



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Attentes des femmes victimes de violences conjugales  
envers leur médecin généraliste**

**Étude AVIC-MG dans les départements du Nord et du Pas-De-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2021 à 14h  
au Pôle Formation  
**par Amélie BESIN**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Anita TILLY DUFOUR**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Frédéric LECOUEZ**

---

## Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
celles-ci sont propres à leur auteur.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>I. Les chiffres</b> .....	<b>2</b>
A. Au niveau mondial .....	2
B. En France .....	3
C. Dans le Nord et le Pas-de-Calais .....	4
<b>II. Types et mécanismes des VC</b> .....	<b>4</b>
A. Types de VC .....	4
B. Théories de l'emprise .....	5
1. Cycle des VC .....	5
2. Roue du pouvoir et du contrôle .....	6
<b>III. Facteurs de vulnérabilité, conséquences sur la santé et coût des VC</b> .....	<b>7</b>
A. Facteurs de risque .....	7
B. Conséquences sur la santé .....	8
1. Conséquences chez les victimes .....	8
2. Conséquences chez les enfants .....	9
3. Coût des VC .....	9
<b>IV. Place en médecine générale</b> .....	<b>10</b>
A. Rôle du médecin .....	10
B. Avancées Politiques : Grenelle des violences 2019 .....	11
C. Prise en charge en médecine générale .....	12
1. Outils à destination des victimes .....	13

2. Outils à destination des professionnels .....	14
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</b>	<b>16</b>
<b>I. Type d'étude.....</b>	<b>16</b>
<b>II. Population étudiée .....</b>	<b>16</b>
<b>III. Protocole .....</b>	<b>16</b>
A. Associations participantes .....	16
B. Questionnaires .....	17
<b>IV. Analyse statistique.....</b>	<b>17</b>
<b>V. Éthique .....</b>	<b>18</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>19</b>
<b>VI. Description de la population étudiée.....</b>	<b>20</b>
A. Âge et nombre d'enfants .....	20
B. Types de violences conjugales subies .....	20
C. Résultats de l'objectif principal : attentes des femmes victimes de VC envers leur médecin généraliste .....	21
D. Résultats de l'objectif secondaire .....	22
1. Caractéristiques des consultations .....	22
2. Caractéristiques du médecin .....	24
3. Acteurs orientant vers les structures spécialisées.....	26
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>27</b>
<b>I. Forces et limites de l'étude .....</b>	<b>27</b>
A. Forces .....	27
B. Limites.....	27

<b>II. Attentes des femmes victimes .....</b>	<b>28</b>
<b>III. Repérage des femmes victimes de VC.....</b>	<b>30</b>
<b>IV. Freins au dépistage.....</b>	<b>31</b>
A. Inhérents au médecin.....	31
B. Inhérents aux victimes.....	33
<b>V. Perspectives .....</b>	<b>33</b>
<b><i>CONCLUSION.....</i></b>	<b>35</b>
<b><i>BIBLIOGRAPHIE.....</i></b>	<b>37</b>
<b><i>ANNEXES.....</i></b>	<b>42</b>
<b><i>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</i></b>	<b>51</b>

## **ABRÉVIATIONS**

VC : Violences conjugales

OMS : Organisation mondiale de la santé

ENVFF : Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et lutte contre la traite des êtres humains

DAIP : Domestic abuse intervention project

VSCE : Violences au sein du couple entraînant des conséquences sur les enfants

SAMU : Service d'aide médicale urgente

## **INTRODUCTION**

Les Nations Unies définissent en 1993 les violences à l'égard des femmes comme « tous les actes de violences dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation de liberté que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (1).

Les violences conjugales (VC) existent depuis toujours. Elles sont un véritable enjeu de Santé Publique : en France, une femme meurt sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint tous les 2 à 3 jours (2).

### **I. Les chiffres**

#### **A. Au niveau mondial**

A partir des années 70', les Nations Unies ont organisé des conférences mondiales sur les femmes dont la dernière s'est tenue à Beijing en 1995 et a marqué un tournant important (3). Il a été reconnu que « faute de données statistiques fiables, ventilées par sexe, sur l'incidence de la violence, il est difficile d'élaborer des programmes et de suivre l'évolution de la situation » (4).

Ainsi, en 1997 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a réalisé la première enquête internationale sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes à travers 10 pays : entre 15% (au Japon) et 71% (en Éthiopie) des femmes ont déclaré avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours de leur vie, sans que les facteurs sociodémographiques n'expliquent les différences entre pays (5).

Dans un rapport de 2013, l'OMS estimait à l'échelle mondiale à 30% la prévalence de femmes victimes de violences sexuelles et/ou physique par un partenaire intime (6).

## B. En France

En France, en 2000, l'ENVFF (enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) est la première enquête statistique nationale. On constate qu'au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, sur un échantillon de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans, 10% ont été victimes de VC (1).

Chaque année, la MIPROF (mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et lutte contre la traite des êtres humains) qui a pour fonction d'être un observatoire national depuis 2013, publie un état des lieux des violences faites aux femmes avec les données issues des enquêtes CVS (cadre de vie et sécurité), et de l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple via le ministère de l'intérieur (7). En 2019, 146 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire soit une femme tous les 2,5 jours. On dénombre également 27 hommes tués par leur partenaire ou ex-partenaire, et 25 enfants décédés dans le cadre de violences conjugales. Les femmes sont les victimes dans 84% des cas.

213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint. Plus de la moitié des victimes (55%) n'a fait aucune démarche auprès d'un professionnel ou d'une association, et cette proportion s'élève à 61% lorsque les victimes vivent toujours avec l'auteur des faits au moment de l'enquête (2).

La pandémie de la COVID 19 et le confinement instauré en mars 2020 afin de protéger la santé des citoyens n'a fait qu'exacerber la réalité des violences au sein des foyers du fait de l'isolement imposé par les mesures sanitaires, élément central dans le mécanisme d'emprise exercé par les auteurs de violences. On recense une diminution des féminicides mais une augmentation des tentatives de meurtre, passant de 2 par semaine durant le confinement contre 1,6 avant le confinement. Les appels au 3919 pour violences conjugales sont quant à eux passés de 9% en 2019 à 25% pendant la période de confinement (8).

### C. Dans le Nord et le Pas-de-Calais

En 2019, les Hauts de France est la 3<sup>e</sup> région où l'on enregistre le plus de morts violentes (17 victimes) au sein du couple derrière la région Île-de-France (28 victimes) et Occitanie (18 victimes). Les départements les plus concernés sont le Nord avec 8 victimes et le Pas-de-Calais avec 4 victimes recensées (2).

## II. Types et mécanismes des VC

Il faut avant tout distinguer VC et conflit conjugal. Le conflit conjugal peut se définir par un échange interactif égalitaire opposant deux points de vue. Dès lors qu'il existe une asymétrie dans l'échange avec un rapport dominant/dominé, que les faits de violences s'aggravent, s'accélèrent et/ou deviennent récurrents, on parle de VC (9).

### A. Types de VC

Parmi les différents types de violences, il existe (9) :

Les violences physiques définies par des atteintes physiques par le biais de gifles, coups, morsures, brûlures, strangulation tout comme le fait de bloquer le passage, retenir de force, immobiliser ou enfermer.

Les violences psychologiques et verbales sont souvent plus difficiles à définir et évaluer car elles n'atteignent pas l'intégrité du corps. Elles peuvent être très subtiles et insidieuses et regroupent le harcèlement moral, les insultes, les menaces, les humiliations, les intimidations.

Les violences sexuelles sont taboues et sont donc les formes les plus cachées. Elles peuvent se définir par des actes de harcèlement sexuel, des attouchements, un viol ou tout acte sexuel imposé ou sous contrainte.

Les violences économiques se définissent par une interdiction de travailler, un isolement social imposé, un contrôle des dépenses et des moyens de paiement amenant la victime à être dépendante financièrement de son agresseur, ainsi qu'une privation des documents officiels (carte d'identité, carte vitale empêchant les soins).

## B. Théories de l'emprise

La domination et l'emprise de l'agresseur ont une place centrale dans le phénomène des VC, décrites à travers deux théories principales.

### 1. Cycle des VC

Le cycle des VC est le mécanisme le plus connu qui a été décrit pour la première fois en 1979 par la psychologue Léonore Walker (10).

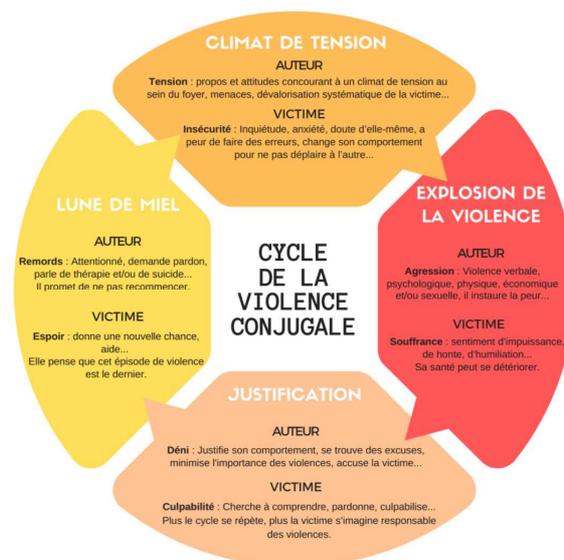


Figure 1: cycle de la violence selon L. Walker

Durant la première phase, l'agresseur crée un climat de tension au travers d'intimidations, de gestes brusques, de regards menaçants, de silences lourds. La victime, craignant une explosion de la violence développe une anxiété croissante. Elle tente alors d'apaiser la situation en ajustant son comportement afin de satisfaire son conjoint.

S'ensuit une phase de violence, quelle qu'elle soit, décrite comme une décharge des tensions accumulées pendant la première phase. La victime tente de se protéger (notamment le visage) au cours de cet épisode où des sentiments de honte et d'humiliation prédominent.

Puis l'auteur des violences entre dans la phase de justification : il se trouve des excuses pour justifier son comportement, minimise les faits et va jusqu'à responsabiliser et accuser la victime. Cette dernière cherche à comprendre les explications données, culpabilise et pardonne.

Pour finir, la « lune de miel », phase durant laquelle l'agresseur exprime des remords, demande pardon, redevient affectueux et attentionné. L'espoir renaît chez la victime qui constate des efforts et accorde une chance de changer à son agresseur.

Il est connu que plus le cycle se répète, plus sa fréquence s'accélère et la durée de chaque phase se raccourcit, conduisant à une disparition des phases de justification et de « lune de miel », ne laissant place qu'à de la tension et des violences. L'agresseur crée alors un climat de domination et d'emprise sur sa victime.

## 2. Roue du pouvoir et du contrôle

D'après le modèle Duluth, la domination de l'agresseur se met en place par le biais de huit mécanismes décrits dans la roue du pouvoir et du contrôle, élaborée par le Domestic abuse intervention project (DAIP) au début des années 80 (11).

L'auteur a recours (12):

- à l'intimidation,
- à l'isolement,
- à la violence psychologique,
- à la coercition et aux menaces,
- aux abus économiques et administratifs,
- à l'invocation du privilège masculin,
- à la minimisation des faits,

- à l'utilisation des enfants pour asseoir son emprise sur la victime.

### **III. Facteurs de vulnérabilité, conséquences sur la santé et coût des VC**

#### **A. Facteurs de risque**

Lori Heise a popularisé en 1998 le modèle écologique intégré où la violence est conceptualisée comme l'interaction de facteurs personnels, situationnels et socioculturels (13).

L'OMS reprend cette notion dans son rapport sur la violence et la santé en 2002 où les VC résultent de l'association complexe de facteurs de risque s'étendant sur quatre niveaux : individuels, relationnels, communautaires et sociétaux (14,15).

Les facteurs individuels comprennent à la fois chez les victimes et les auteurs de violences une acceptation de la violence, le fait d'avoir été témoin ou victime de violence dans l'enfance. Les femmes jeunes entre 18 et 29 ans, avec un faible niveau d'instruction (étudiante ou inactive) sont plus exposées (16).

Au sein des facteurs relationnels on peut citer l'insatisfaction et les conflits dans le couple, le comportement de domination et de contrôle.

Les facteurs communautaires sont caractérisés par l'isolement, un milieu social tolérant avec les violences et n'apportant que peu de soutien.

Enfin parmi les facteurs sociétaux on retrouve les inégalités entre les hommes et les femmes, la vision stéréotypée du rôle des deux sexes, la tolérance et banalisation de la violence au sein du couple.

## B. Conséquences sur la santé

### 1. Conséquences chez les victimes

Les VC ont des conséquences à court et à long terme sur la santé des femmes victimes, parfois mortelles par homicide, suicide, mortalité liée aux infections par le VIH ou encore mortalité maternelle augmentée.

D'autres conséquences non mortelles peuvent être classées en quatre catégories :

Les traumatismes physiques incluent les blessures quelles qu'elles soient comme les brûlures, fractures, hématomes, plaies, traumatismes cérébraux... mais également les symptômes physiques tels que les lombalgies, céphalées, vertiges, asthénie. On observe chez les femmes exposées aux VC de manière répétée une augmentation de ces symptômes physiques (17).

Les traumatismes psychiques dont plusieurs études ont mis en évidence une association significative entre VC et dépression, anxiété, état de stress post-traumatique, pensées et comportements suicidaires, troubles de l'alimentation et du sommeil, comportements sexuels à risque, développement d'addiction que ce soit au tabac, à l'alcool, aux drogues... Les victimes de VC sont notamment entre 2 et 5 fois plus à risque de déclarer une dépression (18).

La santé sexuelle et reproductive est également altérée par la survenue de douleurs pelviennes chroniques, hémorragies et infections vaginales ou urinaires, maladies sexuellement transmissibles, grossesses non désirées.

Le premier acte de VC survient pendant la grossesse dans 30% des cas (9). En 2013 une méta-analyse a permis d'estimer la prévalence moyenne des VC à 19,8% au cours de la grossesse (19). Il s'agit d'une période à risque, tant sur le plan maternel que fœtal avec une augmentation de la survenue de fausse couche, menace d'accouchement prématuré, petit poids de naissance, retard de croissance intra-utérin ou encore de mort fœtale in utéro (20,21).

Le stress engendré par les VC sur les victimes peut être à l'origine de troubles somatiques tels que des douleurs chroniques (céphalées, lombalgies, troubles gastro-intestinaux chroniques), d'une diminution des défenses immunitaires avec survenue d'infections virales, ou encore d'une décompensation de maladies chroniques comme un asthme ou un diabète (22,23).

## 2. Conséquences chez les enfants

Dans l'enquête ENVEFF en 2000, près de deux tiers des femmes en situation de violence très grave déclarent que leurs enfants en sont témoins (1).

Les enfants sont tout aussi impactés par les violences au sein du couple et peuvent souffrir, comme leur mère de traumatismes physiques (violences intentionnelles ou victime collatérale), de traumatismes psychologiques (troubles du sommeil, de l'alimentation, comportement régressif, anxiété, repli sur soi, dépression, agressivité, syndrome de stress post-traumatique, désintérêt ou surinvestissement scolaire, conduites addictives) et de troubles somatiques (retard de croissance, énurésie, troubles du langage, céphalées, douleurs abdominales, vomissements) (21,24).

Les enfants de mères victimes de VC auraient 6 à 15 fois plus de risque d'être eux-mêmes victimes à l'âge adulte (24).

Au cours de l'année 2019, 39 enfants étaient présents sur les lieux de la scène de crime sans en être témoin, leur présence n'empêchant donc pas le passage à l'acte. 16 enfants ont quant à eux été témoin oculaire de l'homicide de l'un des parents. Malheureusement 25 enfants ont perdu la vie victimes de la violence au sein du couple (2).

## 3. Coût des VC

Le 4<sup>e</sup> plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes a permis d'estimer les coûts économiques des violences au sein du couple entraînant aussi des conséquences sur les enfants (VCSE) sur l'année 2012 à 3,6 milliards d'euros (25).

Les dépenses sont divisées en 2 postes :

- Les coûts direct (médicaux ou non) comprennent les soins, l'accueil et l'accompagnement des victimes et des auteurs de VC, les frais engendrés par les services des forces de l'ordre, de justice et de l'administration pénitentiaire. Ils représentent 21,4% soit 7,7 millions d'euros, dont moins de la moitié pour les coûts exclusivement d'ordre médical soit 2,7 millions d'euros.
- Les coûts indirects recouvrent les pertes de rémunération et de temps causés par les arrêts de travail, pertes de production dues à l'absentéisme, pertes en capital humain en liens avec les décès et valeur de vie statistique (somme d'argent que la société est prête à payer pour réduire le risque de décès).

#### **IV. Place en médecine générale**

##### **A. Rôle du médecin**

En 2001, le rapport Henrion place le médecin au centre du dépistage et de la prise en charge des victimes de VC, décrit comme un acteur clé. Pour cela, il préconise de dépister systématiquement les violences par quelques questions, laissant une porte ouverte à la victime si elle souhaite en parler (24). Les études menées depuis 2004 confirment le bénéfice d'un questionnaire systématique qui permet une mise à jour des antécédents de VC dans le dossier médical et d'établir un lien avec les tableaux cliniques présentés (26).

D'après les données des enquêtes « Cadre de vie et de sécurité » réalisées entre 2015 et 2019, 25% des victimes ont consulté un médecin, ce dernier étant alors le professionnel de premier recours. On constate néanmoins qu'entre 55 et 61% des victimes n'ont entamé aucune démarche d'ordre médical (médecin, psychologue) ou social (services sociaux, structures d'aides aux victimes et numéro vert), selon qu'elles vivent encore ou non avec l'auteur des violences (7).

Malgré ces recommandations, une étude quantitative réalisée en 2012 à Angers montre que les médecins dépistent peu les VC : seulement 1 femme sur 4 serait directement

interrogée par leur médecin généraliste, alors que plus de 30% de celles non interrogées l'auraient souhaité (27). Les freins au dépistage avancés par les médecins sont entre autres le manque de formation et la méconnaissance des réseaux existants, l'aspect chronophage du dépistage et de la prise en charge qui en découle, le sentiment d'intrusion face à des questions du registre intime (28).

## B. Avancées Politiques : Grenelle des violences 2019

Le gouvernement s'investit depuis plusieurs années dans la lutte contre les violences faites aux femmes sur le plan législatif où depuis 2005, 5 plans interministériels se sont succédés.

Le dernier en date nommé 5<sup>e</sup> plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) était élu 1er pilier de la Grande Cause du quinquennat pour l'égalité entre les femmes et les hommes (29).

Dans cette dynamique a été lancé le 3 septembre 2019 le Grenelle de lutte contre les violences conjugales, impulsé par la secrétaire d'état chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, aux côtés du Premier ministre. 11 groupes de travail ont été mis en place afin de proposer des actions concrètes autour de 3 axes (30):

- Prévenir les violences en éradiquant les stéréotypes sexistes et en abaissant le seuil de tolérance des violences dans la société,
- Protéger les victimes et leurs enfants,
- Punir les auteurs de violences tout en mettant en place un suivi et une prise en charge adéquate afin d'éviter la récurrence.

30 mesures ont été prises, notamment (31) :

- Des mesures préventives vont être mises en place par le biais de formations obligatoires pour les personnels de l'éducation nationale, et des campagnes de prévention et de sensibilisation auprès des élèves,
- Le 3919 est accessible 7j/7 et 24h/24 depuis le 28 juin 2021,

- Les professionnels vont avoir à disposition des outils afin d'évaluer le degré d'urgence des situations et orienter au mieux les victimes. La levée du secret médical est désormais autorisée lorsque les violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat, et que cette dernière se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences (32),
- La création de nouveaux postes et un renforcement de la formation initiale des policiers et gendarmes est un point majeur du dispositif afin d'accueillir les victimes de VC dans de meilleures conditions,
- Le financement de structures dédiées à la prise en charge sanitaire, psychologique sociale des femmes victimes de violences,
- La justice se veut plus protectrice avec les victimes de VC,
- Les enfants occupent une place importante de ces mesures avec la volonté de prendre en compte l'impact des VC sur les eux et sur les liens familiaux : développement d'espaces rencontres, généralisation des unités d'accueil médico-judiciaires pédiatriques, travail conjoint avec l'aide sociale à l'enfance sont des axes d'amélioration,
- Concernant les auteurs de VC, il est proposé de renforcer les mesures de suivi, d'encadrer les permis de visites en détention. Une équipe de recherche menée par Eric Macé a pour mission de mieux connaître les profils socio-démographiques des auteurs.

### C. Prise en charge en médecine générale

Le dépistage des VC est reconnu comme devant être systématique à la fois par le rapport Henrion en 2001, et par la HAS plus récemment lors de ses dernières recommandations.

La prise en charge des victimes de VC doit se faire dans un climat d'écoute, d'empathie et de confiance. Le professionnel doit notamment assurer la continuité des soins, rédiger si besoin un certificat médical initial afin que la victime puisse faire valoir ses droits, savoir orienter vers les réseaux de partenaires professionnels et associatifs (9).

Pour cela, divers outils existent à destination des professionnels ainsi que des victimes.

## 1. Outils à destination des victimes

Des numéros d'urgence, gratuits, pouvant être composés à partir d'un téléphone fixe ou portable, même bloqué ou sans crédit sont à communiquer aux victimes (33) :

- 15 : numéro spécifique aux urgences médicales, qui permet de joindre 24h/24 le service d'aide médicale urgente (SAMU),
- 17 : numéro pour joindre la police et la gendarmerie,
- 18 : numéro permettant de joindre les pompiers,
- 112 : numéro d'appel unique européen pour accéder aux services d'urgence, valable dans l'Union européenne,
- 114 : numéro d'urgence pour les personnes sourdes ou malentendantes victimes ou témoins d'une situation d'urgence, afin de solliciter l'intervention des services de secours (en remplacement des 15, 17, 18),
- 115 : numéro de demande d'hébergement d'urgence.

Le 3919 est un numéro d'écoute anonyme et gratuit, qui a pour fonction d'être un soutien téléphonique pour les personnes victimes de violences conjugales, d'informer et selon les situations orienter vers des structures d'accompagnement et de prise en charge adaptées. Cette ligne devrait devenir accessible 7j/7 et 24h/24 à partir de juin 2021.

Le violentomètre créé par des féministes d'Amérique Latine a été adapté en France en 2018 afin d'aider les couples à évaluer le degré de toxicité de leur relation. Ce thermomètre de la violence du couple comporte 24 graduations scindées en 3 catégories (34) :

- Vert : la relation est saine, « profite »
- Orange : la violence est présente « vigilance, dis stop »
- Rouge : la relation est dangereuse « protège-toi, demande de l'aide »

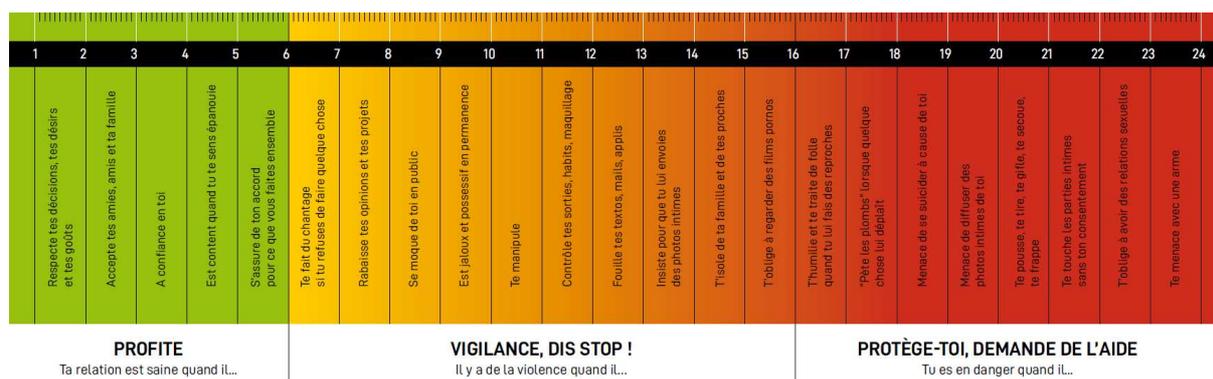


Figure 2: violentomètre

A l'initiative du collectif Nous Toutes, le violentomètre a été largement diffusé au grand public en mars 2021, par des impressions de cette échelle de toxicité sur des sachets de pains distribués dans les boulangeries.

La plateforme en ligne gratuite et sécurisée Mémo de vie, à destination principalement des victimes de violences, a été lancée le 23 novembre 2020. Ses objectifs principaux sont de sauvegarder les faits, accompagner les victimes, simplifier les démarches et faciliter l'enquête par le biais de 4 fonctionnalités clefs (35):

- « Mon Journal » : permet chaque jour d'écrire et garde une trace des événements de vie, qu'ils soient positifs ou négatifs
- « Mes Documents » : permet d'y sauvegarder aussi bien des documents officiels (carte d'identité, carte vitale) que des photos, médias, enregistrements
- « Contacts » : permet d'y retrouver les différents numéros d'urgence et d'écoute, et d'y enregistrer son propre répertoire
- « Bibliothèque » : espace regroupant des informations, outils et témoignages

## 2. Outils à destination des professionnels

La MIPROF met à disposition des professionnels de santé de multiples outils de formation et de communication comme des livrets de formation, des courts métrages pédagogiques,

des affiches. Un modèle de certificat médical initial avec une notice explicative est également disponible afin d'en faciliter sa rédaction (36).

Le site [declicviolence](http://declicviolence.fr), créé par le Dr Pauline Malhanche lors de son travail de thèse, a pour vocation d'aider les médecins généralistes dans la prise en charge des victimes de VC à travers des fiches pratiques tels que les essentiels à connaître, pourquoi et comment intervenir, les outils disponibles. Un recensement des ressources locales par le biais d'une cartographie y est renseigné, uniquement pour la région Auvergne initialement (33).

Cette volonté d'amélioration de prise en charge des femmes victimes de VC par les médecins a permis l'émergence de notre étude se déclinant en 2 parties pour chaque région participante.

La première est de recenser les structures venant en aide aux femmes victimes de VC dans chaque région, et plus particulièrement des départements du Nord et du Pas-de-Calais dans ce travail, afin d'enrichir le site [declicviolence.fr](http://declicviolence.fr) et de fournir aux médecins généralistes un outil complet d'aide à la prise en charge.

La seconde consiste à réaliser une étude quantitative afin d'observer si les femmes victimes de VC consultant au sein de structures spécialisées dans l'accueil des victimes de VC aimeraient être questionnées sur les VC par les médecins généralistes. L'objectif secondaire consiste à décrire la population et les caractéristiques des consultations en médecine générale des femmes victimes de VC au cours des 12 derniers mois.

# **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

## **I. Type d'étude**

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

A l'initiative du Dr Mathilde Vicard-Olagne, médecin généraliste et membre du DUMG de Clermont Ferrand, l'étude a été réalisée par des internes de 18 départements universitaires de médecine générale (DUMG) dans 10 régions : Auvergne-Rhône-Alpes (DUMG de Clermont-Ferrand, Lyon, Saint-Etienne et Grenoble), Bretagne (DUMG de Brest et Rennes), Centre-Val de Loire (DUMG de Tours), Corse (DUMG de Marseille), Grand Est (DUMG de Nancy, Reims et Strasbourg), Hauts-de-France (DUMG d'Amiens et Lille), Île de France (DUMG de Paris), Nouvelle-Aquitaine (DUMG de Bordeaux, Limoges et Poitiers), Pays de la Loire (DUMG de Nantes) et Provence Alpes-Côte d'Azur (DUMG de Marseille).

Ce travail s'intègre dans l'étude AVIC-MG, conduite dans 2 départements de la région Hauts-de-France (Nord et Pas-de-Calais) entre décembre 2020 et mars 2021.

## **II. Population étudiée**

La population cible était des femmes victimes de VC consultant dans des structures d'aides spécialisées, majeures, volontaires, lisant et écrivant le français afin de rendre possible le remplissage du questionnaire de manière autonome.

Le critère d'exclusion concernait les femmes nécessitant une prise en charge urgente, chez qui une sollicitation serait inappropriée.

## **III. Protocole**

### **A. Associations participantes**

Les structures d'aides aux femmes victimes de VC ont été recensées dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, puis ont été contactées par mail (annexe 1).

Au total, 18 associations ont été sollicitées et sélectionnées parmi trois réseaux associatifs français : réseau France victime, la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) et les Centres d'Informations d'Accès aux Droits des Femmes (CIDFF).

Nous avons rencontré chaque structure acceptant de participer, afin de leur expliquer le protocole de l'étude et leur remettre le matériel nécessaire.

## **B. Questionnaires**

Le questionnaire (annexe 2) a été élaboré par un comité scientifique sur la base des données de la littérature. Ce comité était composé de plusieurs chercheurs nationaux ainsi que deux experts nationaux : Docteur Gilles Lazimi et Docteur Humbert de Fréminville. Le questionnaire a été conçu pour que le temps de remplissage n'excède pas cinq minutes : il comprenait douze questions fermées à choix multiples, et une question ouverte où les femmes victimes de VC étaient invitées à exprimer leurs attentes envers les médecins généralistes.

Une affiche d'information notifiait la réalisation de l'étude dans les salles d'attente des structures (annexe 3).

A la fin de l'entretien avec les femmes victimes de VC, les professionnels des structures proposaient à celles qu'ils jugeaient éligibles et si le moment semblait opportun de remplir le questionnaire. Le remplissage se faisait dans un endroit protégé, de manière anonyme et libre, et le recueil avait lieu dans des boîtes fermées.

## **IV. Analyse statistique**

Le recueil des données a été fait avec le logiciel Redcap. Les analyses ont été réalisées par les biostatisticiens de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du CHU de Clermont-Ferrand avec le logiciel Stata.

## V. Éthique

L'étude AVIC-MG a reçu un avis favorable du comité éthique du collège national des généralistes enseignants le 17 avril 2019 (annexe 4).

Une déclaration de conformité auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a également été validée par le délégué à la protection des données de l'Université de Lille (annexe 5).

## **RÉSULTATS**

18 structures ont été contactées, parmi lesquelles 5 ont accepté de participer.

Dans le département du Nord : L'association Entr'Elles du réseau SOLFA (Solidarité Femmes Accueil), le SAVAD (Service d'Aide aux Victimes et d'Accès au Droit) et le CAD-SAV (Centre d'Accès au Droit-Service d'Aide aux Victimes) du réseau France victimes 59.

Dans le département du Pas-de-Calais : France victimes 62 et l'association Systemia.

Au total, nous avons recueillis 72 questionnaires entre le 4 décembre 2020 et le 30 mars 2021 (figure 3).

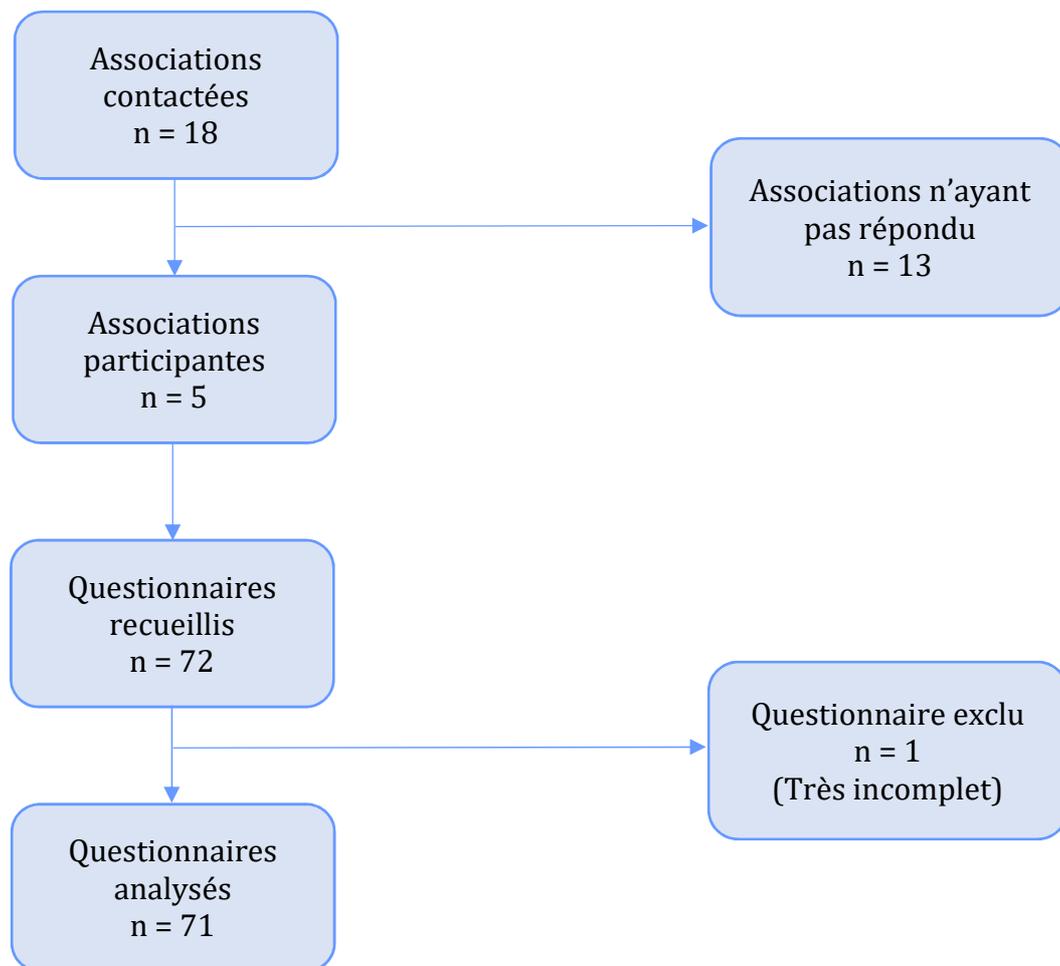


Figure 3: diagramme de flux

## VI. Description de la population étudiée

### A. Âge et nombre d'enfants

Parmi les 71 femmes victimes ayant rempli le questionnaire, la majorité avait entre 26 et 45 ans (62% ; Tableau 1) et 1 ou 2 enfants (52% ; Tableau 2).

Âge (années)	Nombre (%)
18-25	6 (8%)
26-35	23 (32%)
36-45	21 (30%)
46-55	15 (21%)
56-65	4 (6%)
> 65	2 (3%)

Tableau 1: âge des femmes victimes

Nombre d'enfants	Nombre (%)
0	9 (13%)
1	19 (27%)
2	18 (25%)
3	14 (20%)
5	1 (1%)
Inconnu	10 (14%)

Tableau 2 : nombre d'enfants des femmes victimes

### B. Types de violences conjugales subies

La majorité des femmes (90%) ont déclaré être victimes de violences psychiques, suivi de près (87%) par les violences physiques (Figure 4).

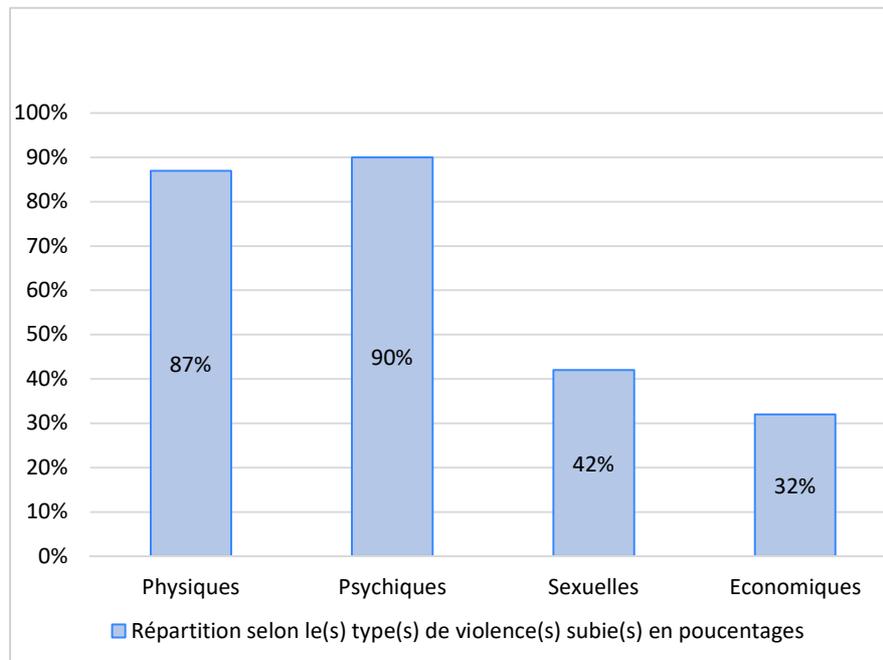


Figure 4 : types de violences subies

### C. Résultats de l'objectif principal : attentes des femmes victimes de VC envers leur médecin généraliste

La majorité des victimes (77%) sont favorables à ce que le sujet des violences conjugales soit abordé au cours de la consultation par le médecin généraliste. D'ailleurs, 84% des femmes pensent que cela fait partie intégrante du rôle du médecin dans son exercice (figure 5).

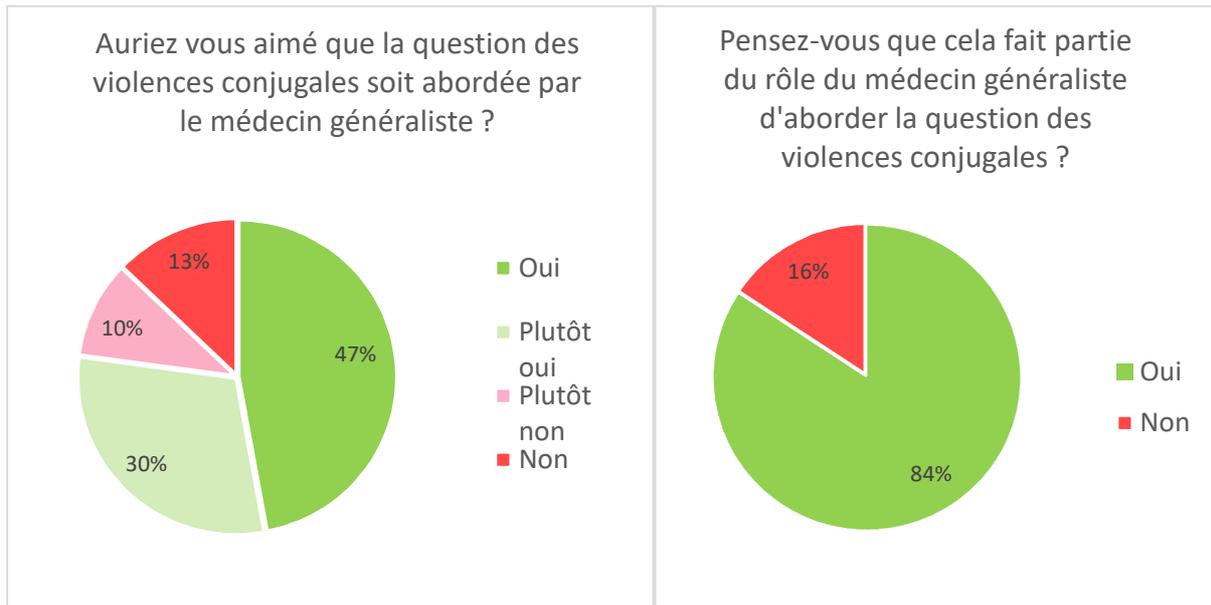


Figure 5: attentes des femmes victimes de VC envers leur médecin généraliste

La dernière partie du questionnaire était une zone de commentaire libre pour les victimes, concernant leurs attentes envers le médecin généraliste.

Deux thèmes reviennent principalement :

- Écoute du médecin : « attention et aide morale ; et surtout écoute et orientation pour avancer et apaiser », « qu'il soit plus à l'écoute, qu'il nous donne la facilité de nous exprimer car ce n'est pas facile d'en parler »
- Que le médecin ose poser des questions : « ne pas avoir peur d'en parler », « être plus ouvert à la discussion des violences et des traumatismes psychologiques »,

« poser des questions de façon à créer un électrochoc, une prise de conscience de la maltraitance », « essayer d'aborder le sujet surtout lorsqu'il y a des doutes ».

Pour d'autres victimes, il serait important que le médecin « ait plus de temps à consacrer aux patient(e)s », « oriente vers des associations », « prenne plus conscience de la situation familiale et des risques quand le médecin traitant est le même pour toute la famille ».

Enfin l'une d'elles aurait « aimé que le médecin puisse témoigner des violences que j'ai vécues afin que son témoignage puisse servir de preuves ».

## D. Résultats de l'objectif secondaire

### 1. Caractéristiques des consultations

92% des femmes ont consulté un médecin pour elles au moins une fois au cours des 12 derniers mois et 60% pour leurs enfants.

Plus des deux tiers des victimes (68%) a consulté 3 fois ou plus pour elle-même dans l'année (Figure 6).

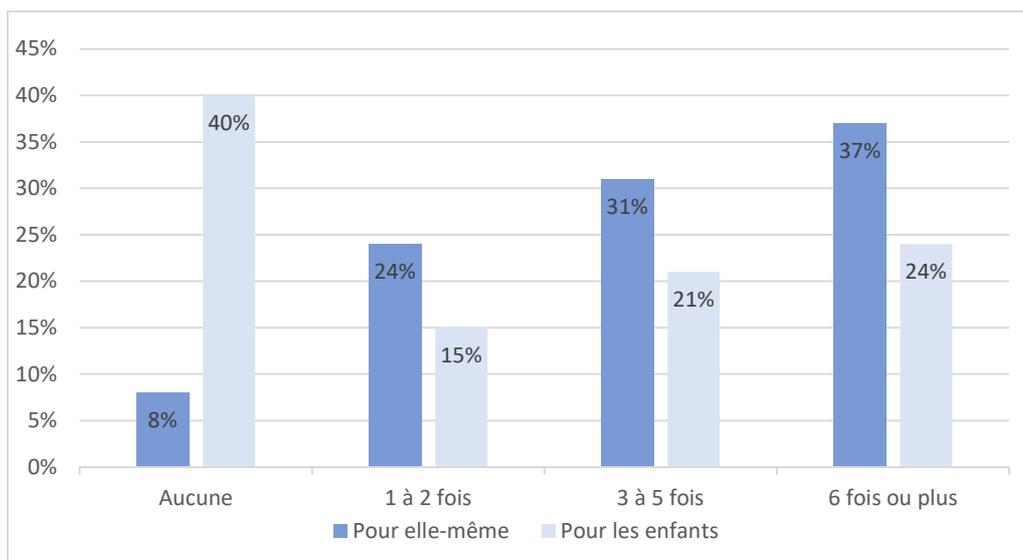


Figure 6: nombre de consultation chez le médecin généraliste au cours des 12 derniers mois

Les victimes ont majoritairement consulté au cours des 12 derniers mois pour des troubles du sommeil (70%), de l'angoisse (68%) et de la fatigue (64%).

D'autres motifs sont également très fréquents puisqu'ils sont à l'origine d'une consultation dans un cas sur deux, comme le suivi et/ou le renouvellement d'un traitement habituel (55%), des douleurs (54%), de la tristesse (49%).

Seules 30% des femmes consultent pour évoquer les VC dont elles sont victimes, soit pour un traumatisme ou blessure (33%), soit pour un certificat (27%) (Tableau 3).

5% des femmes ont consulté pour un autre motif, à savoir « parler de mon divorce », « plainte » et « grossesse ».

<b>Motif(s) de consultation chez le médecin généraliste au cours des 12 derniers mois</b>	<b>Nombre (%)</b>	<b>n</b>
<b>Difficultés à dormir</b>	46 (70%)	66
<b>Angoisse</b>	45 (68%)	66
<b>Fatigue</b>	42 (64%)	66
<b>Suivi et/ou renouvellement de traitement habituel</b>	36 (55%)	66
<b>Douleurs</b>	35 (54%)	65
<b>Tristesse</b>	32 (49%)	65
<b>Pour les enfants</b>	27 (47%)	57
<b>Prescription de médicaments psychotropes</b>	29 (44%)	66
<b>Traumatisme / blessure physique</b>	22 (33%)	66
<b>Certificat ou attestation de suivi des violences</b>	18 (27%)	66
<b>Problème gynécologique</b>	16 (24%)	66
<b>Prescription de contraception</b>	15 (23%)	65
<b>Autres</b>	3 (5%)	64

Tableau 3: motif de consultation des femmes victimes de VC chez leur médecin généraliste, au cours des 12 derniers mois

## 2. Caractéristiques du médecin

57% des femmes interrogées ont déjà parlé des violences dont elles sont victimes, majoritairement de leur propre initiative (78%). La question n'a été abordée que dans 14% des cas directement par le médecin, avec un taux de réponse de la part des victimes dans ce cas de 90% (Figure 7).

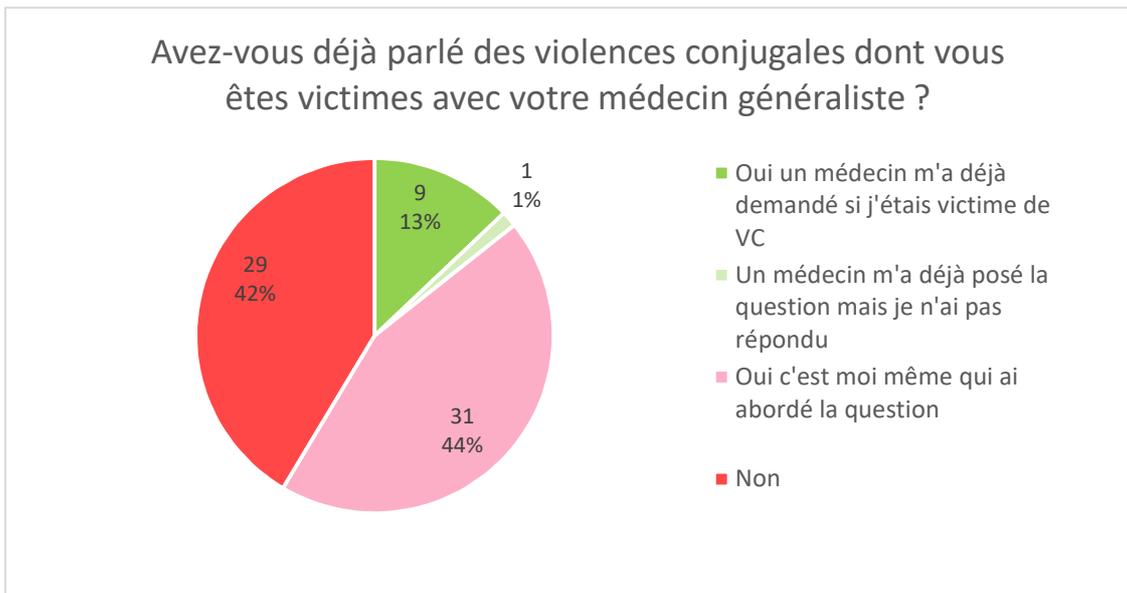


Figure 7 : abord du sujet des VC en consultation

Une victime dont le médecin lui a demandé si elle était victime de VC a répondu qu'elle avait été « contrainte d'en parler suite à des violences aggravées ».

Parmi les femmes qui n'ont jamais abordé le sujet, elles évoquent plusieurs difficultés : « j'avais peur des représailles », « je n'ai jamais osé parler de ce qui m'est arrivé car j'ai encore des séquelles », « je ne connais mon médecin traitant que depuis 5 mois », « mon médecin traitant n'est pas dupe, elle savait car elle connaît mon conjoint ; et moi je demandais des médicaments et elle me répondait que ce n'était pas le véritable problème ».

Parmi les femmes ayant osé aborder le sujet des violences subies d'elle-même, l'une admet l'avoir fait « après les faits » et la seconde ne pas avoir obtenu de réponse

appropriée puisque « le médecin m'a répondu qu'il ne se mêlait pas des problèmes de couple ».

Dans plus de la moitié des cas, le médecin est le même chez la victime et l'agresseur. Parmi les victimes, 63% sont reçues seules, 13% avec leur conjoint et pour 24% d'entre elles cela dépend des fois.

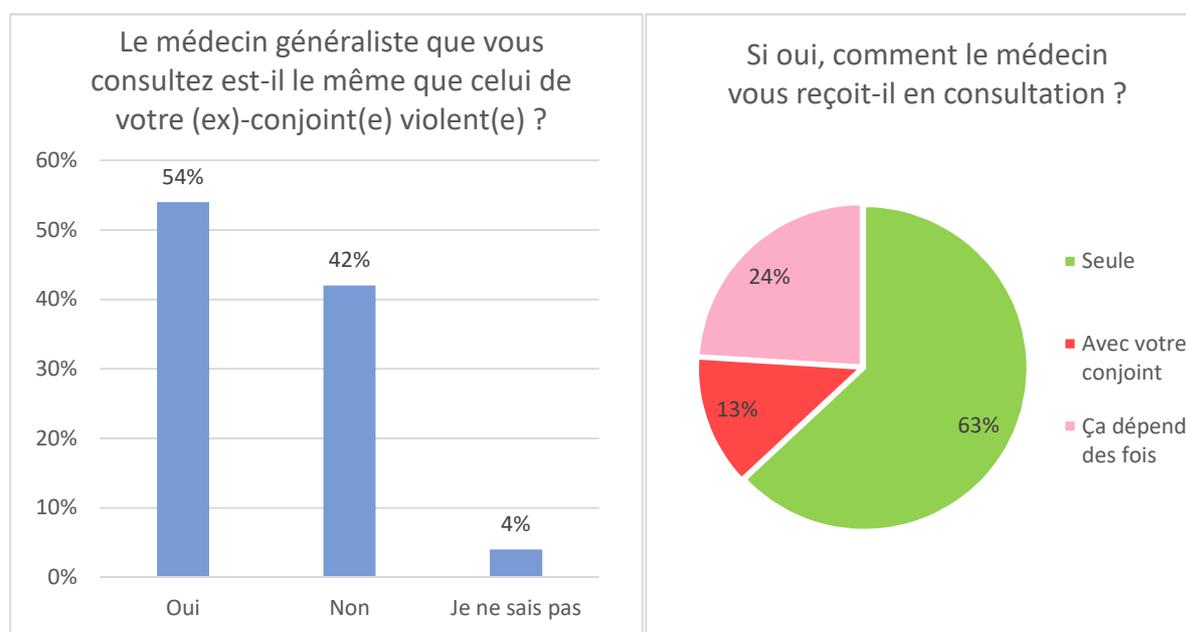


Figure 8 : conditions d'accueil en consultation

Pour 66% des victimes, le fait que le médecin soit un homme ou une femme n'influence pas les victimes à parler des violences subies : « il s'agit d'un médecin avant tout », « j'ai confiance en mon médecin ».

Chez les 34% de victimes chez qui le genre du médecin est important, il semblerait qu'une femme médecin soit plus appréciée : « je ne fais pas confiance à un homme », « c'est mieux une femme », « plus de facilité avec une femme », « plus à l'aise avec une femme à l'écoute et pas dans le jugement », « tout dépend du feeling mais je pense qu'une femme arrive mieux à se projeter dans ce qu'on lui dit, si toutefois elle est ouverte à la problématique. Dans mon cas, un homme va être plus expéditif et ne prend pas en compte tous les aspects psychologiques », « je n'arrive jamais à parler de ce qui m'est arrivé, encore moins à un

homme, et avec une femme ça restera quand même difficile d'avoir une communication normale ».

### 3. Acteurs orientant vers les structures spécialisées

Pour plus de la moitié des victimes (55%), l'orientation vers une association d'aide aux femmes victimes de VC est à l'initiative des forces de l'ordre, police ou gendarmerie. Dans une moindre proportion, elles y sont orientées par l'entourage (13%), une autre association (11%), ou un travailleur social (10%). Les médecins généralistes ne représentent que 4% des acteurs orientant vers une structure spécialisée.

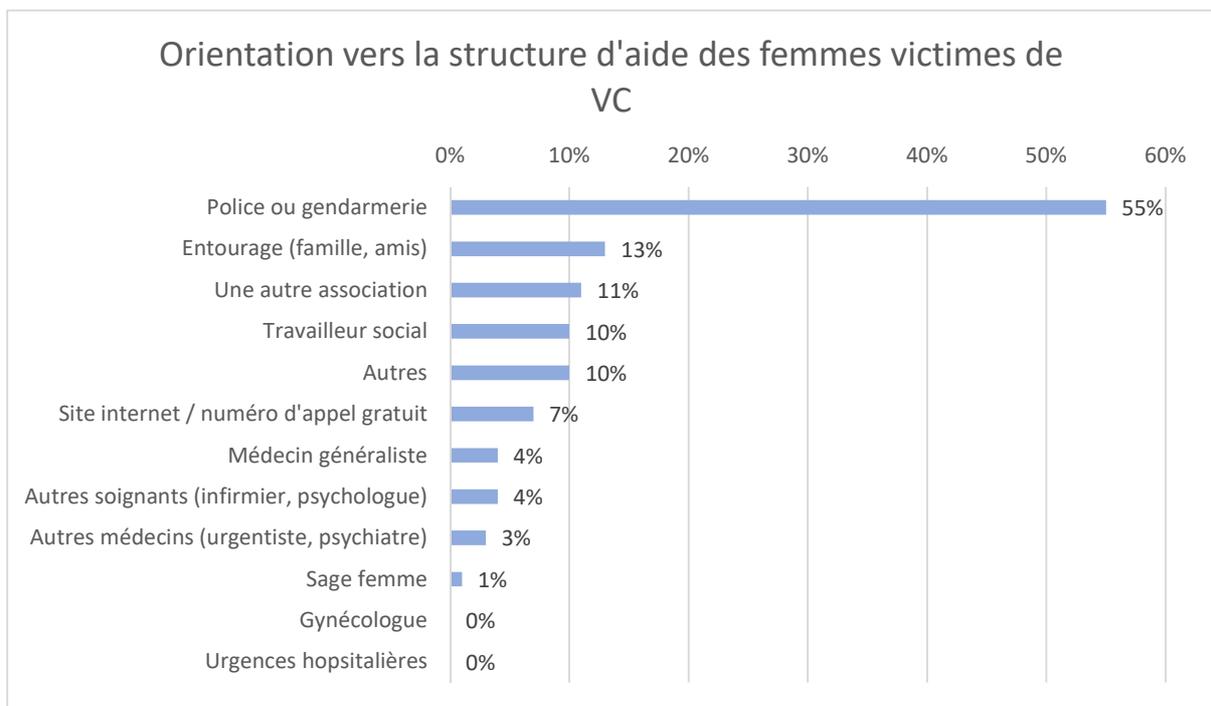


Figure 9 : personnes ayant orienté la victime vers la structure où le questionnaire a été rempli

# **DISCUSSION**

## **I. Forces et limites de l'étude**

### **A. Forces**

Une des forces de ce travail est de s'intéresser aux attentes des femmes envers le médecin généraliste concernant le dépistage des VC dont elles sont victimes.

Les nombreux travaux jusqu'alors réalisés s'intéressaient soit au dépistage des VC du point de vue du médecin (37,38), soit aux attentes des victimes par le biais d'entretien et donc d'études qualitatives (39-42). Une autre force est donc qu'il s'agit de la première étude quantitative sur le sujet.

De plus, elle a été réalisée de manière multicentrique dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, et s'intègre dans un projet national, AVIC-MG, réalisé dans de nombreuses autres régions françaises ce qui permettra d'élargir les résultats obtenus et d'en avoir une meilleure puissance.

Enfin, le recensement des associations d'aides aux femmes victimes de VC de chaque région permettra, par la réalisation d'une cartographie des réseaux existants, d'enrichir le site [declicviolence.fr](http://declicviolence.fr), outil à destination des professionnels de santé.

### **B. Limites**

Cependant, l'étude comporte quelques biais et notamment un biais de sélection. En effet, le recrutement s'est fait dans des structures d'aides aux femmes victimes de VC ce qui implique que les femmes qui s'y rendent ont pris conscience ou sont sur le chemin de cette prise de conscience de leur statut de victime, excluant alors les victimes qui ne sont pas encore dans cette démarche.

Les mineures ont été exclues de l'étude, puisque leur participation nécessiterait une autorisation parentale, impensable dans ce contexte.

L'étude excluait également les personnes ne sachant pas lire et écrire. Les professionnels des associations ont émis à plusieurs reprises l'impossibilité pour eux de proposer le questionnaire à certaines victimes, ne pouvant le remplir seules, élément essentiel pour respecter l'anonymat, la méthodologie et éviter un biais de désirabilité sociale par la pression que les victimes auraient à donner des réponses socialement désirables. Nous n'avons pu obtenir le nombre de personnes exclues sur ce seul critère. L'étude n'a alors pas pu être représentative de toutes les victimes de violences.

Il existe aussi un biais de méthodologie. Malgré l'investissement des professionnels des structures, les questionnaires n'ont pas pu être proposés pour toutes les victimes, soit par oubli, soit par souci organisationnel. Il avait également été décidé en accord avec les intervenants de ne pas proposer le questionnaire aux victimes qui étaient reçues dans la structure pour la première fois, le premier entretien étant souvent très chargé émotionnellement. Le nombre de refus n'a pas été relevé, mais il semblerait qu'il soit très faible. Une psychologue a notifié un refus pour cause de fatigue de la victime après l'entretien.

Enfin, on note un biais de mémorisation puisque le questionnaire est déclaratif, sur des événements passés.

## **II. Attentes des femmes victimes**

L'étude a mis en évidence que la majorité des femmes victimes étaient favorables au dépistage des VC par leur médecin généraliste puisque 77% aimeraient que le sujet soit abordé en consultation et 84% pensent que cela fait partie du rôle du médecin généraliste.

Cette même tendance est retrouvée dans les autres régions où l'étude AVIC-MG a déjà été réalisée : en Aquitaine (43), Limousin (44), Loire-Atlantique / Vendée (45), Alsace (46), Provence-Alpes-Côte d'Azur (47), Centre-Val de Loire (48), et Finistère (49).

<b>Investigateur thèse AVIC-MG (région)</b>	<b>Femmes victimes de VC favorables au dépistage (%)</b>	<b>Femmes victimes de VC estimant que le dépistage fait partie du rôle du médecin généraliste (%)</b>
<b>Peyrelongue Mathieu (Aquitaine)</b>	86%	89%
<b>Lelong Leslie (Limousin)</b>	88%	97%
<b>Assier Cécilia (Loire atlantique, Vendée)</b>	91,25%	91,14%
<b>Jacquot Juliette (Alsace)</b>	80%	76,67%
<b>Riobé Julie (Provence-Alpes-Côte d'Azur)</b>	87,71%	93,34%
<b>Grignou Manon (Centre-Val de Loire)</b>	84%	94%
<b>Durand Loriane (Finistère)</b>	80,95%	82,21%

*Tableau 4: résultats de l'objectif principal de l'étude AVIC-MG des autres régions*

Ces résultats en faveur d'un dépistage des VC par le médecin généraliste sont également concordants avec les témoignages de femmes victimes recueillis au cours des études qualitatives sur le sujet. D'après l'étude du Dr Piau Charruau sur la place du médecin généraliste dans les violences conjugales, 70% des victimes non interrogées par leur médecin sur les violences l'auraient pourtant souhaité (38). Pour les victimes qui n'ont jamais osé aborder le sujet et qui parfois sont elles-mêmes dans le déni des violences subies, elles ont déclaré qu'elles auraient aimé que le médecin leur pose des questions indirectes, s'intéresse à leur vie, que ce dernier soit à l'initiative et les amène à parler. Les victimes sorties du silence attendent du médecin qu'il fasse preuve d'empathie, soit à l'écoute, les informe et les oriente vers des structures ou spécialistes pouvant les aider à sortir de ce cercle vicieux que sont les VC (40,41).

### **III. Repérage des femmes victimes de VC**

Dans notre étude toutes les classes d'âge sont représentées. 62% des victimes avaient entre 36 et 55 ans, et seulement 8% avaient entre 18 et 25 ans. Dans le rapport du Ministère de l'intérieur « cadre de vie et de sécurité » de 2019, les jeunes femmes âgées de 18 à 29 ans représentaient la plus forte part de victimes, avec un taux s'élevant à 28% soit trois fois supérieur à nos résultats. Il se pourrait que les victimes plus jeunes se rendent moins dans les structures d'aide spécialisée.

Au cours des 12 derniers mois, une grande majorité (92%) des femmes victimes de VC a consulté leur médecin généraliste au moins une fois, et au moins 3 fois pour plus des deux tiers (68%). Cela signifie que les victimes consultent en médecine générale, pour la plupart avec un suivi régulier offrant l'opportunité au médecin généraliste de dépister les VC subies.

Pourtant le dépistage n'est pas si simple. Les motifs de consultation des victimes de VC sont variés et rarement pour un motif en lien direct avec les violences subies tel que la rédaction d'un certificat ou des blessures physiques (30%). Notre étude retrouve en premier lieu des motifs d'ordres psychologiques et somatiques tels que des troubles du sommeil, de l'anxiété, de la fatigue. Ces résultats concordent avec les études menées par les Dr Morvant en 2000 et Dr Cornilleau en 2011 chez les médecins de la région Ile-de-France, où il était recherché le motif au cours de la consultation où le sujet des VC a été abordé avec les victimes : outre la demande de certificat, les troubles psychologiques sont majoritaires passant de 40% à 56% des motifs de consultation en dix ans (50,51). Ce lien entre VC et ses conséquences psychologiques a d'ailleurs été établi de manière significative par le Dr Vicard dans une revue de la littérature des signes cliniques présentés par les femmes victimes de VC consultant en soins primaires (18).

Une consultation pour un motif d'ordre psychologique ou psychosomatique nécessite une vigilance accrue du professionnel de santé afin de dépister de potentielles violences conjugales sous-jacentes. Cependant presque la moitié des victimes de notre étude ont consulté leur médecin pour leurs enfants ou un renouvellement de traitement amenant à penser qu'un dépistage systématique soit plus adapté.

## **IV. Freins au dépistage**

### **A. Inhérents au médecin**

Le dépistage de VC par les médecins semble encore loin. Seules 13% des femmes victimes dans notre étude ont été interrogées par leur médecin généraliste. Près de la moitié (44%) ont elle-même abordé le sujet, chiffre qui paraît très élevé par rapport aux résultats de la MIPROF en 2020 où le taux est de seulement de 25% (7). Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans nos résultats les victimes sont déjà prises en charge par des structures dédiées, elles sont dans une démarche active de reconnaissance du statut de victime, la parole est libérée, ce qui peut les inciter à leur initiative ou sous les conseils des intervenants des structures de parler des violences subies aussi avec leur médecin.

On s'aperçoit au travers des études des Drs Morvant et Cornillau que la pratique des médecins a évolué favorablement en dix ans : les médecins ont repéré 18,4% des victimes en 2011 contre 7,7% en 2000 en abordant directement la question avec la patiente (50,51). Ces résultats sont encourageants mais encore insuffisants, d'autant plus que l'on sait que nombre de victimes n'ose pas parler des violences subies, et que plus de la moitié (55%) n'entame aucune démarche auprès des professionnels (7).

C'est pourquoi la HAS recommande un dépistage systématique car seul ce dernier peut permettre de détecter plus de femme victimes (9). L'étude du Dr Picatto s'est intéressée au ressenti des médecins lors d'un dépistage systématique des violences à travers le questionnaire WAST (52). Il en ressort un bénéfice insuffisant face aux appréhensions supérieures des médecins au bénéfice potentiel pour les victimes. Ils expriment la crainte de bouleverser la relation de confiance construite au fil des ans en s'immisçant dans la sphère intime du couple. Il s'agit d'un sujet sensible, peu maîtrisé par les généralistes, évité lors des consultations afin de ne pas se mettre en difficulté et se sentir dépassé tant sur le plan professionnel qu'émotionnel (53).

Deux moments paraissent optimaux pour un dépistage efficace et applicable :

- Lors d'une première consultation : ce premier contact est l'occasion de prendre connaissance des antécédents de la patiente. Elle pourrait être questionnée sur des antécédents de violences passées ou présentes, au même titre que la

recherche d'une contraception, d'un tabagisme ou de la consommation de toxiques.

- En cas de motifs de consultation évocateurs comme évoqués précédemment.

Des sentiments d'échec et d'impuissance, un manque de temps, d'expérience et de formation, une méconnaissance des réseaux sont d'autres freins mis en lumière dans de nombreuses études qualitatives (28,53,54). D'ailleurs notre étude confirme ces constats puisque seulement 4% des victimes ont été orientées vers les structures d'aide spécialisées par leur médecin généraliste, et à peine 12% par un professionnel de santé.

Une enquête de 2013 réalisée auprès d'étudiants en médecine rend compte que 90% d'entre eux n'ont pas reçu de formation sur les VC, et pourtant plus de 95% le souhaiteraient (55). Des études se sont intéressées aux effets de la formation des médecins et le résultat est sans équivoque. Les travaux de thèse du Dr Poyet-Poullet (56) et une révision d'études randomisées (57) ont montré qu'une formation dédiée aux VC permettait aux médecins d'être plus à l'aise avec leurs patientes pour aborder les violences : ils l'expliquent par une prise de conscience de la situation de ces femmes avec une sensibilisation au sujet, une meilleure reconnaissance des signes d'alerte et une meilleure connaissance des réseaux associatifs.

L'organisation Cochrane a récemment publié une revue de la littérature, rendant état de l'apport de la formation des professionnels de santé spécifiquement aux VC, après analyse de 19 études réalisées à travers le monde (Australie, États-Unis, Iran, Mexique, Pays-Bas et Turquie) : les auteurs ont conclu que la formation permettrait aux professionnels d'améliorer leurs connaissances sur les VC, d'avoir le sentiment d'être compétent sur le sujet et d'être plus à l'aise avec les victimes de VC améliorant ainsi leur prise en charge. Cependant ces résultats sont au conditionnel et demandent des études complémentaires puisque ces dernières sont de faible niveau de preuve de par la présence de nombreux biais. A contrario, la formation n'augmenterait pas le nombre de femmes victimes de VC orientées par les professionnels vers les structures d'aides spécialisées mais le niveau de preuve est ici encore très faible nous empêchant de conclure avec certitude (58).

## B. Inhérents aux victimes

Un frein principal à la révélation des violences subies par les femmes est dû à l'emprise installée par l'agresseur de manière progressive et graduelle de façon à les empêcher à prendre conscience des violences et de leur statut de victime. Dans la littérature, on retrouve chaque fois au cours des entretiens avec des femmes victimes un sentiment de honte, de culpabilité, la peur de représailles de l'agresseur envers elles ou leurs enfants, la crainte de ne pas être écoutée et crue (28,38,40,42,59). Il s'agit pour elles d'un problème personnel, qu'elles doivent gérer seules.

De plus, le fait que le médecin traitant soit le même pour le couple renforce le sentiment de gêne, d'insécurité et de peur de la victime que le médecin ne prenne pas au sérieux ses révélations, banalise les violences voire même prenne partie pour l'agresseur (39,41).

Le genre du médecin ne semble pas avoir d'influence pour plus de deux tiers des femmes victimes dans notre étude. Ces dernières recherchent avant tout un professionnel compétent à l'écoute, empathique, qui met en confiance, prend le temps nécessaire au cours de la consultation, conseille et oriente vers les réseaux disponibles aux alentours (38-40,42).

## V. Perspectives

Les violences conjugales sont un sujet sociétal d'actualité qui a toute sa place en médecine générale. Un des enjeux de la prise en charge des victimes réside dans leur repérage devant des signes cliniques non spécifiques : les médecins doivent y être formés. Il pourrait être proposé des formations au cours de l'internat de médecine générale, ainsi qu'aux médecins par le biais de leur formation médicale continue, en lien avec les réseaux associatifs.

Les outils déjà existants à l'intention des professionnels doivent être portés à leur connaissance :

- les kits pédagogiques, mis à disposition par la MIPROF sur le site [arretonslesviolences.gouv.fr](http://arretonslesviolences.gouv.fr), qui comprennent des affiches, vidéos, courts-métrages et guide pratique,
- le site [declicviolence.fr](http://declicviolence.fr) conçu pour être une aide au repérage et à l'orientation des victimes de violences : une cartographie nationale des réseaux associatifs est en cours de construction après recensement dans ces travaux de thèse de l'étude AVIC-MG.

Suite au Grenelle des violences en 2019, le support numérique Mémo de vie a vu le jour : des affiches d'information pourraient être installées en salle d'attente afin de faire connaître ce dispositif aux victimes. Ces affiches pourraient aussi inciter les victimes à parler à leur médecin, le sachant alors sensibilisé aux VC.

Cependant, le médecin ne peut agir seul : une prise en charge coordonnée entre les différents professionnels est essentielle, nécessitant le développement de réseaux d'échanges. Aujourd'hui des travaux conjoints sont réalisés entre les forces de l'Ordre, associations d'aides, psychologues et aides juridiques. Reste maintenant aux médecins à entrer dans la boucle.

## **CONCLUSION**

Les VC sont présentes dans toutes les strates de la société, et ce depuis des décennies, avec des conséquences tant sur les plans physiques, psychologiques, qu'économiques pour les victimes et leurs enfants. Les féminicides, conséquences dramatiques de VC, font trop souvent la une des journaux : les pouvoirs publics tentent de réagir et des campagnes de sensibilisation sont régulièrement organisées. Les médecins en sont une des cibles en qualité d'interlocuteur privilégié avec les victimes dont le rôle est primordial dans le repérage et la prise en charge.

Notre étude a permis de montrer que les femmes qui consultent dans des structures d'aide spécialisées dans la prise en charge des femmes de VC étaient favorables au dépistage par le médecin, elles aimeraient être questionnées sur les VC et pensent que cela fait partie du rôle du médecin. Elles attendent qu'il soit à l'écoute, empathique et disponible. Il doit savoir mettre à l'aise et rassurer, conseiller et orienter au mieux selon les besoins vers les réseaux existants, en respectant le rythme de la victime.

Un des freins au dépistage évoqué par les médecins est la peur de mettre mal à l'aise leurs patientes et rompre la relation de confiance construite au fil des ans : nos résultats devraient permettre d'atténuer cette crainte, notamment lorsque le sujet est évoqué au cours de l'un des deux moments propices au dépistage (motif de consultation évocateur ou nouvelle patiente). L'autre barrière est le manque de formation exprimé par les médecins qui semble aujourd'hui plus que nécessaire. Les pouvoirs publics et politiques doivent apporter des réponses à cette demande de formation, tant sur le plan humain que financier, qui a montré des résultats encourageants dans de précédentes études.

Un des autres objectifs de cette étude est d'apporter une aide aux professionnels dans leur prise en charge des victimes de VC grâce à l'élaboration d'une cartographie des structures du réseau local pour chaque département, qui sera prochainement disponible sur le site [declicviolence.fr](http://declicviolence.fr).

Chaque médecin doit devenir à l'aise avec le sujet difficile des VC, en lui transmettant les informations et outils nécessaires afin de généraliser le dépistage, comme le recommande la HAS depuis 2019.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Population et Sociétés* 2001;(364).
2. l'Intérieur M de. Etude nationale relative aux morts violentes au sein du couple en 2019 [Internet]. <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-20192>. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-20192>
3. Conférences mondiales sur les femmes [Internet]. ONU Femmes. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.unwomen.org/fr/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
4. Nations Unies, Conférence mondiale sur les femmes. Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-14 septembre 1995. New York: Nations Unies; 1996.
5. Organisation mondiale de la santé. Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes : rapport succinct. OMS; 2005.
6. Organisation mondiale de la santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
7. MIPROF. La lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes [Internet]. 2019 Nov [consulté le 11 avr 2021]. Disponible sur : [https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/\\_violences\\_au\\_sein\\_du\\_couple\\_et\\_violences\\_sexuelles\\_novembre\\_2019.pdf](https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/_violences_au_sein_du_couple_et_violences_sexuelles_novembre_2019.pdf)
8. MIPROF. Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions [Internet]. 2020 Juil [consulté le 12 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/07/Rapport-Les-violences-conjugales-pendant-le-confinement-EMB-23.07.2020.pdf>
9. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. 2019 Juin.
10. Walker LE. The battered woman syndrome. Fourth edition. New York: Springer Publishing Company; 2017.
11. The Duluth Model [Internet]. Domestic Abuse Intervention Programs. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.theduluthmodel.org/>
12. Observatoire départemental des violences envers les femmes du département de Seine-Saint-Denis. Violences faites aux femmes les enfants souffrent. Outil méthodologique d'aide à l'entretien [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: [https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/guide\\_-\\_outils\\_daide\\_a\\_lentretien.pdf](https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/guide_-_outils_daide_a_lentretien.pdf)

13. Heise L. Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Women*. juin 1998;4(3):262-90.
14. Confédération Suisse. Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes. La violence dans les relations de couple : causes, facteurs de risque et de protection. 2020 Juin.
15. Organisation mondiale de la santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. 2012 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86226/WHO\\_RHR\\_12.35\\_fre.pdf;jsessionid=37E7DE47FB8C96C2B028948FE2CD43A6?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86226/WHO_RHR_12.35_fre.pdf;jsessionid=37E7DE47FB8C96C2B028948FE2CD43A6?sequence=1)
16. Ministère de l'intérieur. Rapport d'enquête "cadre de vie et de sécurité" 2019. 2019 Dec.
17. Gerber MR, Wittenberg E, Ganz ML, Williams CM, McCloskey LA. Intimate Partner Violence Exposure and Change in Women's Physical Symptoms Over Time. *J Gen Intern Med*. janv 2008;23(1):64-9.
18. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. [Thèse d'exercice]. Clermont Auvergne; 2017.
19. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence Vict*. 2013;28(3):359-80.
20. Deshpande NA, Lewis-O'Connor A. Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Rev Obstet Gynecol*. 2013;6(3-4):141-8.
21. Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am*. juin 1997;20(2):353-74.
22. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *THE LANCET*. 2002;359:6.
23. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *ARCH INTERN MED*. 2002;162:7.
24. 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.
25. 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.
26. Lazimi G. Violences conjugales et famille. Chapitre 6. Rôle des généralistes dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violences [Internet]. Dunod; 2016 [cité 9 mai 2021]. p. 52-63. Disponible sur: <https://cairn.info/violences-conjugales-et-famille-2016--9782100749386-page-52.htm?ref=doi>
27. Buchaillet C. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Etude comparative 6 ans après. [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 2012.

28. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ? Quelles réponses peut-on apporter ? [Thèse d'exercice]. Nancy; 2016.
29. La lutte contre les violences faites aux femmes : état des lieux [Internet]. Vie publique.fr. [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/19593-la-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes-etat-des-lieux>
30. La politique de lutte contre les violences faites aux femmes | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/l-etat-vous-protège/politique-de-lutte-contre-les-violences-faites-au-femmes>
31. DP\_Violence-faites-aux-femmes\_30.11.2020.pdf [Internet]. [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/11/DP\\_Violence-faites-aux-femmes\\_30.11.2020.pdf](https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/11/DP_Violence-faites-aux-femmes_30.11.2020.pdf)
32. Secret médical et violences au sein du couple [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020 [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/secret-medical-violences-couple>
33. Déclic Violence [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/>
34. Outil de prévention des violences Le Violentomètre | Centre Hubertine Auclert [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/outil-de-prevention-des-violences-le-violentometre>
35. Mémo de vie - Protéger vos documents et vos témoignages [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://memo-de-vie.org/>
36. Je suis professionnel | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel>
37. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales: étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. [Thèse d'exercice]. Rouen; 2016.
38. Piau Charruau D. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales: à partir d'une enquête auprès de femmes victimes. [Thèse d'exercice]. Angers; 2006.
39. Landzberg L. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille. [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille; 2015.
40. Bounoure A. Les femmes victimes de violences conjugales face à leur médecin traitant: attentes et attentes. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de douze femmes. [Thèse d'exercice]. Strasbourg; 2010.
41. Gilot H. Les femmes victimes de violences conjugales : qu'attendent-elles de leur médecin généraliste ? Une étude qualitative. [Thèse d'exercice]. Montpellier; 2016.

42. Biglia E. Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale: expériences et attentes de femmes victimes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse d'exercice]. Nice; 2012.
43. Peyrelongue M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG en Aquitaine. [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2020.
44. Lelong L. Repérage et orientation des femmes victimes de violences conjugales en Limousin en 2019 : les réseaux disponibles et attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste. [Thèse d'exercice]. Limoges; 2020.
45. Assier C. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG en Loire-Atlantique et Vendée. [Thèse d'exercice]. Nantes; 2020.
46. Jacquot J. AVIC-MG : Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude quantitative en Alsace. [Thèse d'exercice]. Alsace; 2020.
47. Riobé J. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG dans les départements des Bouches du Rhône, du Var, du Vaucluse, des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes. [Thèse d'exercice]. Marseille; 2020.
48. Grignou M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG en région Centre-Val de Loire. [Thèse d'exercice]. Tours; 2021.
49. Durand L. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG dans le département du Finistère. [Thèse d'exercice]. Brest; 2021.
50. Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales : repérer et aider les victimes. *La revue du praticien*. 2005 sept;19(702/703):945-54.
51. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. [Thèse d'exercice]. Paris 6; 2012.
52. Picatto C. Ressenti des médecins généralistes lors du dépistage des violences conjugales faites aux femmes. [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille; 2020.
53. Barroso-Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. [Thèse d'exercice]. Paris 7; 2013.
54. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. [Thèse d'exercice]. Grenoble; 2012.
55. Henrion R. Violences conjugales : a-t-on progressé ? *Bull Académie Natl Médecine*. avr 2014;198(4-5):893-903.

56. Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. [Thèse d'exercice]. Nantes; 2006.
57. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effets de la formation sur la violence conjugale. *Can Fam Physician*. juill 2014;60(7):e340-7.
58. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Tanna GLD, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2021 [cité 14 août 2021];2021(5). Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.CD012423.pub2>
59. Buchaillet C. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Etude comparative 6 ans après. [Thèse d'exercice]. Angers; 2012.

## **ANNEXES**

### Annexe 1 : tableaux de recensement des structures spécialisées dans l'accueil des femmes victimes de VC

<b>Structures spécialisées dans l'accueil des femmes victimes de VC dans le Nord (59)</b>			
<b>Nom de la structure</b>		<b>Type de services</b>	<b>Coordonnées</b>
<b>CIDFF du Nord</b>	CIDFF de Cambrai	Accompagnement global	16 rue du 8 mai 59400 Cambrai * 03.27.78.45.69 cidf.cambrai@wanadoo.fr
	CIDFF de Dunkerque		50 rue du jeu de Mail 59140 Dunkerque 03.28.59.29.30 cidff.dunkerque@wanadoo.fr
	CIDFF de Lille Métropole		198 rue de Lille 59100 Roubaix ** 03.20.70.22.18 cidfflillemetropole@gmail.com
	CIDFF de Valenciennes		84 rue du Faubourg de Paris 59300 Valenciennes *** 03.27.29.59.84 cidf4@wanadoo.fr

#### Permanences :

\* Caudry, Le Cateau

\*\* Lille, Marcq-en-Baroeul, Tourcoing, Bondues, Bousbecque, Wervicq Sud, Neuville, Comines, Armentières

\*\*\* Denain, Douchy les Mines, Condé sur Escaut, Anzin, Saint Amand les Eaux, Douai, Maubeuge, Aulnoye Aymeries, Jeumont, Avesnes-sur-Helpe, Landrecies, Leval, Le Quesnoy

SOLFA (Solidarité Femmes Accueil)	Rosa	Accueil de jour Ecoute et orientation Groupe de parole	94 rue de Wazemmes 59000 Lille 06.58.23.65.79 ajrosa@asso-solfa.fr
	Simone		50 rue de la cloche 59500 Douai 07.66.12.09.20 ajsimone@asso-solfa.fr
	Entr'Elles		16 rue Donckèle 59190 Hazebrouck 03.28.44.43.77 ajentrelles@asso-solfa.fr
	Ecoute Brunehaut	Accueil, écoute, orientation et accompagnement	94 rue de Wazemmes 59000 Lille 03.20.57.94.27 ecoutebrunehaut59@asso-solfa.fr
	Ecoute SEDIRE		53 rue de Soubise 59140 Dunkerque 03.28.26.46.75 ecoutesediredk@asso-solfa.fr
Parenthèse	Accueil de jour	7 Place des Nations Maison de la famille de l'AGSS de l'UDAF 59600 Maubeuge 03.27.56.65.90 maison.famille.maubeuge@agss.fr	
Association HAVRE Service Solveig	Accompagnement global	13 rue du Chemin vert 59360 Le Cateau Cambrésis 06.69.63.21.54 referenteviolenceconjugale.havre@orange.fr	
Association Louise Michel espace 75	Accompagnement global	75 chaussée de l'Hôtel de Ville 59650 Villeneuve d'Ascq 03.20.47.45.15 asslouisemichel@free.fr	

France Victimes 59	AIAVM (Association Intercommunale d'Aide aux Victimes et Médiation)		Accueil, écoute et soutien des victimes	Place Roger Salengro 59000 Lille 03.20.49.50.79 aiavm59@gmail.com
	SIAVIC (Service Intercommunal d'Aides aux Victimes)		Accompagnement juridique et psychologique	69 rue Jules Watteuw 59100 Roubaix * 03.20.45.05.55 siavic@nordnet.fr
	CAD-SAV (Centre d'Accès au Droit – Service d'Aide aux Victimes)			2 square de l'Abattoir 59200 Tourcoing 03.59.69.71.80 cadsavtg@ville-tourcoing.fr
	SAVAD (Service d'Aide aux Victimes et d'Accès au Droit)			89 rue des Blancs Mouchons 59500 Douai 03.27.88.29.52 douai@scje.fr
	Association Justice, Accueil et Réinsertion (AJAR)	AJAR Avesnes-sur-Helpe	Service d'aide aux victimes	10 Avenue de la Gare 59440 Avesnes-sur-Helpe 03.27.39.96.40 sav.avesnes@ajar.fr
		AJAR Cambrai		Château de Selles, Rue Froissart 59400 Cambrai 03.27.78.42.00 sav.cambrai@ajar.fr
		AJAR Valenciennes		102 Avenue de Reims 59300 Valenciennes 03.27.20.26.26 sav.valenciennes@ajar.fr

Permanences :

\* Roubaix, Croix, Hem, Lille, Lys les Lannoy et Wattrelos

**Structures spécialisées dans l'accueil des femmes victimes de VC  
dans le Pas-de-Calais (62)**

Nom de la structure		Type de services	Coordonnées
CIDFF du Pas-de-Calais	CIDFF Boulogne-sur-Mer	Accompagnement global	36 Grande rue 62200 Boulogne-sur-Mer 03.21.30.45.41 cidf.62200@wanadoo.fr
	CIDFF Béthune		335 rue Fernand Bar 62400 Béthune 03.21.57.98.57 cidf.assos@wanadoo.fr
	CIDFF Arras		1 rue Charles Péguy 62000 Arras * 03.21.23.27.53 cidffarras@orange.fr
Association SOLFA Ecoute Brunehaut		Accueil, écoute, orientation et accompagnement	474 Rue Elie Gruyelle 62110 Hénin-Beaumont 03.21.70.82.75 brunehaut62@asso-solfa.fr
France Victimes 62		Accompagnement global (juridique, psychologique et social)	Place des Ecrins 62223 Saint-Nicolas les Arras 03.21.71.62.00 contact@francevictimes62.fr
SYSTEMIA		Centre de prévention et de la lutte contre les VC Groupes de parole, thérapies	58 rue Saint-Antoine 62300 Lens 09.52.63.59.19
UDAF62 (Union Départementale des Associations Familiales)		Accompagnement juridique	16 Boulevard Carnot 62000 Arras 03.21.71.83.84

Permanences :

\* Permanences à Hénin Beaumont, Lens, Saint Nicolas les Arras, Avion, Bapaume, Achicourt

## Annexe 2 : questionnaire de l'étude

1. Quel est votre âge :
- 18-25 ans  26-35 ans  36-45 ans  46-55 ans  56-65 ans  Plus de 65 ans
2. Avez-vous des enfants ? oui  non  Si oui, combien ? ...
3. De que(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

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

- Seule
- Avec votre conjoint
- Ça dépend des fois

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

- Oui
- Non

Commentaires éventuels :

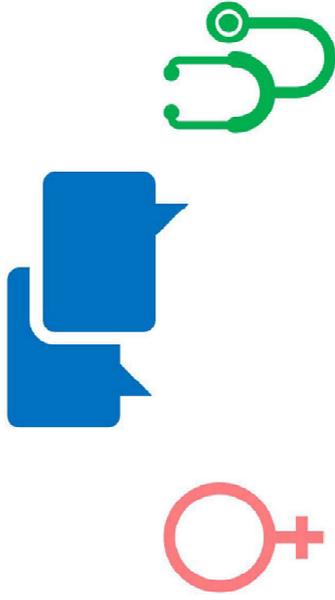
.....

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

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

Si certaines questions vous ont mises mal à l'aise ou si vous en ressentez le besoin, nous nous tenons à votre disposition : .....  
*(nom et coordonnées du psychologue ou référent de la structure)*

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



## Etude AVIC – MG

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

Bonjour, je suis Amélie BESIN, étudiante en médecine. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur l'attente des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier vos attentes envers les médecins généralistes afin d'améliorer nos pratiques. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être une femme majeure victime de violences conjugales, et consultant dans une structure d'aide aux victimes de violences conjugales écrivant et lisant le français.

Ce questionnaire est facultatif, anonyme et il ne vous prendra que 5 minutes seulement!

Le questionnaire étant anonyme, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données concernant les personnes, au droit de retrait ou de modification.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr).

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2020-200 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [amelie.besin@univ-lille.fr](mailto:amelie.besin@univ-lille.fr)



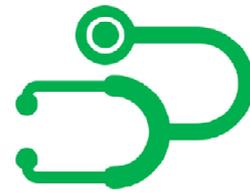
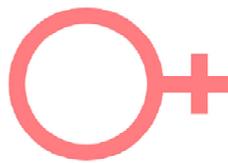
## Etude **AVIC-MG**



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,



Amélie BESIN, interne de médecine générale  
Dr Frédéric LECOUEZ, médecin généraliste

## Annexe 4 : avis du comité éthique



### **Comité Ethique du CNGE**

155 rue de Charonne 75011 PARIS  
Courriel : comite-ethique@cngc.fr  
Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 17 Avril 2019,

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

**Avis n° 14031977**

-----

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

-----

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

## Annexe 5 : déclaration CNIL



### RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

<b>Nom :</b> Université de Lille	<b>SIREN:</b> 13 00 23583 00011
<b>Adresse :</b> 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	<b>Code NAF:</b> 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

<b>Intitulé :</b> Etude multicentrique AVIC-MG (attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste)
<b>Référence Registre DPO :</b> 2020-200
<b>Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre :</b> M. Dominique LACROIX <b>Interlocuteur (s) :</b> Mme Amélie BESIN – M. le Dr Frédéric LECOUCHEZ
<b>Spécificités :</b> <i>Absence de collecte de données personnelles (Exonération de déclaration pour anonymisation à la source)</i>

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 30 novembre 2020

Délégué à la Protection des Données



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

“Au moment d’être admise 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.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j’y manque. »

**AUTEUR : Nom : BESIN**

**Prénom : Amélie**

**Date de soutenance : 23 Septembre 2021**

**Titre de la thèse : Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste. Étude AVIC-MG dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.**

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : Médecine générale**

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

**Résumé :**

**Introduction :** En France, on estime qu'une femme sur dix est victime de violences conjugales (VC). La lutte contre la violence faite aux femmes est devenue un véritable enjeu de Santé Publique où le médecin généraliste a une place centrale dans le dépistage, recommandé à titre systématique depuis 2019 par la HAS.

L'objectif principal est d'observer si les femmes victimes de VC consultant dans des structures spécialisées dans l'accueil des victimes aimeraient être questionnées sur les violences par leur médecin généraliste. L'objectif secondaire est de décrire la population des femmes victimes de VC à travers la fréquence et les motifs de consultations en médecine générale au cours des douze derniers mois.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, multicentrique réalisée dans des structures spécialisées dans l'accueil de femmes victimes de VC entre décembre 2020 et mars 2021. Le recueil des données s'est fait par auto-questionnaire auprès de femmes majeures victimes de VC sachant lire et écrire le français.

**Résultats :** 71 questionnaires ont été analysés, recueillis auprès de 5 structures participantes. 77% des femmes étaient favorables au dépistage des VC par le médecin généraliste, et 84% pensaient que cela faisait partie de son rôle. 92% des victimes avaient consulté au moins une fois au cours des 12 derniers mois, principalement pour des troubles du sommeil (70%), de l'anxiété (68%) et de la fatigue (64%). Parmi les 57% de femmes qui ont parlé de VC avec leur médecin généraliste, la majorité (44%) l'ont fait de leur propre initiative et 13% ont directement été questionnées par le médecin. Pourtant seulement 4% ont été orientées vers une structure d'aide spécialisée.

**Conclusion :** Les femmes victimes de VC souhaiteraient être interrogées sur les VC par leur médecin généraliste et estiment qu'il a un rôle à jouer dans leur prise en charge. Elles consultent régulièrement en médecine générale et sont donc accessibles au dépistage.

**Composition du Jury :**

**Président :** Professeur Pierre THOMAS

**Assesseurs :** Docteur Anita TILLY DUFOUR

**Directeur de thèse :** Docteur Frédéric LECOUCHEZ