le biais de stéréotypes ou affectif chez le professionnel.

Les victimes mineures sont également exclues de l'étude à cause de la problématique d'autorisation parentale, qui compliquerait grandement la réponse au questionnaire.

On note la présence de biais de méthodologie.

Il n'est pas exclu que certaines aient pu remplir plusieurs fois le questionnaire si elles ont fréquenté plusieurs structures partenaires du projet ou bien simplement dans la même structure.

Plusieurs éléments ont été mis en place pour éviter cela. Les professionnels de structure auront la possibilité de noter dans le dossier de la victime les éléments relatifs au questionnaire et de communiquer par oral.

L'utilisation d'une présentation uniforme a tous les questionnaires ainsi que d'un logo « AVIC-MG » coloré sur les affiches de salles d'attente et les questionnaires permettent une mémorisation plus simple pour les victimes.

L'étude porte sur l'avis des femmes victimes, non considérées comme des patientes dans notre projet. En effet, les autorisations sur le plan juridique diffèrent si l'on traite des données des patients ou des non patients. Notre étude ne correspondant pas aux critères de la Loi Jardé, nous n'avons pas sollicité l'avis d'un comité de protections des personnes. Or, celui-ci est essentiel lors du traitement des informations émanant de patientes victimes consultant des structures hospitalières ou assimilées (centre d'IVG par exemple).

C'est a posteriori que nous avons exclu ces patientes-victimes de notre étude afin de respecter au mieux les victimes d'un point de vue éthique et juridique. Cela concernait les patientes des centres d'IVG Clotilde Vautier et Simone Veil à Nantes.

On peut aussi évoquer le biais de mémorisation au vu de la forme de recueil des données. Nous proposons, en effet, un questionnaire déclaratif sur des événements passés.

Il apparaît aussi qu'une information sur la population de l'étude manque pour décrire au plus juste cette dernière. En effet, le questionnaire n'aborde pas la notion du niveau socio-économique des victimes.

Il aurait été intéressant d'analyser si une catégorie est plus touchée par le fléau des violences conjugales qu'une autre.

Cela dit, il n'est pas aisé de définir un statut socio-économique avec un questionnaire déclaratif, d'autant plus que c'est une variable multi factorielle, ne dépendant pas seulement des revenus ni de la profession.

De plus, il aurait été utile de préciser le nombre d'enfants à charge dans le questionnaire pour préciser cette variable socio-économique.

Concernant les résultats, nous constatons que le nombre de questionnaires recueillis est faible pour la durée donnée.

Nous espérons obtenir davantage de réponses en vue d'augmenter la puissance statistique.

Ceci peut s'expliquer en partie par la période estivale du recueil.

En effet, les structures peuvent fermer quelques semaines, le personnel est plus souvent en congé et ainsi les équipes ont souvent moins de temps à consacrer à des tâches secondaires comme proposer les questionnaires.

Néanmoins, les structures s'accordaient à dire que le nombre d'évènements violents et de demandes de prises en charge ne diminuent pas pour autant à cette période.

Quelques retours des associations ont notifié que les professionnels étaient confrontés à peu de refus direct de la part des victimes. Le nombre total de refus n'a pu être comptabilisé par les structures.

Les difficultés qu'ils ont rencontrées étaient organisationnelles, avec aussi quelques oublis de proposition.

Ils ont également mentionné que l'état émotionnel des victimes pouvait être non propice à proposer le questionnaire.

Mon étude s'intéressait à deux départements juxtaposés : la Loire Atlantique et la Vendée. Huit structures avaient donné un avis favorable pour participer à l'étude.

On note une disparité à ce niveau-là : 7 étaient de Loire Atlantique, 1 était de Vendée.

Il faut néanmoins rappeler que la population de Loire Atlantique représente plus du double de celle de Vendée (1 400 000 contre 680 000 habitants).

Une structure n'a pas pu apporter les réponses nécessaires. Le planning familial de Nantes n'a pu faire remplir aucun questionnaire. En effet, leur patientèle n'était constituée quasi-exclusivement que de personnes mineures ou étrangères.

La structure Nantaise Citad'elles est un lieu d'accueil et de prise en charge globale des victimes de violences conjugales, fruit d'un très long travail faisant coopérer un grand nombre d'acteurs associatifs.

Malheureusement, ce lieu n'a pas pu faire partie de l'étude car son ouverture a été postérieure à notre période de recueil.

## C) Validité externe et interprétations des résultats

Dans notre étude, la grande majorité des patientes étaient favorables à un dépistage par le médecin généraliste.

On retrouve ce résultat dans plusieurs études qualitatives.(39)(40)(41)

D'après les travaux de thèse du Dr Piau Charruau, on retrouve un avis favorable au dépistage systématique des violences conjugales par leur médecin généraliste chez 72% des patientes interrogées.(42)

On retrouve cette même tendance dans une étude s'intéressant au dépistage des violences sexuelles chez le médecin généraliste. 81% des patientes interrogées estiment que le dépistage actif permet d'aborder le sujet des violences sexuelles, et 83% pensent que cela fait partie du rôle du médecin généraliste. Seulement 8% des patientes trouvent cela trop intrusif. (43)

Dans d'autres structures de soins primaires, notamment aux urgences, nous retrouvons la notion que les patientes victimes de violences conjugales sont favorables au dépistage.(44)(45)

On pourrait se demander si le dépistage est estimé favorable plus souvent par les victimes que les non-victimes, et si ce dernier pourrait paraître encore plus intrusif si les patientes ne sont pas concernées par les violences. Or, plusieurs études nous montrent le contraire.(43)(44)

Donc, globalement le dépistage est positif pour les victimes, mais pas à n'importe quelles conditions. Elles attendent une relation humaine, de confiance, avec un médecin suffisamment formé et faisant preuve d'empathie et souhaitent avant tout, être crues lors des révélations.(39)(40)

Plusieurs études montrent qu'un dépistage systématique dans les structures de soins va permettre de révéler un plus grand nombre de victimes et une potentielle prise en charge.(46)(47)

Les travaux de thèse du Dr Coy-Gachen vont dans ce sens. En cabinet de médecine générale et sur une période équivalente, le dépistage systématique de toutes les patientes a permis de révéler 44 cas de violences conjugales contre 3 sans dépistage.(48)

L'action du dépistage peut parfois même, aider la patiente à comprendre par elle-même qu'elle est dans une situation de violence, et ainsi reconnaître son statut de victime.(49)

Il est cependant difficile de démontrer scientifiquement un lien direct entre le dépistage et l'amélioration globale de la santé des victimes.(47)

Notre étude retrouve que dans seulement 28% des cas, la question des violences conjugales a été abordée par le médecin généraliste au cours d'une consultation.

On sait que les médecins généralistes dépistent très peu les violences conjugales, de l'ordre de 7 à 9% des consultations de manière active. (6)(7)

De nombreux obstacles peuvent freiner le dépistage.

Le caractère tabou des violences, et la peur de s'immiscer dans la vie privée complexifie l'approche.(50)(50)

Ils soulignent les contraintes organisationnelles, le manque de formation et des connaissances de solutions de prise en charge et du réseau.(9)(50)(50)(51)

Enfin, le comportement de la patiente elle-même peut s'avérer décourageant, avec des dissimulations, une ambivalence par rapport aux violences. Peut en découler un sentiment d'impuissance et d'échec chez les médecins.(50)(50)(51)

Dans notre étude, près de 94% des femmes victimes ont consulté leur médecin généraliste pour elle-même dans l'année qui a précédée.

Les motifs de consultation les plus retrouvés sont la fatigue, l'angoisse, les douleurs.

Ce sont des symptômes pouvant se retrouver dans un nombre conséquent de pathologies, ainsi que dans le processus psychosomatique d'une souffrance morale.

Nos résultats montrent une cohérence avec d'autres travaux.(32)

Dans l'étude de C. Morvant , on retrouve que 40% des patientes consultent pour des troubles psychologiques, et 31% pour la prescription d'anxiolytiques, hypnotiques ou antidépresseurs.(7)

Dans l'étude de Dr Poyet-Poullet, les causes motivant l'entretien médicale pour les victimes étaient dans plus de 45% liées au retentissement psychique des violences : troubles psychologiques, affections psychosomatiques, prescription de psychotropes, toxicomanie.(49)

On peut donc palper ici la difficulté de trouver des signes ou symptômes spécifiques des violences en dehors des traumas.

Le recours au médecin généraliste pour des motifs gynécologiques ne sont que très peu retrouvés dans l'étude (22%). On a vu que les motifs du type contraception, infection sexuellement transmissible ou IVG sont plus fréquents chez les femmes victimes. Nous pouvons l'expliquer par le fait que les patientes s'adressent plus fréquemment à d'autres professionnels de santé (gynécologues, plannings familiaux, sages-femmes) dans ces cas-là.

Le nombre de patientes qui consultent pour évoquer directement les violences subies, pour parler d'un traumatisme ou la rédaction d'un certificat sont probablement surreprésentées par rapport aux victimes en général.

Les femmes interrogées ont débuté une démarche pour sortir de la situation de violences, et donc a possiblement sollicité son médecin en ce sens.

On voit ici que les violences physiques sont très fréquemment présentes. Cela renforce l'idée qu'il existe parfois des signes physiques de violences, que l'on peut découvrir à l'examen clinique. Ces violences sont souvent associées à d'autres formes. Ces résultats renforcent l'idée que même si on réalise un dépistage systématique, on doit également réaliser un dépistage ciblé sur des lésions physiques. Cela permettra possiblement plusieurs ouvertures à la discussion.

Nos résultats montrent que seulement 17% des victimes ont été orientées par leur médecin généraliste pour une prise en charge adéquate notamment jusqu'aux associations.

Dans la littérature, on voit que les médecins ont tendance à gérer seul le problème, en prescrivant des traitements symptomatiques en vue d'atténuer momentanément l'angoisse, l'insomnie sans chercher à traiter le problème de fond.(6)

En 2005, C. Morvant montre que 75,6 % des médecins n'ont eu aucun contact avec les autres professionnels de santé qui s'occupent des mêmes patientes et 44,7 % ne savaient pas si les patientes violentées avaient consulté d'autres structures sanitaires. Ils les orientent plutôt vers la police ou la gendarmerie que vers les associations ou d'autres confrères.(7)

## D) Futur et ouvertures

Pour rappel, ce travail s'inscrit dans un projet à l'échelle nationale. A l'heure de l'écriture de ce travail, une thèse a été présentée, à Bordeaux, les résultats ayant été commenté précédemment.

L'objectif futur sera de pouvoir inclure nos résultats dans le projet national, ainsi que de pouvoir les comparer à la tendance nationale ou aux autres régions.

Concernant le Site Déclic Violence, l'objectif sera de promouvoir son utilisation, une fois les données régionales intégrées.

Un travail de thèse en cours de réalisation consistera à l'ajout d'un moteur de recherche pour faciliter la réorientation des victimes, auteurs, enfants, en fonction de la région et des besoins.

Il semble nécessaire que d'une façon générale, la parole sur les violences conjugales se libèrent dans la population générale.

Les médecins généralistes doivent prendre part à ce changement d'état d'esprit.

Avec les recommandations de la HAS octobre 2018 (8), nous pouvons déjà espérer qu'un nombre grandissant de professionnels de santé intègre la question des violences dans leur interrogatoire, au même titre que les autres facteurs de risque (surpoids, tabac, habitus).

Nous pouvons espérer également que les formations initiales facultaires soient approfondies à ce sujet, et que des formations continues soient accessibles aux professionnels de santé au fil de leur exercice.

Pour un changement de mentalité pérenne, nous pouvons nous poser la question d'étayer la prévention.

Nous pouvons imaginer, qu'au même titre que l'éducation sexuelle dans les classes de collège, il soit mis en place au niveau de l'éducation nationale une séance d'information et de prévention des violences conjugales.

Le but serait de sensibiliser les jeunes sur le fait qu'il est intolérable de donner ainsi que de recevoir des insultes, des coups.

Lorsque les jeunes adultes seraient confrontés à une situation personnelle de violences, ils seraient alors plus armés pour y faire face et ainsi réagir dès la première agression quel qu'en soit la nature et les circonstances.

En effet, quand survient la première violence au sein du couple, l'agresseur se trouve en position inconfortable sachant qu'il a franchi une frontière interdite. La victime se trouve dans la légitimité de quitter cette relation.(18)

On comprend que si les victimes réagissent au plus vite, l'emprise sera moins présente au début de la relation qu'après des années de violences, et ainsi l'extirpation sera moins difficile.

Cela pourrait également mettre en lumière des situations familiales difficiles vécues par les jeunes, car on sait que cela a un impact négatif pour toute la famille.

Certains jeunes sont dans un schéma familial violent depuis leur plus jeune âge, avec souvent une répétition de la violence entre les générations et ainsi sa banalisation.

Il est donc important qu'une autre opinion puisse leur être apportée, qu'il puisse en parler entre camarades.

Plusieurs initiatives en ce sens ont donné des résultats encourageants.(50)

On pourrait imaginer une étude à grande échelle, pouvant suivre des groupes de personnes depuis leur adolescence, qui aurait eu des cours de prévention de violences intra-familiales pendant le secondaire. On pourrait évaluer l'impact de ces formations sur les comportements.

# Conclusion

Les deux résultats principaux de notre étude :

- **91 %** des patientes sont favorables au dépistage des violences conjugales par leur médecin généraliste
- **94%** des femme victimes de l'étude ont consulté leur médecin généraliste dans l'année.

Les victimes sont très en faveur du dépistage par leur médecin. Ceci discrédite un des plus importants freins du dépistage au cours de la consultation médicale.

La quasi-totalité des victimes consulte au moins une fois dans l'année.

Les médecins peuvent être le seul contact avec l'extérieur dans certains cas d'isolement des victimes. L'existence du secret médical est une garantie pour les patientes que les faits ne seront divulgués à personne sans leur consentement, sauf si grave danger imminent.

Pour toutes ces raisons, on comprend que le médecin généraliste reste un protagoniste de choix pour le dépistage des violences conjugales, mais il est nécessaire qu'il pratique de façon systématique et volontaire ce dépistage.

L'autre objectif de ce travail est d'apporter une aide aux médecins généralistes à la prise en charge des femmes victimes grâce au site Déclik Violence.

Ce site fournira des outils pour une prise en charge locale, permettant une meilleure connaissance du tissu structurel et associatif local.

Ce travail s'inscrit dans un mouvement sociétal de lutte contre les violences conjugales.

Notre souhait est qu'il puisse prendre part de manière concrète à la mise en lumière et à l'éradication de ces violences conjugales.

Tout converge pour nous faire dire : Il faut poursuivre nos efforts et dépister à grande échelle !

# Bibliographie

1. Secrétariat d'Etat chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. (page consultée le 17/12/19). La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes n°14. [en ligne] <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/lettre-no14-violences-au-sein-du.html>.
2. Prosman G-J, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scand J Caring Sci.* mars 2014;28(1):3-11.
3. 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.* 20 juin 2007;45(1):105-19.
4. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretien semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble, Université Joseph Fourier; 2012.
5. Hofner Marie-Claude, Miboubi-Culand Sylvette, Le rôle des professionnel(le)s de l'action médico-sociale dans la prévention de la violence conjugale, *Frauenfragen*, 2008, p90-95.
6. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé . Rapport au ministre chargé de la santé. Paris: La Documentation française; 2001.
7. Cécile Morvant, Jacques Lebas, Jean Cabanne, Valérie Leclercq, Pierre Chauvin. Violences conjugales : repérer et aider les victimes. *Rev Prat MG*, 2005, pp.945-54.
8. Haute autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Argumentaire scientifique. 2019 juin.
9. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales: étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. :106.
10. La violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE – Les résultats en bref [Internet]. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. 2014 [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://fra.europa.eu/fr/publication/2014/la-violence-legard-des-femmes-une-enquete-lechelle-de-lue-les-resultats-en-bref>
11. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 50 p.
12. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet.* sept 2013;382(9895):859-65.

13. Conseil de l'Europe. (page consultée le 26/03/20). Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, [en ligne]. <https://www.coe.int/fr/web/istanbul-convention/text-of-the-convention/>.
14. Walker LE. *The Battered Woman*. New York, NY: Harper & Row; 1979 pages 94-98).
15. Lopez G. *Le vampirisme au quotidien*. Paris : L'esprit du temps, 2001.
16. Katerndahl DA, Burge SK, Ferrer RL, Becho J, Wood R. Complex Dynamics in Intimate Partner Violence: A Time Series Study of 16 Women. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010 [cité 6 mars 2019];12(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2983457/>
17. Pence E, Paymar M. *Education Groups For Men Who Batter*. New York, NY: Springer Publishing Company; 1993).
18. Giles-Sims J. *Wife Battering: A Systems Theory Approach*. New York, NY: Guilford Press; 1983.
19. Secrétariat d'Etat chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. (page consultée le 04/02/2020). Guide d'information et de lutte contre les cyber-violences à caractère sexuel. [ en ligne ] <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/?s=cyberviolences>.
20. Secrétariat d'Etat chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. (page consultée le 02/02/2020). 5 ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) [ en ligne ] <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019/>.
21. Site du Gouvernement Français (page consultée le 04/02/2020). Un grenelle et des mesures fortes pour lutter contre les violences conjugales. [ en ligne ] <https://www.gouvernement.fr/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-pour-lutter-contre-les-violences-conjugales/>.
22. Cavalin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. :9.
23. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. *Sante Publique (Bucur)*. 16 sept 2010;Vol. 22(4):405-16.
24. Ouellet F, Blondin O, Leclerc C, Boivin R. Prédiction de la revictimisation et de la récurrence en violence conjugale. *Criminologie*. 2017;50(1):311.
25. Institut de Démographie de l'Université Paris 1. Enveff, Les violences envers les femmes au quotidien, Rapport final. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat aux Droits des femmes et à la formation professionnelle, Service des droits des femmes et de l'égalité, 2001, 240p.
26. Fulu E, Miedema S, Roselli T, McCook S, Chan KL, Haardörfer R, et al. Pathways between childhood trauma, intimate partner violence, and harsh parenting: findings from the UN

- Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. *Lancet Glob Health*. 1 mai 2017;5(5):e512-22.
27. Cattaneo LB, Goodman LA. Risk Factors for Reabuse in Intimate Partner Violence: A Cross-Disciplinary Critical Review. *Trauma Violence Abuse*. avr 2005;6(2):141-75.
  28. Salmona M. Chapitre 7. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales. Une urgence humaine et de santé publique. In: *Violences conjugales et famille* [Internet]. Paris: Dunod; 2016. p. 64-76. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100749386-p-64.htm>
  29. « Violences conjugales. Reconnaître et accompagner les victimes » *Rev Prescrire* 2018 ; 38 (413) : 192-200.
  30. Hall M et coll. "Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy : a systematic review and meta-analysis" *Plos Med* 2014 ; 11 (1) : e1001581, 25 pages.
  31. Pinton A, Hanser A-C, Metten M-A, Nisand I, Bettahar K. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées ? *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 juill 2017;45(7):416-20.
  32. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. Thèse d'exercice : Université de médecine de Clermont Auvergne ; 2017.
  33. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al. Intimate Partner Violence and Women's Physical, Mental, and Social Functioning. *Am J Prev Med*. 1 juin 2006;30(6):458-66.
  34. Woods SJ. Prevalence and Patterns of Posttraumatic Stress Disorder in Abused and Postabused Women. *Issues Ment Health Nurs*. 1 janv 2000;21(3):309-24.
  35. Parsons LH, Zaccaro D, Wells B, Stovall TG. Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. *Am J Obstet Gynecol*. août 1995;173(2):381-6; discussion 386-387.
  36. Vasselier-Novelli C, Heim C. Les enfants victimes de violences conjugales. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 1 juill 2006;n°36(1):185-207.
  37. Soule M. (1992): Introduction à la psychiatrie fœtale. ESF, Paris.
  38. Salmona M. Chapitre 1. L'impact psychotraumatique des violences conjugales sur les victimes. In: *Violences conjugales* [Internet]. Paris: Dunod; 2017. p. 1-18. (Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales--9782100769575-p-1.htm>
  39. Biglia, Elodie. "Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale: expériences et attentes de femmes victimes." Thèse d'exercice, Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine, 2012.

40. Gilot H. Les femmes victimes de violences conjugales: qu'attendent-elles de leur médecin généraliste? : une étude qualitative. Thèse d'exercice de médecine générale. Université de Montpellier ; 2016.
41. Dupré O, Freminville H de. Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste: quelles sont leurs attentes ? Lyon, France; 2016.
42. Piau Charruau D. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales : à partir d'une enquête auprès de femmes victimes, Thèse du diplôme d'état de docteur en médecine, Angers, Université d'Angers, 2006.
43. Palisse M et coll. "Violences sexuelles faites aux femmes. Repérage par le médecin généraliste. Une enquête quantitative en région Île de France" Médecine 2015.
44. Eygun J. Intérêt d'un dépistage systématique aux urgences des violences conjugales [Mémoire de diplôme d'études spécialisés de médecine d'urgence]. [Urgences du Centre Hospitalier de Pau] Collège Santé de l'Université de Bordeaux; 2017.
45. Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens / Lindsay Detavernier ; sous la direction du docteur Masse. Thèse d'Exercice : Médecine : Université de Lille : 2018.
46. Ahmad I, Ali PA, Rehman S, Talpur A, Dhingra K. Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. J Clin Nurs. nov 2017;26(21-22):3271-85.
47. 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.
48. Coy-Gachen C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze Médecins Généralistes avec le questionnaire RICCPs. Thèse d'exercice de médecine générale. Université Paris 6; 2005.
49. Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales, évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire [Thèse d'exercice en médecine]. Nantes, Université de médecine de Nantes;2006.
50. 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? :62.
51. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretien semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble, Université Joseph Fourier; 2012.

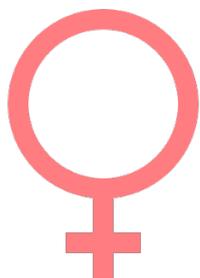
# Annexes

## Annexe 1 : Questionnaire page 1 & 2 :

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 victimes avec un médecin généraliste ?
- Oui, un médecin généraliste m'a déjà demandé si j'étais victime de violences conjugales
  - Oui, c'est moi même qui ai abordé la question
  - Un médecin m'a déjà posé la question mais je n'ai pas répondu
  - Non
  - Je ne me rappelle pas
- Commentaires éventuels : .....
7. Est-ce que vous auriez (avez) aimé que la question des violences conjugales soit abordée par le médecin généraliste ?
- Oui
  - Plutôt oui
  - Plutôt non
  - Non
8. Pensez-vous que cela fait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder la question des violences conjugales ?
- Oui
  - Non
9. Qu'est-ce qui vous a mené jusqu'à cette association ? (Plusieurs choix possibles)
- Médecin généraliste
  - Gynécologue
  - Autres médecins (urgentiste, psychiatre...)
  - Sage-femme
  - Autres soignants (infirmier, psychologue...)
  - Travailleur social
  - Une autre association
  - Site internet/numéro d'appel gratuit
  - Police/gendarmerie
  - Entourage (amis, famille)
  - Urgences hospitalières
  - Autres(s) : .....
10. Le(s) médecin(s) généraliste(s) que vous consultez est(sont)-il(s) le(s) même(s) que celui de votre (ex)-conjoint(e) violent(e) ?
- Oui
  - Non
  - Je ne sais pas



## Annexe 2 : Affiches Salle d'attente :



Etude **AVIC-MG**



### **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).

*Cécilia ASSIER, interne de médecine générale (Nantes)*

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

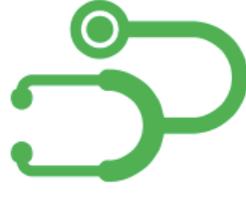
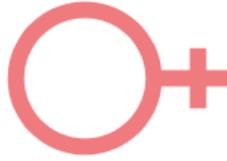
## Etude **AVIC-MG**



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

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

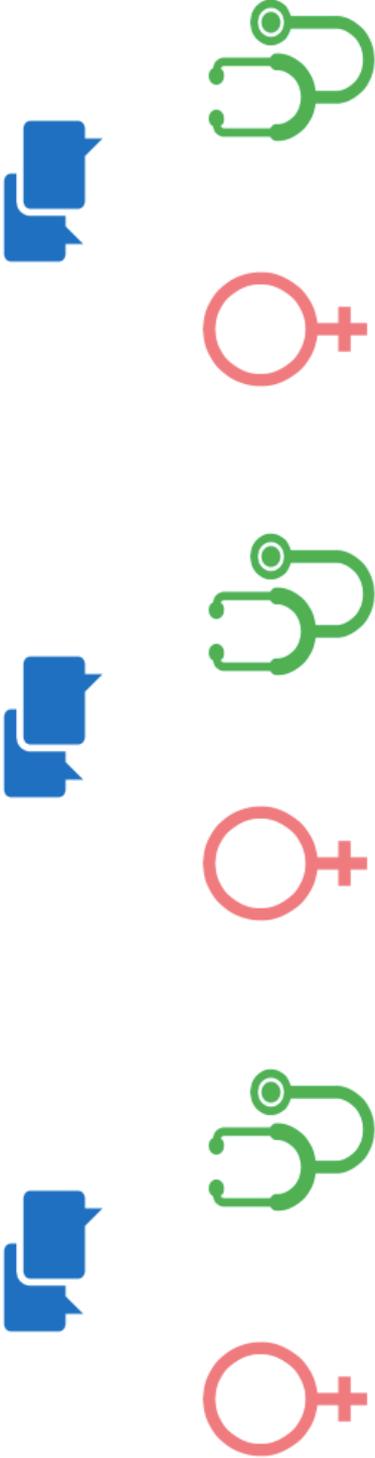
Merci d'avance de votre précieuse participation,



Cécilia Assier, interne de médecine générale, en thèse sur l'étude AVIC-MG

Dr Mathilde Vicard-Olagne, médecin généraliste

Annexe 3 : Flyers Salle d'attente :



<b>Etude AVIC-MG</b>	<b>Etude AVIC-MG</b>	<b>Etude AVIC-MG</b>
<b>Attentes des femmes</b>	<b>Attentes des femmes</b>	<b>Attentes des femmes</b>
<b>Victimes de violences</b>	<b>Victimes de violences</b>	<b>Victimes de violences</b>
<b>Conjugales envers leur</b>	<b>Conjugales envers leur</b>	<b>Conjugales envers leur</b>
<b>Médecin Généraliste</b>	<b>Médecin Généraliste</b>	<b>Médecin Généraliste</b>

**Annexe 4 :**



**Comité Ethique du CNGE**

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cnge.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 conjuguales 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**

## Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

**Vu, la Présidente du Jury,  
Professeure Sauvaget Anne**

**Vu, le Directeur de Thèse,  
Docteur Oheix Françoise**

**Vu, le Doyen de la Faculté,  
Professeur Goronflot Lionel**

## Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG en Loire-Atlantique et Vendée.

---

### Résumé

**Introduction** : L'amélioration de la prise en charge et l'éradication des violences conjugales (VC) sont des objectifs de santé publique de notre époque. Le médecin généraliste (MG) a un rôle central à jouer, notamment par le dépistage des patientes consultant au cabinet. L'objectif est de savoir si les victimes seraient favorables au dépistage par le MG quant à ces violences, et de connaître leur fréquentation chez le MG au cours de la dernière année.

**Méthodes** : Etude descriptive multicentrique réalisée dans des centres associatifs de Loire-Atlantique et de Vendée, sur la période de mai à septembre 2019. Les femmes victimes de toutes formes de violences conjugales, majeure, maîtrisant la langue française étaient incluses dans l'étude. Le recueil des données a été fait par le moyen d'un auto-questionnaire.

**Résultats** : 84 questionnaires ont pu être analysés, issus de 5 structures associatives. 91% des victimes ont ou auraient aimé que la question des VC soit abordé par leur MG. La même proportion (91%) considérait que cela faisait partie du rôle du médecin traitant. Un tiers (33%) n'ont jamais parlé de ses violences avec un MG. 94% des victimes ont consulté chez le MG pour elles-mêmes au cours de la dernière année, majoritairement pour des douleurs (64%), de l'angoisse (62%) et de la fatigue (60%). Seulement 17% des victimes ont été orienté à l'association par le MG.

**Conclusion** : Les victimes de notre population sont très largement favorables au dépistage des VC par le MG et le consultent régulièrement. Ce résultat contredit une des idées reçues sur les difficultés du dépistage du MG et pourrait les encourager à le réaliser plus régulièrement.

---

### Mots clés

Violence conjugale, violence dans le couple, violence entre conjoints, diagnostic, médecin généraliste, médecine de ville, soins primaires.