



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Femmes victimes de violences : étude des facteurs de risque et des attentes de la population féminine consultant en médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 09 Juin 2022 à 14 heures
au Pôle Formation
par **Morgane FERLIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Jérôme SICOT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Stéphane CHOCHOIS

Avertissement

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

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Contexte	8
I. Définition de la violence	8
A. Violence, terme général	8
B. Cas particulier des violences faites aux femmes.....	8
II. Comprendre le psychotraumatisme	10
A. Qu'est-ce qu'un psychotraumatisme ?	10
B. Mémoire traumatique	12
C. La dissociation provoquée.....	12
D. Conséquences	13
III. Place du médecin généraliste.....	14
Matériels et méthodes	16
I. Type d'étude	16
II. Déroulement de l'étude.....	17
A. Conception du questionnaire.....	17
B. Distribution du questionnaire	18
C. Récupération des données	19
III. Analyse statistique.....	19
IV. Aspect éthique.....	20
Résultats	21
I. Description de la population étudiée et des facteurs associés à la violence.....	22
A. Caractéristiques sociodémographiques	25
B. Situation familiale	25
C. Mode de vie.....	25
D. Caractéristiques de l'enfance	26
E. Violences conjugales.....	26
II. Description des violences – caractéristiques de l'échantillon total et du groupe victime de violences conjugales.....	27
A. Auteur – lien avec la victime.....	28
B. Lieu et contexte des violences	29
C. Présence d'un déclencheur – durée des violences	30
D. Violences physiques.....	30
E. Violences psychologiques	31
F. Violences sexuelles.....	32
G. Conséquences éventuelles des faits de violences	33
III. Description des démarches entreprises et des facteurs associés pouvant être l'initiative des démarches	35
IV. Place de la consultation en médecine générale	37
Discussion	39
I. Principaux résultats	39
A. Facteurs de risque associés à la violence et profil des femmes victimes de violence.....	39

1.	Caractéristiques sociodémographiques	39
2.	Habitus de la femme victime	40
3.	Grossesse : cas particulier de violences conjugales	41
4.	Facteurs déclenchant à l'initiative des violences	42
5.	Quelles connaissances sur l'auteur ?.....	42
6.	Descriptifs brefs des violences rapportées dans notre étude	43
B.	Place du médecin généraliste et attente des victimes envers leurs médecins traitants.....	43
II.	Forces et faiblesses.....	46
A.	Limite de l'étude	46
1.	Biais de sélection	46
2.	Biais d'information	47
3.	Biais de prévarication	47
B.	Forces de l'étude.....	47
III.	Perspectives	48
	Conclusion.....	52
	Références bibliographiques	54
	Annexes	58
	Annexe 1 : Recommandations HAS juin 2019 : Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : comment repérer – évaluer	58
	Annexe 2 : Recommandations HAS juin 2019 : Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : comment agir	61
	Annexe 3 : Questionnaire mis à disposition dans les cabinets.....	64
	Annexe 4 : Courrier explicatif du kit de distribution à destination du médecin généraliste.....	66
	Annexe 5 : Support cartonné pour salle d'attente	68
	Annexe 6 : Fiche du MIPROF pour le médecin urgentiste	69
	Annexe 7 : Plaquettes d'informations avec principaux outils à destination des médecins généralistes	73
	Annexe 8 : Modèle de certificat médical de violences (CNOM) avec notice explicative	75
	Annexe 9 : Fiche de signalement d'une femme victime de violences conjugales .	78
	Annexe 10 : Notice d'utilisation de la fiche de signalement.....	81
	Annexe 11 : Critère d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise.....	83

RESUME

Contexte : Une femme sur trois indique avoir subi des violences au niveau mondial. Le médecin généraliste est en première ligne pour dépister et orienter les femmes victimes de violences. L'objectif principal de cette étude est de déterminer les facteurs de risque chez une femme d'être victime de violences. Les objectifs secondaires sont de déterminer un profil de ces femmes victimes et de connaître la manière dont les patientes souhaitent un dépistage systématique des violences par leurs médecins généralistes.

Méthode : Etude quantitative descriptive multicentrique via un auto-questionnaire anonyme destiné aux femmes de 18 à 75 ans consultant en cabinet de médecine générale. Utilisation d'une analyse bivariée puis modélisation par régression logistique.

Résultats : 376 questionnaires ont été analysés. Dans cette population féminine consultant en médecine générale, sont un facteur de risque de violences, le fait d'avoir été témoin (IC95[1,77 ;8,31] $p<0.001$) ou victime de violences dans l'enfance (IC95[13,9 ;219] $p<0.001$), avoir perdu un enfant (IC95[1,35 ;7,32] $p=0.007$). Avoir un niveau d'étude Bac/CAP/BEP (IC95[0,09;0,68] $p=0,007$) et supérieur au bac (IC95[0,12;0,91] $p=0,032$) sont des facteurs protecteurs. La prise de médicaments anxiolytiques ou hypnotiques ($p=0.048$), de cannabis ($p=0.018$) et le recours à l'IVG ($p=0.001$) sont des facteurs associés à la violence. L'auteur est une fois sur deux le partenaire et une fois sur quatre, un parent ou un membre de la fratrie. Dans le cas de violences conjugales, elles surviennent à 9.1 % ($p=0.029$) pendant une grossesse et 36.4 % des victimes relatent la présence d'un événement de vie traumatisant ($p=0,004$). Les conduites addictives du conjoint et le contexte de séparation sont des facteurs associés aux violences conjugales ($p=0.003$ et $p=0.001$). 72 % des victimes déclarent des perturbations de leur vie quotidienne. 91.8 % des femmes interrogées souhaitent un dépistage systématique dont 67.3 % par le simple fait d'une question orale lors d'une consultation de médecine générale.

Conclusion : Notre étude a permis d'affirmer certains facteurs comme associés à la violence dans la population féminine consultant en médecine générale, en prenant en compte le caractère conjugal ou non, afin d'aider le médecin généraliste à mieux cibler et à comprendre ces patientes potentiellement victimes. La diffusion d'une plaquette reprenant ces informations ainsi que les différents outils à dispositions pour le médecin généraliste devraient sensibiliser davantage et permettre un meilleur dépistage et une prise en charge adaptée.

INTRODUCTION

« Appeler les femmes « le sexe faible » est une diffamation ; c'est l'injustice de l'homme envers la femme. Si la non-violence est la loi de l'humanité, l'avenir appartient aux femmes » Mahatma Gandhi, Homme politique, philosophe et humaniste indien (1869 - 1948) – Extrait de « Tous les hommes sont frères ». Publié en 1969

Une femme sur trois, soit 35 % des femmes, indique avoir subi des violences physiques ou sexuelles, selon les estimations mondiales de l'OMS. 30 % est le fait du partenaire intime.

La violence est un sujet qui nous concerne tous, notamment la violence envers les femmes qui en sont les principales victimes. 38 % des meurtres de femmes sont commis par le partenaire. (1) En 2021, on recense 113 féminicides en France. L'une des autres causes de décès pour ces femmes victimes est malheureusement le suicide. Ces décès, suicides ou homicides sont évitables. La violence envers les femmes est une violation majeure des droits de la femme. Dans le cas de violences conjugales, elles sont rarement suivies de plaintes, en particulier lorsqu'il s'agit d'agressions à caractère sexuel. (2)

Selon les chiffres de l'INSEE, les femmes sont trois fois plus souvent victimes de violences sexuelles que les hommes (respectivement 1,3 % et 0,5 %). Par comparaison aux hommes, les types de violences subies par les femmes sont plus hétérogènes, avec notamment plus d'atteintes sexuelles. (3)

Le numéro 3919 – Violence Femme Info (3919-VFI) est le numéro d'appel de la ligne nationale destinée aux femmes victimes de violences. Le rapport de l'année 2020 montre un nombre d'appels pour violences conjugales qui progresse de 20 %. Les appels pour violences sexuelles connaissent également une augmentation de l'ordre de 9 % en 2020 par comparaison à l'année 2019.

95 % des appels sont des appels pour violences conjugales, dont 97 % concerne une femme victime, et dans 98 % des cas, l'auteur de l'agression est un homme.

68 % des victimes résident avec le partenaire violent, pour 40 % d'entre elles, les violences durent depuis plus de 10 ans.

24 % des victimes dénoncent les violences de leur ex-partenaire et 46 % des victimes ont déclaré que les violences se poursuivent plus d'un an après la rupture, quand celle-ci a lieu.

Plus d'une femme sur dix a déclaré avoir été menacée de mort lors de l'écoute en 2020. Une femme meurt tous les 3.5 jours sous les coups de son partenaire ou de son ex-partenaire. (4)

Cette violence entraîne des conséquences physiques, psychologiques et sociales. En effet, 71 % des victimes décrivent de graves conséquences psychiques et physiques et 50 % des conséquences sociales. 9 femmes sur 10 déclarent ressentir de la peur, de l'anxiété, de l'angoisse et du stress. Pour plus de la moitié des femmes qui en ont été victimes, les violences conjugales ont perturbé leur vie quotidienne et leur vie professionnelle.

Ce rapport de 2020 sur les appels au 3919-VFI a permis d'effectuer un classement des cinq régions de France qui concentrent le plus d'appels. Les Hauts de France sont à la cinquième place. En tête de classement, se place la région Ile de France, suivi de la région Auvergne-Rhône-Alpes, puis l'Occitanie, et en quatrième position, la région PACA. (5)

La première enquête nationale s'adressant à l'ensemble des femmes résidant en France est l'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France). Elle a eu lieu entre mars et juillet 2000 au moyen d'une enquête téléphonique sur un échantillon aléatoire de 6 970 femmes résidant en France métropolitaine et âgée de 20 à 59 ans. Le but de cette enquête était de nommer et de chiffrer les violences. Cependant, elle a surtout mis en avant l'importance de la sous-estimation de ces données. (6)

De 2000 à 2018, l'OMS a mené une enquête sur 161 pays, soit la première enquête mondiale portant sur les violences sexuelles et les violences au sein du couple. Cette requête permet de montrer que plus d'une femme sur trois, dans le

monde, a subi des violences physiques et/ou sexuelles (soit de son partenaire intime soit hors vie conjugale, soit les deux). (2)

Depuis 2007, une enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) est menée par l'INSEE, l'ONDRP (l'Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale) et le SSMSI (Service statistique ministériel de la sécurité intérieure). L'objectif est de mesurer l'insécurité ressentie et les faits de délinquance dont les individus ont pu être victimes au cours de leur vie. Les données de cette enquête dite de « victimation » fournissent des indicateurs structurels permettant d'estimer le nombre de victimes n'ayant pas révélé les faits, et les éventuelles démarches entreprises. Elle est menée au premier trimestre de chaque année auprès d'environ 25 500 ménages résidant en France métropolitaine, qu'ils soient victimes ou non. (7)

Cependant, l'enquête CVS montre quelques limites. D'une part, car celle-ci est menée chez les 18-75 ans, vivant seulement en France métropolitaine, excluant les personnes sans domicile fixe ou vivants en collectivité, et d'autre part, elle n'intéresse que les violences physiques et sexuelles.

Cette enquête sera donc relayée par les enquêtes de Genèse (2021) et Vécu et Ressenti en matière de Sécurité (VRS) prévue à partir de 2022 qui poursuivront le même objectif. Cette enquête visera un large échantillon âgé de 18 ans et plus, en France métropolitaine, mais également certains DOM-TOM, avec deux questionnaires dit « socle » puis « thématique ». Le thème changera chaque année, et permettra de réinterroger, par Internet ou téléphone, l'échantillon répondant. (8)

Dans le cadre des violences conjugales, plusieurs thèses ont permis de travailler sur ce sujet. En 2005 à Paris VI, une thèse a permis de montrer l'efficacité du dépistage sur la prévalence des cas de violences conjugales diagnostiqués tout en maintenant une acceptabilité par les personnes interrogées. Si la question de violence conjugale n'est pas abordée directement par le médecin, une forte prévalence de cas de violences reste inconnue des médecins généralistes. (9)

Lors d'une étude aux urgences de Lens, pour un travail de thèse mené en 2018, il a été confirmé encore une fois la forte prévalence de femmes victimes de violences conjugales, les urgences étant l'un des premiers recours utilisés. Les patientes prises en charge aux urgences ont peu eu recours aux professionnels non-médicaux, associations ou assistantes sociales. Cette étude soumet que l'objectif

des professionnels de santé pourrait être de faire prendre conscience à une femme de sa victimisation, en dépistant la violence le plus précocement possible. (10)

En 2018, la thèse du Docteur LEFEVRE Pauline portant sur les violences faites aux femmes recensées au sein de l'UMJ de Boulogne-sur-Mer, a permis de montrer que peu de victimes avaient consulté leurs médecins généralistes pour ce motif. Ce travail a soulevé l'intérêt de mettre en évidence la présence de facteurs protecteurs ou de facteurs de risques de violences chez ces femmes victimes. (11)

Toujours dans le cadre de violences conjugales, la HAS a mis à jour ces recommandations en juin 2019 afin d'aider les médecins à repérer les femmes victimes de violences conjugales. (12) **Annexe 1 et 2**

Un travail de thèse en 2021 a eu pour objectif d'évaluer l'utilisation de ces recommandations HAS par les médecins généralistes. Malheureusement, les résultats ont montré que malgré la mise en place de ces recommandations, le dépistage n'est toujours pas rentré dans les pratiques des médecins généralistes. Ces derniers le justifient par un manque d'informations et par l'absence d'automatisme à ce sujet, s'y ajoutant le manque d'aisance et de connaissances pour guider les femmes victimes dans une prise en charge adaptée. (13)

Ce travail de thèse vient donc en complément des recommandations de la HAS afin de sensibiliser davantage les médecins généralistes et ainsi permettre d'augmenter le dépistage des femmes victimes de violences, toutes violences confondues, qu'ils s'agissent de violences effectuées par le partenaire intime ou non. Par ce travail, nous aimerons marquer les esprits par les chiffres recueillis exclusivement à partir des données rapportées par les patientes de 18 à 75 ans consultant leurs médecins traitants et ainsi, élaborer un nouvel outil pour améliorer ce dépistage.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les facteurs de risque chez une femme d'être victime de violences.

Les objectifs secondaires sont de déterminer un profil des femmes victimes de violences et de connaître les attentes des patientes envers le médecin généraliste concernant la manière dont elle souhaite un dépistage systématique des faits de violences.

Le but de cette étude est d'aider le médecin généraliste à dépister les femmes victimes de violence, conjugale ou non, et de sensibiliser davantage les généralistes à ce sujet en diffusant en post thèse, une plaquette d'informations reprenant les principaux chiffres, les résultats de cette étude, ainsi que des numéros ou adresses afin d'orienter les victimes.

CONTEXTE

I. Définition de la violence

A. Violence, terme général

La violence a été définie en 2002 par l’OMS comme « *L’usage délibéré ou la menace d’usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d’entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence.* »

Ainsi, elle a été divisée en 2 catégories :

- La violence auto-infligée : à l’encontre de soi-même, y compris les suicides
- La violence interpersonnelle et violence collective : à l’encontre d’une personne

La violence interpersonnelle se divise elle-même en violence familiale et à l’égard d’un partenaire intime, et en violence communautaire entre personnes non apparentées.

Quant à la violence collective, elle est représentée par la violence d’un groupe envers un autre groupe. (Exemple : politique, religion, économique ou social)

Ces violences peuvent prendre plusieurs formes : elles peuvent tant être physiques, que verbales, psychologiques que sexuelles. La négligence et la privation sont également une forme de violence.

Les violences sexuelles, les violences familiales et les violences conjugales sont celles qui entraînent le plus de psychotraumatismes. (14)

B. Cas particulier des violences faites aux femmes

En 2014, la France a adopté une définition des violences faites aux femmes, par la convention européenne d’Istanbul (ratifiée le 4 juillet 2014 et entrée en vigueur le 1 novembre 2014).

« La violence à l'égard des femmes doit être comprise comme une violation des droits de l'homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes, et désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée. »

Ce rapport reconnaît la profonde préoccupation qu'est l'exposition des femmes à des formes graves de violences physiques ou sexuelles. Et reconnaît également la domination historique masculine dans les rapports sociaux avec les stéréotypes historiquement inégaux entre les femmes et les hommes. (15)

Quant aux violences au sein du couple, dites conjugales, il s'agit le plus souvent d'un rapport de domination de l'auteur, sur la victime avec une volonté de contrôle et de destruction de sa victime, par définition, ils sont récurrents et s'aggravent avec le temps, d'où le phénomène de la « spirale ». L'agresseur va être le maître de cette spirale infernale, en donnant toujours espoir à sa victime que les violences vont s'arrêter un jour, mais il s'agit d'un cercle vicieux qui se répète et s'accélère avec le temps. La victime est sous l'emprise.



Ainsi, la victime est sous l'emprise, et vit de manière répétée des troubles de stress aiguë et des troubles de stress post-traumatiques.

II. Comprendre le psychotraumatisme

A. Qu'est-ce qu'un psychotraumatisme ?

Le psychotraumatisme est un ensemble de mécanismes psychologiques et neurobiologiques de sauvegarde qui se mettent en place lors d'un traumatisme. L'état de stress post-traumatique est un psychotraumatisme. En soit, tous les traumatismes ne mènent pas à un psychotraumatisme, les traumatismes qui sont susceptibles d'être à l'origine d'un psychotraumatisme sont ceux qui ont confronté un individu à sa propre mort ou à la mort d'autrui. Cependant, une atteinte de l'intégrité psychique peut également conduire à un psychotraumatisme, c'est-à-dire, toutes situations terrorisantes jugées anormales ou dégradantes par l'individu.

Hors situation de stress traumatique, la réponse émotionnelle est contrôlée par le système limbique. Au sein de ce système, on note deux structures importantes :

- L'amygdale qui est la pièce maîtresse, responsable de ce que l'on appelle, la mémoire émotionnelle dite implicite, non-consciente
- L'hippocampe responsable de la mémoire déclarative dite explicite, c'est-à-dire consciente, comportementale par analyse du contexte et de la situation

Pour résumer, lors d'une situation stressante, est générée une réponse émotionnelle en deux temps :

- Une première réaction non-consciente entraînant un stress psychologique et physiologique, déclenché par l'amygdale, on dit qu'on « allume » l'amygdale
- Puis une seconde réaction comportementale, après analyse de la situation, par l'hippocampe, plutôt psychomotrice, qui vient moduler la première réaction amygdalienne et « éteindre » l'amygdale quand la situation stressante se termine.

Cet événement est alors intégré par l'hippocampe pour créer cette mémoire dite explicite en expérience et permettre un apprentissage des situations stressantes.

La situation est dite traumatique quand la réponse émotionnelle engendrée est jugée dépassée, non contrôlée, on parle d'effraction psychique. Ceci s'explique par le côté imprévu, incompréhensible, laissant place à l'insécurité, sans échappatoire possible, notamment quand le traumatisme se produit dans un lieu censé être sécurisant (typiquement le domicile familial), et d'autant plus quand le traumatisme se répète. Le caractère impensable de cette violence est responsable de cette effraction psychique, elle-même responsable d'une sidération psychique, c'est-à-dire que la modulation et l'extinction de l'amygdale par l'hippocampe ne peut se faire. En effet, les expériences et représentations mentales normalement induites par l'hippocampe ne viennent pas moduler la première réaction non-consciente créée par l'amygdale, les souvenirs ne peuvent se mobiliser à cause de cette sidération psychique, l'amygdale reste donc ouverte, entraînant une réponse émotionnelle extrême : on parle de survoltage de l'amygdale. (16)

Cette non-extinction engendre une réponse neurobiologique par libération accrue de cortisol (l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien) et d'adrénaline (système nerveux autonome), d'où un risque vital par toxicité cardiovasculaire par l'adrénaline (hypertension artérielle, infarctus du myocarde) et neurologique face au risque lié à l'hyperglycémie pour le cortisol.

Devant ce risque vital, est mis en place une voie de secours afin d'arrêter cette production toxique de cortisol et d'adrénaline. Cette voie de secours permet la sécrétion d'endorphines et d'antagonistes des récepteurs NMDA du système glutamatergique. Cette voie permet d'éteindre l'amygdale, la production d'adrénaline et de cortisol s'arrête. Le circuit émotionnel est contourné. La souffrance psychique puis physique s'arrête. Cependant, en utilisant cette voie de secours, on dit que l'amygdale est déconnectée du cortex associatif qui ne va plus recevoir de stimulus émotionnels. Dans le cas de violences répétées, les stimulus traumatiques vont continuer d'arriver sans « allumer » l'amygdale, donc sans connotation émotionnelle, ce qui va donner à la victime d'impression d'être spectatrice, impression d'irréalité : c'est la dissociation spontanée. Le circuit physiologique de réponse au stress est déconnecté afin de protéger les organes. Cette disjonction entraîne une mémoire traumatique et une dissociation avec anesthésie psychique et physique.

B. Mémoire traumatique

Quand la mémoire traumatique s'est installée, alors on dit que l'amygdale est hypersensible puisque le cortex associatif et l'hippocampe ne peuvent plus moduler ni éteindre la réponse émotionnelle.

Ainsi, l'amygdale va émettre des informations au cortex, ce qu'on appelle les informations « fantômes », ce sont les reviviscences, les flashes-blacks. Cependant, n'étant pas modulées par l'hippocampe, elles sont incompréhensibles et sans repère, toujours liées aux violences, entraînant par intermittence la libération à nouveau d'adrénaline et de cortisol d'où les symptômes psychologiques d'anxiété, de peur et d'insécurité. Pour contrer cela, la femme victime va donc mettre en place des stratégies d'évitements et d'hypervigilance.

Toutes les violences n'entraînent pas forcément de mémoire traumatique. Cependant, une fois celle-ci installée, le pronostic dépendra de la façon dont la victime traumatisée va être prise en charge. Une femme non prise en charge va devoir faire face à ses symptômes psychotraumatiques répétés, avec le risque d'être à nouveau victimisée. A contrario, une femme entourée, prise en charge aura un meilleur pronostic quant à la désactivation de sa mémoire traumatique en réintégrant une mémoire autobiographique normale.

C. La dissociation provoquée

Comme expliqué précédemment, la victime met en place dans un premier temps, des conduites d'évitement et d'hypervigilance. Cependant, ces conduites de contrôle peuvent devenir non suffisantes, il se passe alors un phénomène d'accoutumance aux endorphines, la disjonction spontanée ne peut plus se faire. Il est alors nécessaire, pour faire cesser cet état, d'augmenter la quantité de drogues provoquant la dissociation, c'est ce qu'on appelle la disjonction provoquée.

Pour l'obtenir, Dr Muriel Salmona parle de conduites dissociantes. (16)

Il existe deux manières d'obtenir cet état :

- Adjonction de drogues exogènes (alcool, drogues ...)
- Provoquer l'augmentation de leurs sécrétions endogènes : c'est-à-dire créer un stress, aggraver la situation par mise en danger, exercice de violences contre autrui, contre elle-même, voire provocation de nouvelles violences par l'agresseur

Ces conduites permettent d'obtenir la sécrétion des substances recherchées, entraînant une nouvelle anesthésie émotionnelle, mais renforçant la mémoire traumatique. C'est un véritable cercle vicieux, une addiction à la violence. Ces mécanismes psychotraumatiques permettent de comprendre les conduites paradoxales des victimes.

D. Conséquences

Ces mécanismes psychotraumatiques permettent donc d'expliquer les symptômes et le comportement des victimes :

- Addiction à l'alcool, médicaments et autres substances, conduite à risque, parfois auto-agression, mise en danger et banalisation des violences
- Troubles anxieux généralisés, angoisses, phobies, troubles du sommeil
- Troubles dépressifs avec des idées suicidaires, passage à l'acte
- Isolement social
- Troubles du comportement : type dépersonnalisation, sensation d'être étrangère au monde

Il est souvent difficile pour les victimes de dénoncer les faits, car elles peuvent se sentir mieux avec leurs agresseurs, ce qui s'explique par un état encore plus dissocié, et donc encore plus de sécrétions endogènes. Alors que dans le cas d'une séparation, elles sont hantées par les souvenirs et reviviscences, pouvant renoncer à quitter l'agresseur voire retourner au domicile familial, dans le cas de violences conjugales.

Pour toutes ces raisons, il est indispensable de lutter contre ces violences, en les identifiant le plus précocement possible. Ainsi, il faut protéger les victimes en leur communiquant une information précise sur le cycle infernal dans lequel elles sont et en leur expliquant que ce sont des réactions normales aux situations anormales qu'elles subissent. Il faut rappeler le cadre de la loi, que c'est répréhensible. Le « traitement » de la mémoire traumatique consiste donc à faire comprendre tous ces mécanismes psychotraumatiques afin que la victime se comprenne et se déculpabilise, ainsi l'hippocampe et le cortex associatif viennent reprendre progressivement le dessus en rendant les choses compréhensibles et en réintroduisant des représentations mentales, ceci est le travail du thérapeute.

III. Place du médecin généraliste

Déjà en 2000, l'enquête ENVEFF avait révélé l'importance des conséquences des violences sur l'état de santé d'une femme victime, en pointant également le manque de connaissances des professionnels de santé à ce sujet, et l'importance de l'intégrer à la pratique quotidienne. (17)

En 2012, par son rapport mondial sur la violence et la santé, l'OMS souligne l'importance du secteur de la santé pour lutter contre la violence des partenaires intimes et la violence sexuelle à l'égard des femmes.

Ce rapport pointe du doigt l'absence de formation clinique afin d'intégrer les questions de violences dans la pratique quotidienne d'une part, et d'autre part, de permettre aux professionnels de santé, de comprendre les mécanismes psychotraumatiques subis par la femme victime afin de pouvoir y apporter une réponse adaptée. (14)

L'OMS a proposé, en 2017, un plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé qu'elle pointe comme « une riposte nationale multi-sectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des enfants ».

Les objectifs de ce papier sont de faciliter l'accès à des services multi-sectoriels et de favoriser la prévention des violences envers les femmes et les enfants. (18)

Du côté du médecin, il n'existe pas de signe pathognomonique pour dépister les violences, celles-ci passent le plus souvent inaperçues lors d'une consultation. Tout médecin devrait y penser devant des motifs de consultations identiques et répétés dans le temps. La FNSF a avancé que tout médecin devrait de manière systématique poser la question de l'existence de violences. Ainsi, si la femme n'est pas victime de violences, elle y répondra par la négative. Si au contraire, elle est concernée par des violences, cette intervention brève lui permettra de lui tendre la main, d'en parler ou d'envisager de sortir du silence lors d'une prochaine consultation. (19)

Les médecins généralistes sont les professionnels de santé les plus au contact des femmes victimes de violences. Ils sont, pour beaucoup de situations, le premier recours et ont donc un rôle crucial à jouer en termes de repérage et d'orientation : à eux d'en laisser la porte ouverte, et d'être à l'alerte de chaque signal pouvant être donné de manière directe ou indirecte par les patientes. Cependant, une fois le

signal décelé, ou la vérité dénoncée, qu'en faire ? La prise en charge et l'orientation de ces patientes sont primordiales.

L'une des premières orientations pourrait être le numéro 3919 – Violences Femmes Infos qui est le numéro d'appel de la ligne nationale destinée tant aux femmes victimes de violences qu'à leurs entourages. Les victimes ainsi que leurs proches peuvent y trouver une écoute, un soutien ainsi que des premiers conseils et réponses. Cette ligne est disponible 7 jours sur 7, 24h sur 24h, entièrement gratuite et anonymisée. Néanmoins, le dernier rapport de 2021 sur l'année 2020 montre que les femmes sont peu orientées par les professionnels vers ce numéro. (7 % seulement des appels ont été orientés par un professionnel de santé). 26 % des femmes victimes de violences conjugales ont déclaré avoir connu la plateforme d'écoute grâce aux recherches effectuées sur Internet.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative de type observationnelle, descriptive, prospective et multicentrique.

Le recueil des données a été réalisé par le biais d'un auto-questionnaire anonyme qui a été laissé en libre accès pendant 6 mois, de septembre 2020 à mars 2021 au sein des cabinets de médecine générale participants à l'étude.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les facteurs de risque chez une femme d'être victime de violences.

Les objectifs secondaires sont de déterminer un profil des femmes victimes de violences et de connaître les attentes des patientes envers le médecin généraliste concernant la manière dont elle souhaite un dépistage systématique des faits de violences.

Le but de cette étude est d'aider le médecin généraliste à dépister et à orienter les femmes victimes de violences.

Le questionnaire s'adresse à toutes les femmes de 18 à 75 ans, qui consultent leurs médecins généralistes dans le Pas-de-Calais, quel que soit le motif de consultation.

Les critères d'exclusion ne sont donc restreints qu'à l'âge :

- Le fait d'être mineur
- Le fait d'avoir plus de 75 ans (afin de pouvoir effectuer un parallèle avec les données des enquêtes de victimation CVS 2007-2021)

II. Déroulement de l'étude

A. Conception du questionnaire

Dans le cadre de cette recherche, les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire. Il s'agit d'un auto-questionnaire, s'adressant en intégralité à la patiente. Aucune partie n'est à remplir par le médecin généraliste.

Pour cela, un questionnaire de novo a été créé afin de l'adapter au mieux aux objectifs de cette étude. **Annexe 3**

Pour obtenir un maximum de retour, nous avons souhaité un temps de rédaction bref, une conservation de l'anonymat ainsi qu'une majorité des questions sous la forme de QCM (Question à Choix Multiples). Le choix des QCM se justifie dans le but de pouvoir coder secondairement les informations, en binaire (oui/non) dans le recueil de données.

Le questionnaire se compose donc de 6 paragraphes :

- 1) Etat civil, situation familiale et mode de vie (âge, lieu d'habitation, niveau d'étude et profession de la patiente et de son/sa partenaire, statut conjugal et nombre d'enfants, recours antérieur à un IVG, décès d'un enfant, consommation de toxiques, caractéristiques dans l'enfance)
- 2) Auteur(s) des violences
- 3) Description des violences (lieu, contexte, durée, violences physiques, psychologiques ou sexuelles, conséquences des violences)
- 4) Démarches entreprises (pour celles ayant initiées des démarches)
- 5) Démarches envisagées ou absence de démarches (pour celles qui n'ont pas entrepris de démarches ou qui l'envisagent)
- 6) Consultation du médecin généraliste

Le paragraphe n°1 a permis d'obtenir une description des caractères sociodémographiques de la population cible puisqu'il s'adressait à l'ensemble des femmes, victimes ou non de violence.

Le paragraphe n°6 s'adressait également à l'ensemble des femmes, qu'elles soient victimes ou non de violences, et a permis d'obtenir des informations sur la place de la consultation du médecin généraliste.

Les paragraphes n° 2 à 5 ne s'adressaient qu'aux patientes ayant déjà vécues des violences ou étant victimes encore actuellement de violences afin d'obtenir une description des violences et des éventuelles démarches entreprises.

Ce questionnaire a été relu puis validé par le Dr CHOCHOIS, Chef du service de l'UMJ de Boulogne-sur-Mer, médecin légiste.

Une relecture a été faite par 18 personnes de la population générale afin de vérifier la bonne compréhension de celui-ci. La rédaction du questionnaire s'effectue en moyenne en 2 minutes en l'absence de violences et en 4 minutes en présence de violences.

B. Distribution du questionnaire

Afin d'obtenir un maximum de retour, nous avons sollicité 465 médecins généralistes. Après consultation de l'annuaire de la sécurité sociale disponible en ligne, ces derniers ont été sélectionnés par leurs lieux d'exercices, c'est-à-dire à proximité de 4 agglomérations du Pas-de-Calais : Boulogne-sur-Mer, Calais, Saint-Omer, Montreuil. Ces 4 agglomérations représentent le périmètre d'action de l'UMJ de Boulogne-sur-Mer.

Pour ce faire, nous avons réalisé un kit de distribution du questionnaire, qui comportait :

- Un courrier explicatif du travail de thèse **Annexe 4**
- 10 exemplaires du questionnaire vierge **Annexe 3**
- Un support cartonné à laisser en salle d'attente afin d'inciter les femmes à remplir le questionnaire **Annexe 5**

Cet ensemble a été mis sous enveloppe et distribué par voie postale aux 465 cabinets sélectionnés, en septembre 2020.

Dans le courrier explicatif, il a été suggéré aux médecins participants, soit de laisser le questionnaire à disposition dans la salle d'attente du cabinet soit de le distribuer de main à main lors de la consultation ou par le biais des éventuelles secrétaires du cabinet.

En novembre 2020, soit 3 mois après la distribution des kits par voie postale, nous avons effectué un premier bilan par appel téléphonique aux 465 cabinets. Le

but était de connaître le nombre approximatif de cabinets participants, et également de les solliciter à nouveau dans le cas d'une non-participation.

C. Récupération des données

Pour le recueil des questionnaires remplis, la patiente se voyaient s'offrir soit un retour par le biais d'une boîte mise à disposition en salle d'attente par le médecin participant, soit d'utiliser la boîte à lettres du cabinet, soit un retour en main propre directement à leurs généralistes.

En mars 2021, il a été demandé aux médecins participants de nous faire un retour des questionnaires remplis soit par voie postale, soit par mail ou en présentiel.

L'unique rôle du généraliste dans cette étude, a été d'accepter de mettre le questionnaire à disposition de sa patientèle et de nous en faire le retour à la clôture de la phase de recueil.

III. Analyse statistique

Le recueil des données a été codé sur un tableau Open Office Calc.

Les variables qualitatives sont exprimées en termes de fréquence et de pourcentage. Les variables quantitatives sont exprimées à l'aide de moyenne et d'écart type ou par leur médiane et intervalle interquartile en fonction de leur normalité.

L'association entre deux variables qualitatives a été testée par un test de Chi-2 lorsque les conditions de validité étaient respectées, sinon au moyen d'un test exact de Fisher.

L'association entre variables quantitatives et qualitatives a été évaluée à l'aide d'un test de Student lorsque les conditions de validité étaient respectées, sinon à l'aide d'un test de Kruskal Wallis.

Les tests bilatéraux ont été réalisés avec un taux de significativité de 5%.

Les analyses statistiques ont été réalisées par le Département de l'Information Médicale du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer, à l'aide du logiciel R (version R-4.1.1).

IV. Aspect éthique

Ce travail a été évalué par l'unité de recherche clinique du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer et le chef de projet du GHICL. Il en résulte qu'il s'agit d'une recherche concernant des caractéristiques typologiques et épidémiologiques en sciences humaines et sociales, la classant hors Recherches Impliquant la Personne Humaine (RIPH). Il n'y a donc pas eu besoin d'obtenir un avis auprès d'un CPP (Comité de Protection des Personnes).

Concernant le traitement des données, les données étant entièrement anonymes et non identifiantes sur le questionnaire (Exemple : l'âge et non la date de naissance), il ne relève pas de la loi Informatique et Libertés.

RESULTATS

Au total, au cours des 6 mois de distribution du questionnaire, 376 questionnaires ont été recueillis sur 49 cabinets participants dans le Pas-de-Calais.

Initialement, 465 médecins généralistes ont été sollicités par voie postale avec réception d'un courrier explicatif et de 10 questionnaires vierges. Parmi ces 465 cabinets, nous comptons 35 non-distributions du questionnaire pour cause de départ en retraite (19), angiologues (2), urgentistes (3), chirurgie esthétique (1), congés maternité (3), homéopathes (4), hospitalisations (2). 5 médecins ont mis à disposition les questionnaires sans obtenir de retour. 386 médecins n'ont pas donné suite malgré les relances téléphoniques effectuées à 2 reprises sur les 6 mois d'étude.

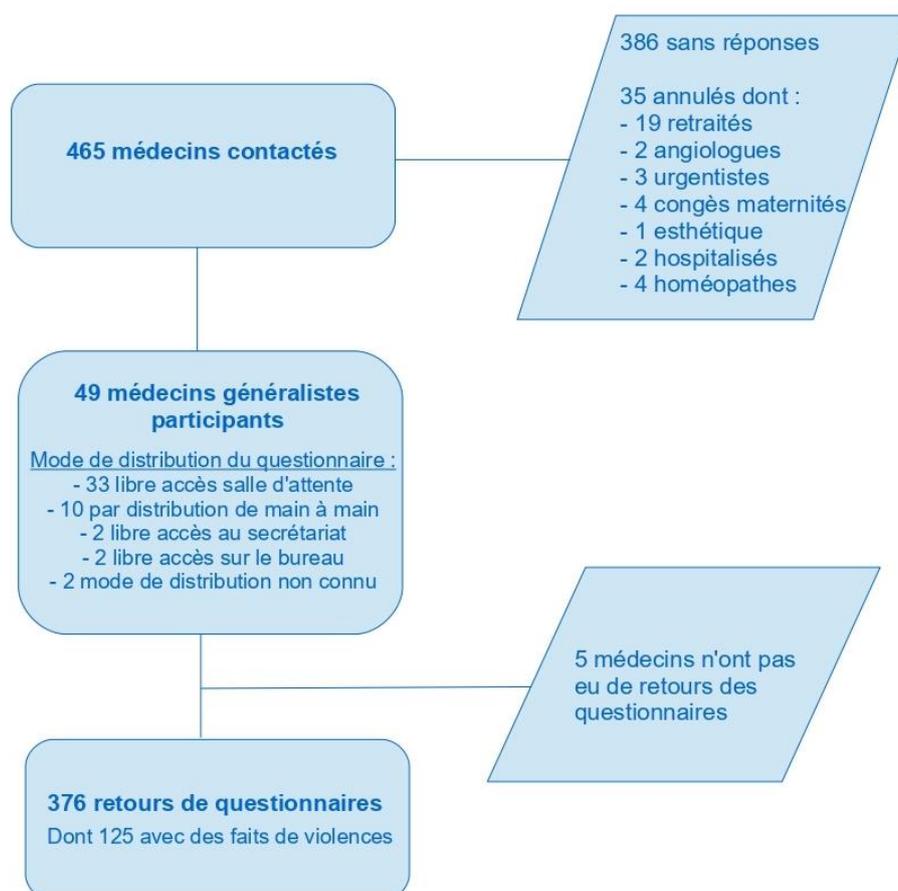


Figure 1 : Flow chart de la mise à disposition du questionnaire en cabinet

I. Description de la population étudiée et des facteurs associés à la violence

L'objectif était de rechercher une corrélation significative entre la présence de violences et certaines variables démographiques, familiales ou liées à l'enfance. Les caractéristiques de l'échantillon global ainsi que des sous-groupes selon la présence ou non de violence sont représentées dans le **Tableau 1** en analyse bivariée. La recherche des facteurs de risque ou facteurs protecteurs selon la régression logistique multivariée est représentée dans le **Tableau 2**.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon global et des sous-groupes selon la présence ou non de violence

	Échantillon global N = 376	Violences, toutes confondues		p	Violences conjugales		p
		Non N = 251	Oui N = 125		Non N = 59	Oui N = 66	
<u>Caractéristiques sociogéographiques</u>							
Âge, m (SD) ¹	44.98 (14.56)	44.94 (14.70)	45.06 (14.34)	0.941	44.25 (13.41)	45.78 (15.19)	0.559
Lieu et type d'habitation, n (%)							
Rural	247 (69.4)	160 (66.9)	87 (74.4)	0.154	40 (72.7)	47 (75.8)	0.703
Urbain	109 (30.6)	79 (33.1)	30 (25.6)		15 (27.3)	15 (24.2)	
Appartement	41 (11.3)	25 (10.2)	16 (13.3)	0.381	10 (17.2)	6 (9.7)	0.223
Maison	323 (88.7)	219 (89.8)	104 (86.7)		48 (82.8)	56 (90.3)	
Niveau d'étude patiente, n (%)							
Brevet ou sans diplôme	243 (67.3)	24 (9.6)	25 (20.2)	0.012	9 (15.5)	16 (24.2)	0.375
Niveau BAC CAP/BEP	194 (53.7)	103 (41.4)	51 (41.1)		27 (46.6)	24 (36.4)	
Niveau supérieur au bac	167 (46.3)	122 (49.0)	48 (38.7)		22 (37.9)	26 (39.4)	
Niveau d'étude partenaire, n (%)							
Brevet ou sans diplôme	271 (75.1)	15 (8.1)	17 (19.5)	0.013	6 (14.0)	11 (25.0)	0.231
Niveau BAC CAP/BEP	90 (24.9)	92 (49.5)	43 (49.4)		25 (58.1)	18 (40.9)	
Niveau supérieur au bac	272 (75.3)	79 (42.5)	27 (31.0)		12 (27.9)	15 (34.1)	
Statut professionnel patiente, n (%)							
Agriculteurs, exploitants	3 (0.8)	1 (0.4)	2 (1.7)	0.055	0 (0.0)	2 (3.2)	0.464
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	10 (2.8)	4 (1.7)	6 (5.1)		5 (8.9)	1 (1.6)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	33 (9.2)	23 (9.6)	10 (8.5)		3 (5.4)	7 (11.3)	
Employés	103 (28.8)	64 (26.7)	39 (33.1)		17 (30.4)	22 (35.5)	
Enseignement, santé, fonction publique et assimilés	88 (24.6)	65 (27.1)	23 (19.5)		12 (21.4)	11 (17.7)	
Ouvriers	8 (2.2)	7 (2.9)	1 (0.8)		1 (1.8)	0 (0.0)	

Professions intermédiaires, administratives et commerciales des entreprises	14 (3.9)	11 (4.6)	3 (2.5)		2 (3.6)	1 (1.6)	
Retraités	44 (12.3)	34 (14.2)	10 (8.5)		5 (8.9)	5 (8.1)	
Sans activités et étudiants	55 (15.4)	31 (12.9)	24 (20.3)		11 (19.6)	13 (21.0)	
Statut professionnel partenaire, n (%)							
Agriculteurs, exploitants	9 (3.3)	7 (3.8)	2 (2.3)	0.668	0 (0.0)	2 (4.7)	0.529
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	19 (7.0)	10 (5.4)	9 (10.5)		5 (11.6)	4 (9.3)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	30 (11.1)	23 (12.5)	7 (8.1)		4 (9.3)	3 (7.0)	
Employés	62 (23.0)	42 (22.8)	20 (23.3)		7 (16.3)	13 (30.2)	
Enseignement, santé, fonction publique et assimilés	37 (13.7)	26 (14.1)	11 (12.8)		5 (11.6)	6 (14.0)	
Ouvriers	50 (18.5)	31 (16.8)	19 (22.1)		12 (27.9)	7 (16.3)	
Professions intermédiaires, administratives et commerciales des entreprises	10 (3.7)	8 (4.3)	2 (2.3)		2 (4.7)	0 (0.0)	
Retraités	41 (15.2)	30 (16.3)	11 (12.8)		6 (14.0)	5 (11.6)	
Sans activités et étudiants	12 (4.4)	7 (3.8)	5 (5.8)		2 (4.7)	3 (7.0)	
<u>Situation familiale</u>							
Statut conjugal, n (%)							
Célibataire, veuve ou en cours de séparation	113 (31.0)	61 (25.1)	52 (42.6)	0.001	24 (41.4)	28 (43.8)	0.791
En couple	252 (69.0)	182 (74.9)	70 (57.4)		34 (58.6)	36 (56.2)	
Sexe partenaire, n (%)							
Féminin	13 (4.3)	6 (3.0)	7 (7.1)	0.128	2 (4.5)	5 (9.3)	0.454
Masculin	288 (95.7)	197 (97.0)	91 (92.9)		42 (95.5)	49 (90.7)	
Nombre d'enfants, median [IQR]²	2.00 [1.00, 3.00]		2.00 [1.00, 3.00]		2.00 [1.00, 3.00]		
Famille recomposée, n (%)	41 (13.4)	24 (12.1)	17 (15.9)	0.349	8 (16.7)	9 (15.3)	0.842
<u>Mode de vie de la patiente</u>							
Consommation, n (%)							
Alcool	190 (50.5)	124 (49.4)	66 (52.8)	0.535	35 (59.3)	31 (47.0)	0.167
Médicaments anxiolytiques ou hypnotiques	80 (21.3)	46 (18.3)	34 (27.2)	0.048	19 (32.2)	15 (22.7)	0.235
Cannabis	14 (3.7)	5 (2.0)	9 (7.2)	0.018	5 (8.5)	4 (6.1)	0.734
Autres drogues	5 (1.3)	1 (0.4)	4 (3.2)	0.044	2 (3.4)	2 (3.0)	1,000
Recours à l'IVG, n (%)	68 (18.2)	34 (13.6)	34 (27.6)	0.001	15 (25.9)	19 (29.2)	0.677
Décès d'un enfant, n (%)	58 (15.4)	29 (11.6)	29 (23.2)	0.003	10 (16.9)	19 (28.8)	0.117
<u>Caractéristiques de l'enfance</u>							
Lieu d'enfance							
Maison familiale	349 (92.8)	242 (96.4)	107 (85.6)	<0.001	48 (81.4)	59 (89.4)	0.201
En famille proche, foyer ou famille d'accueil	27 (7.2)	9 (3.6)	18 (14.4)		11 (18.6)	7 (10.6)	
Témoignage de violence dans l'enfance, n (%)	100 (26.6)	30 (12.0)	70 (56.0)	<0.001	45 (76.3)	25 (37.9)	<0.001
dont violences intra-familiales	80 (21,3%)						
Victime de violence dans l'enfance, n (%)	65 (17,3%)	3 (1.2)	62 (49.6)	<0.001	47 (79.7)	15 (22.7)	<0.001
dont violences intra-familiales	50 (13,3%)						

m (SD)¹ mean (standart deviation) *median* [IQR]² median (interquartile range)

Tableau 2 : Facteurs associés à la violence dans le groupe des femmes victimes de violences en analyse de régression logistique multivariée

	OR [CI95%]*	p
<u>Caractéristiques sociogéographiques</u>		
Âge	1,01 [0,98;1,03]	0,634
Lieu et type d'habitation		
Rural	-	
Urbain	0,64 [0,27;1,41]	0,282
Appartement	-	
Maison	1,98 [0,58;7,61]	0,295
Niveau d'étude patiente		
Brevet ou sans diplôme	-	
Niveau BAC CAP/BEP	0,25 [0,09;0,68]	0,007
Niveau supérieur au bac	0,33[0,12;0,91]	0,032
<u>Situation familiale</u>		
Statut conjugal		
Célibataire, veuve ou en cours de séparation	-	
En couple	0,46 [0,21;0,97]	0,040
Nombre d'enfants	1,15 [0,90;1,47]	0,265
<u>Mode de vie de la patiente</u>		
Consommation		
Alcool	1,03 [0,52;2,06]	0,931
Médicaments anxiolytiques ou hypnotiques	2,06 [0,89;4,71]	0,086
Cannabis	5,04 [0,69;31,1]	0,086
Recours à l'IVG	1,97 [0,86;4,37]	0,100
Décès d'un enfant	3,16 [1,35;7,32]	0,007
<u>Caractéristiques de l'enfance</u>		
Lieu d'enfance		
En famille proche, foyer ou famille d'accueil	-	
Maison familiale	0,83 [0,18;4,00]	0,810
Témoin de violences dans l'enfance	3,83 [1,77;8,31]	<0,001
Victime de violences dans l'enfance	46,2 [13,9;219]	<0,001

OR [CI95%]* OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval à 95%

A. Caractéristiques sociodémographiques

Les femmes incluses dans cette étude étaient âgées de 18 à 75 ans. La moyenne d'âge était de 44,98 ans ($\pm 14,56$) pour l'échantillon global, et de 45,06 ans ($\pm 14,34$) pour la population victime de violence.

Le lieu d'habitation est majoritairement rural (74,4 % vs 66,9 %, $p=0,154$), en maison (86,7 % vs 89,8 %, $p=0,381$), sans association significative à la présence de violence.

Contrairement à la catégorie professionnelle patiente et partenaire ($p=0,055$ et $p=0,668$ respectivement), une association significative a été retrouvée concernant le niveau d'étude de la patiente et du partenaire. En effet, le fait d'être une femme non diplômée ou titulaire du brevet (20,2 % vs 9,6 %, $p=0,012$), ou que le(la) partenaire soit non diplômé(e) ou titulaire du brevet (19,5 % vs 8,1 %, $p=0,013$) est associé significativement à la présence de violences à l'âge adulte. Sont des facteurs protecteurs le fait d'avoir un niveau Bac ou CAP/BEP (OR [CI95%] = 0,25 [0,09;0,68], $p=0,007$) et un niveau supérieur au bac (OR [CI95%] = 0,33 [0,12;0,91], $p=0,032$).

B. Situation familiale

57,4 % des femmes victimes de violence sont en couple et avec un partenaire de sexe masculin pour 92,9 % d'entre elles. Le sexe du partenaire n'est pas un facteur associé significativement à la violence ($p=0,128$). La médiane du nombre d'enfants est de 2 [IQR = 1;3] sans différence significative entre les sous-groupes ($p=0,179$). Le fait d'être une famille recomposée n'est pas associé à un risque accru de violence (15,9 % vs 12,1 %, $p=0,349$).

C. Mode de vie

La consommation de médicaments anxiolytiques ou hypnotiques, de cannabis ou d'autres drogues est significativement plus représentée dans le groupe violence par rapport au groupe témoin (27,2 % vs 18,3 %, $p=0,048$; 7,2 % vs 2 %, $p=0,018$; 3,2 % vs 0,4 %, $p=0,044$). La consommation d'alcool n'est pas statistiquement différente entre les deux groupes (52,8 % contre 49,4 %, $p=0,535$).

Sont également associés à la violence, le recours à l'IVG (27,6 % vs 13,6 %, $p=0,001$; OR [CI95%] = 1,97 [0,86;4,37] $p=0,100$) et le décès d'un enfant (23,2 % vs 11,6 %, $p=0,003$; OR [CI95%] = 3,16 [1,35;7,32] $p=0,007$), bien que le recours à l'IVG ne soit pas confirmé en analyse multivariée comme facteur de risque.

D. Caractéristiques de l'enfance

96,4 % des femmes de la population témoin ont grandi au domicile parental. 14,4 % des femmes victimes de violences ont grandi en famille proche, foyer ou famille d'accueil, contre 3,6 % dans la population témoin, association significative avec $p\text{-value}=0,001$. Cependant, le fait de vivre au domicile parental n'est pas un facteur protecteur contre des faits de violence à l'âge adulte (OR [CI95%] = 0,83 [0,18;4,00] $p=0,810$).

Le fait d'être témoin ou victime de violences dans l'enfance est particulièrement associé à la présence de violences à l'âge adulte avec une association statistique marquée (56 % vs 12 %, $p<0,001$ et 49,6 % vs 1,2 %, $p<0,001$) et confirmée comme facteur de risque de violence en tant que femme adulte en analyse multivariée (OR [CI95%] = 3,83 [1,77 ; 8,31] $p<0,001$ et OR [CI95%] = 46,2 [13,9;219] $<0,001$).

E. Violences conjugales

Les caractéristiques sociodémographiques, la situation familiale et le mode de vie des femmes victimes de violences conjugales ne diffèrent pas de manière significative par comparaison aux femmes victimes de violences non-conjugales.

37,9 % des femmes victimes de violences conjugales ont été témoin de violences dans l'enfance, et 22,7 % d'entre elles, ont été victimes de violences.

II. Description des violences – caractéristiques de l'échantillon total et du groupe victime de violences conjugales

Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon des victimes de violence (N=125) selon la présence de démarches entreprises ou de violences conjugales

	Échantillon victimes, toutes violences confondues N = 125	Violences conjugales			Démarches entreprises		
		Non N = 59	Oui N = 66	p	Non N = 79	Oui N = 46	p
<u>Description des violences</u>							
Sexe de l'auteur, n (%)							
Masculin	96 (76.8)	36 (61.0)	60 (90.9)	<0.001	59 (74,7)	37 (80.4)	0,577
Féminin	13 (10.4)	9 (15.3)	4 (6.1)		8 (10,1)	5 (10.9)	
Lieu des violences, n (%)							
Domicile	115 (92.0)	50 (84,7)	65 (98,5)	0,006	75 (94.9)	40 (87.0)	0.113
Public	16 (12.8)	6 (10.2)	10 (15,2)	0,436	9 (11.4)	7 (15.2)	0.537
Travail	6 (4.8)	5 (8,5)	1 (1,5)	0,099	1 (1.3)	5 (10.9)	0.025
Contexte de violences, n (%)							
Séparation	21 (16.8)	3 (5.1)	18 (27.3)	0.001	13 (16.5)	8 (17.4)	0.893
Consommation du conjoint (alcool, drogues, médicaments)	51 (40.8)	16 (27.1)	35 (53.0)	0.003	36 (45.6)	15 (32.6)	0.155
Tension au travail	8 (6.4)	6 (10.2)	2 (3.0)	0.147	5 (6.3)	3 (6.5)	0.966
Sans contexte particulier	73 (58.4)	38 (64.4)	35 (53.0)	0.198	45 (57.0)	28 (60.9)	0.669
Lors d'une grossesse	6 (4.8)	0 (0.0)	6 (9.1)	0.029	5 (6.3)	1 (2.2)	0.295
Présence d'un événement de vie traumatisant, n (%)							
	32 (25.6)	8 (13.6)	24 (36.4)	0.004	18 (22,8)	14 (30,4)	0,345
Durée des violences, n (%)							
>15ans	9 (7.2)	2 (3.4)	7 (10.6)	0.031	9 (11.4)	0 (0.0)	0.087
1 à 5 ans	7 (5.6)	1 (1.7)	6 (9.1)		4 (5.1)	3 (6.5)	
5-15ans	7 (5.6)	1 (1.7)	6 (9.1)		3 (3.8)	4 (8.7)	
plusieurs mois	4 (3.2)	2 (3.4)	2 (3.0)		2 (2.5)	2 (4.3)	
cée	98 (78.4)	53 (89.8)	45 (68.2)		61 (77.2)	37 (80.4)	
Violences physiques, n (%)							
Coup de poing/pied	92 (73.6)	39 (66.1)	53 (80.3)		61 (77.2)	31 (67.4)	0.229
Poussée	59 (63.4)	21 (35.6)	38 (57.6)	0.014	-	-	
Strangulation	61 (66.3)	20 (33.9)	41 (62.1)	0.002	-	-	
	17 (18.7)	1 (1.7)	16 (24.2)	<0.001	-	-	

Violences psychologiques, n (%)	113 (90.4)	51 (86.4)	62 (93.9)		72 (91.1)	41 (89.1)	0.758
Insulte	85 (75.2)	31 (52.5)	54 (81.8)	<0.001	-	-	
Harcèlement verbal	62 (54.9)	20 (33.9)	42 (63.6)	0.001	-	-	
Chantage	54 (47.8)	20 (33.9)	34 (51.5)	0.047	-	-	
Menaces par le biais d'un support	26 (23.0)	5 (8.5)	21 (31.8)	0.001	-	-	
Intimidation	56 (49.6)	17 (28.8)	39 (59.1)	0.001	-	-	
Isolement social	48 (42.5)	8 (13.6)	40 (60.6)	<0.001	-	-	
Humiliation	82 (72.6)	29 (49.2)	53 (80.3)	<0.001	-	-	
Violences sexuelles, n (%)	44 (35.2)	25 (42.4)	20 (30.3)	0.160	25 (31.6)	19 (41.3)	0.276
Perturbations de la vie quotidienne, n (%)	90 (72.0)	35 (59.3)	55 (83.3)	0.003	52 (65.8)	38 (82.6)	0.044
Symptômes ou consommation apparus après le début des violences, n (%)	90 (72.0)	38 (64.4)	52 (78.8)	0.074	54 (68.4)	36 (78.3)	0.234
Démarches entreprises, n (%)		18 (30.5)	28 (42.4)	0.168	-	-	

A. Auteur – lien avec la victime

L'auteur est de sexe masculin dans 76,8 % des cas. On note 10 % des auteurs de sexe féminin. 50,8 % des violences sont causées par le(la) partenaire de la victime, suivie pour 28 % d'entre elles, par la famille au premier degré (par les parents ou la fratrie). 8,8 % des auteurs sont apparentés au second degré (cousin, oncle, grands-parents). **Figure 2**

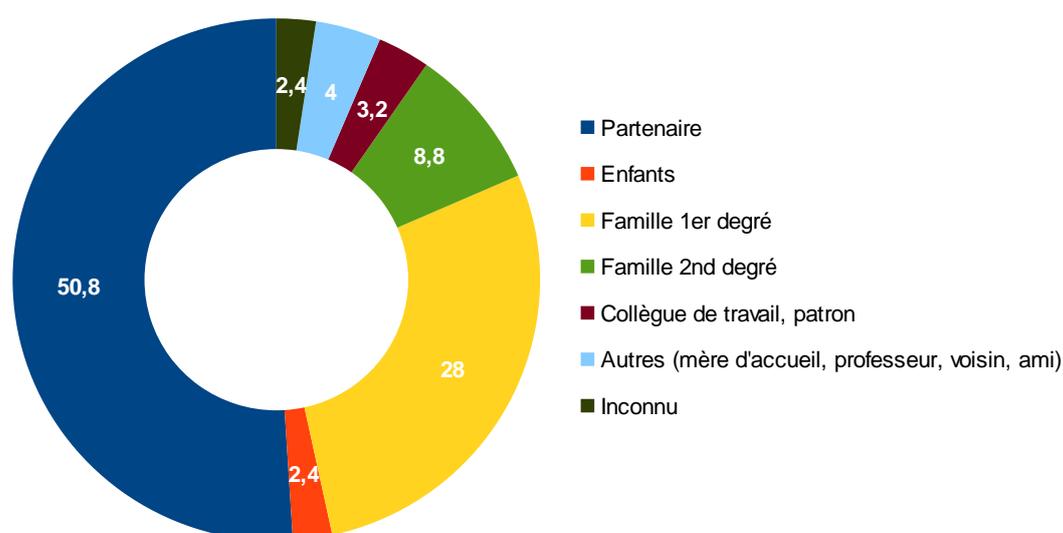


Figure 2 : Lien entre victime et auteur (%)

B. Lieu et contexte des violences

Les violences ont lieu au domicile de la victime dans 92 % des cas, 12,8 % en public, et 4,8 % sur le lieu de travail.

Elles surviennent pour 40,8 % des victimes, dans un contexte de consommation du conjoint (alcool, drogues ou médicaments), 16,8 % dans un contexte de séparation et 58,4 % sans contexte particulier.

Si on considère seulement les violences conjugales, une grossesse (9,1 % ; $p=0.029$), un contexte de séparation (27,3 % ; $p=0.001$) ou de consommation d'alcool, drogues ou médicaments (53%) sont des facteurs associés de manière significative à la présence de violences conjugales. ($p=0,029$, $p=0,001$, $p=0,003$).

Figure 3

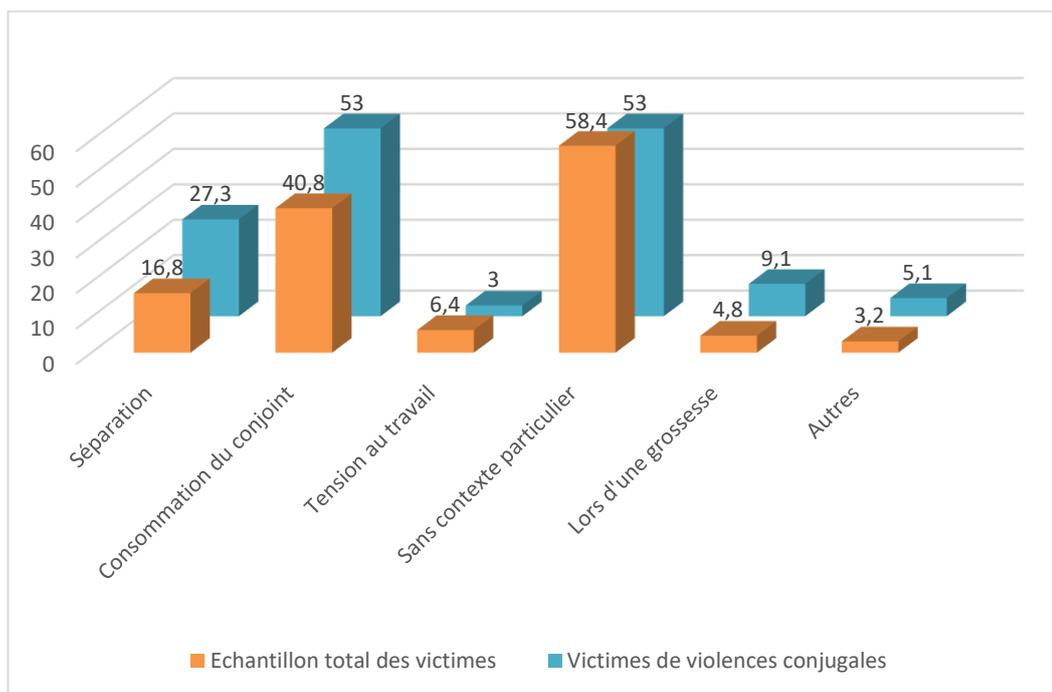


Figure 3 : Contexte des scènes de violences (%)

C. Présence d'un déclencheur – durée des violences

25,6 % des femmes victimes ont vécu un événement de vie traumatisant avant le début des violences. Cet événement s'avère être le décès d'un proche pour 71,9 % des femmes victimes de violences. Parmi le sous-groupe violences conjugales, la présence d'un événement de vie traumatisant s'élève à 36,4 % (vs 13,6%, $p=0,004$).

Concernant la durée des violences, toutes violences confondues, pour la majorité de l'échantillon victime soit 78,4 %, les violences avaient cessé lorsqu'elles ont complété le questionnaire. Pour 9 femmes (soit 7,2 % de l'échantillon victime), les violences étaient encore présentes au moment du retour du questionnaire.

Pour 7 d'entre elles, il s'agit de violences conjugales. Il existe une association significative entre la durée allongée des violences et le fait qu'il s'agit de violences conjugales, $p=0,031$.

D. Violences physiques

Les violences sont physiques pour 73,6 % du groupe victime. Majoritairement composée de gifles (74,2%), de poussées (66,3%) et de coup de pied ou de poing (63,4%). 19,8 % ont fait l'objet de menace par arme blanche, 18,7 % des femmes ont été strangulées, 14,3 % ont été séquestrées. Concernant le sous-groupe victime de violences conjugales, elles rapportent être victimes de violences physiques dans 80,3 %, pour des faits qui sont majoritairement des coups de pied ou poing (57,6 % vs 35,6 %, $p=0,014$), des poussées (62,1 % vs 33,9 %, $p=0,002$) et des strangulations (24,2 % vs 1,7 %, $p<0,001$). **Figure 4, Tableau 3**

Ces données présentant des totaux supérieurs à 100 %. Cela s'explique par le fait que les victimes cumulent plusieurs formes de violences. Il en va de même pour les paragraphes suivants.

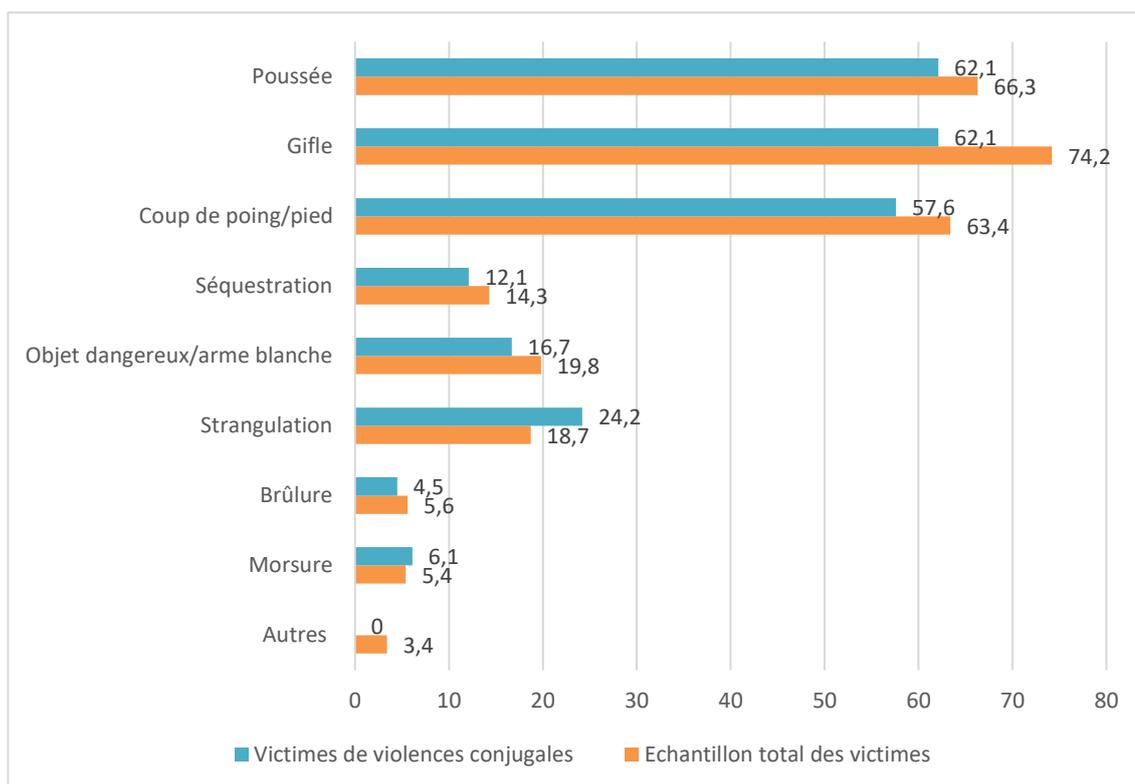


Figure 4 : Descriptif des types de violences physiques (%)

E. Violences psychologiques

Les violences psychologiques concernent quant à elle 90,4 % du groupe victime, toutes violences confondues. 75,2 % des victimes rapportent des insultes, 72,6 %, des faits d'humiliation (critiques, dévalorisations sur l'apparence ...) 54,9 % des femmes victimes rapportent avoir été suivi avec insistance et 47,8 % déclarent avoir été menacé par le biais d'un support (réseaux sociaux, téléphone, ...) 42,5 % se sentent isolée socialement.

En ne considérant que le sous-groupe violences conjugales, on recense des violences psychologiques pour 93,9 % du groupe. L'ensemble de ces sous-catégories de violences psychologiques sont présentes majoritairement dans le cas de violences conjugales, par association significative marquée. **Figure 5, Tableau 3**

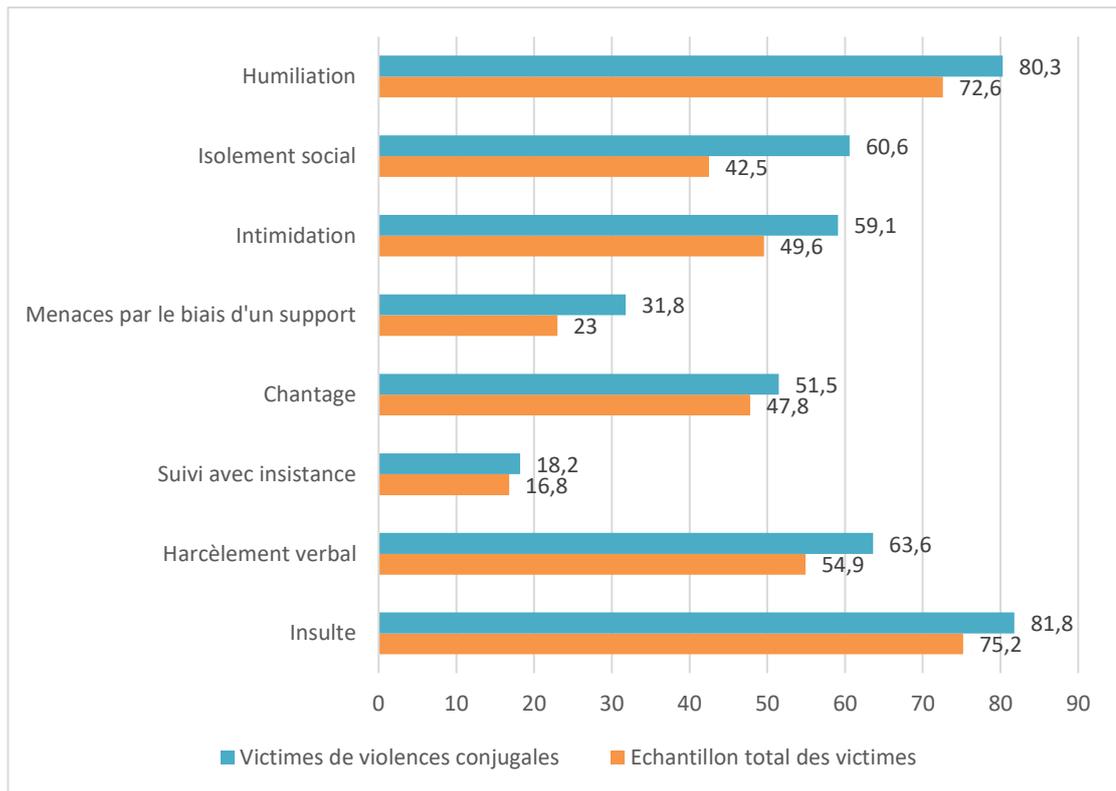


Figure 5 : Descriptif des types de violences psychologiques (%)

F. Violences sexuelles

35.2 % des victimes déclarent des violences sexuelles : 46,7 % de viols intrafamiliaux ou de rapports forcés, à part égale avec les faits d'attouchements du corps ; 33,3 % des victimes se disent harcelées sexuellement. Il n'existe pas de différence significative pour le sous-groupe victimes de violences conjugales (30,3 % vs 42,4 %, $p=0,160$). **Figure 6, Tableau 3**

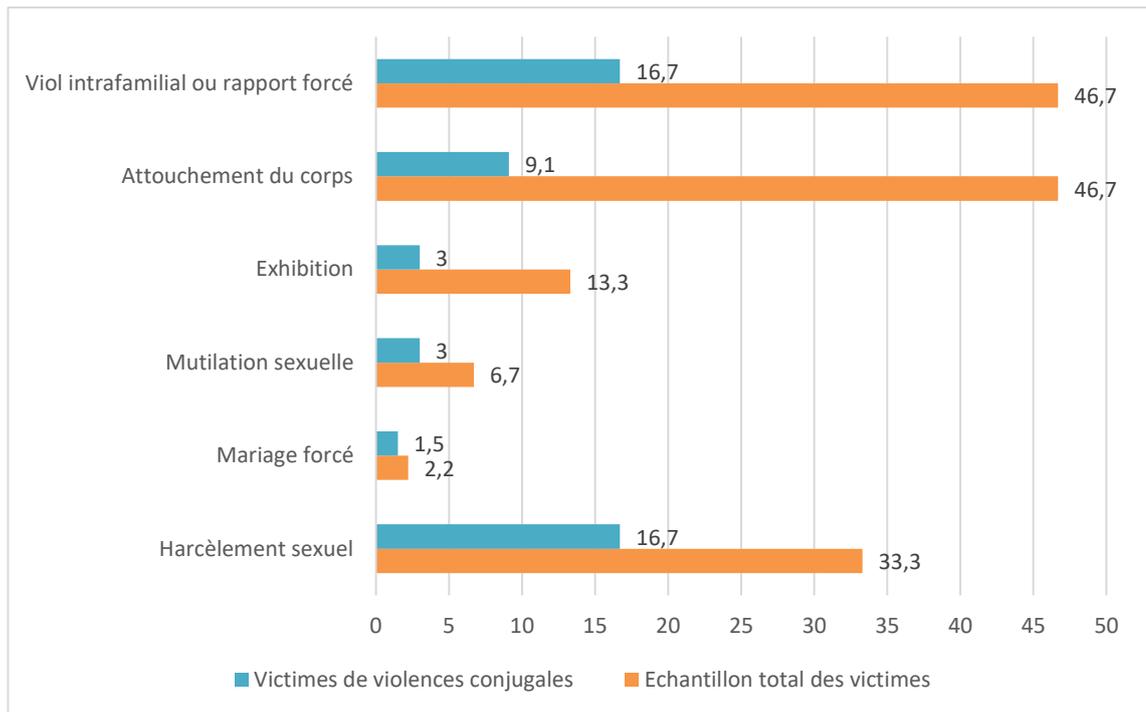


Figure 6 : Descriptif des types de violences sexuelles (%)

G. Conséquences éventuelles des faits de violences

72 % des victimes se disent perturbées dans la vie quotidienne par ces faits de violences, toutes violences confondues. 75,3 % des femmes victimes disent avoir perdu confiance en elles, 67,4 % se sentent tristes, plus de la moitié (52,8%) ont une perte de l'élan vital associée à une peur constante (54,5%). Ces perturbations de la vie quotidienne sont majoritaires dans le sous-groupe victimes de violences conjugales avec une association significative, $p=0,003$. **Figure 7, Tableau 3**

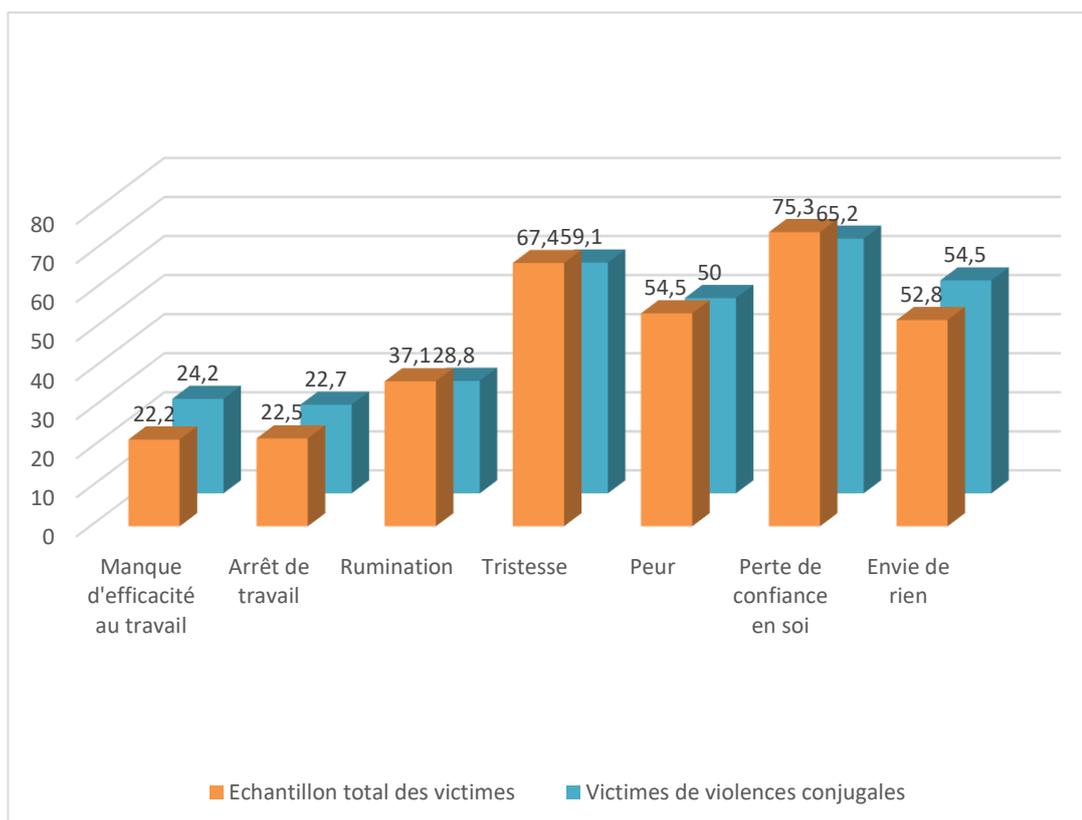


Figure 7 : Répercussions des violences (%)

La même part, soit 72 % des victimes rapportent des symptômes ayant débuté après les faits de violences dont 53,9 % souffrant d'insomnie, 49,4 % de crises d'angoisse, 45,6 % de syndrome dépressif, 47,8 % de variations de poids et 30 % de pensées ou tentatives de suicide. 40 % des victimes déclarent avoir débuté un traitement, ou une consommation de médicaments dans les suites des violences. D'une manière générale, plus d'une victime sur deux (52,2%) a débuté une consommation d'alcool, de médicaments ou stupéfiants, toutes violences confondues.

Il n'existe pas de différences entre les symptômes rapportés et la consommation déclarée par les patientes entre le sous-groupe victime de violences conjugales ou non conjugales, 78,8 % vs 64,4 %, $p=0,074$. **Figure 8, Tableau 3**

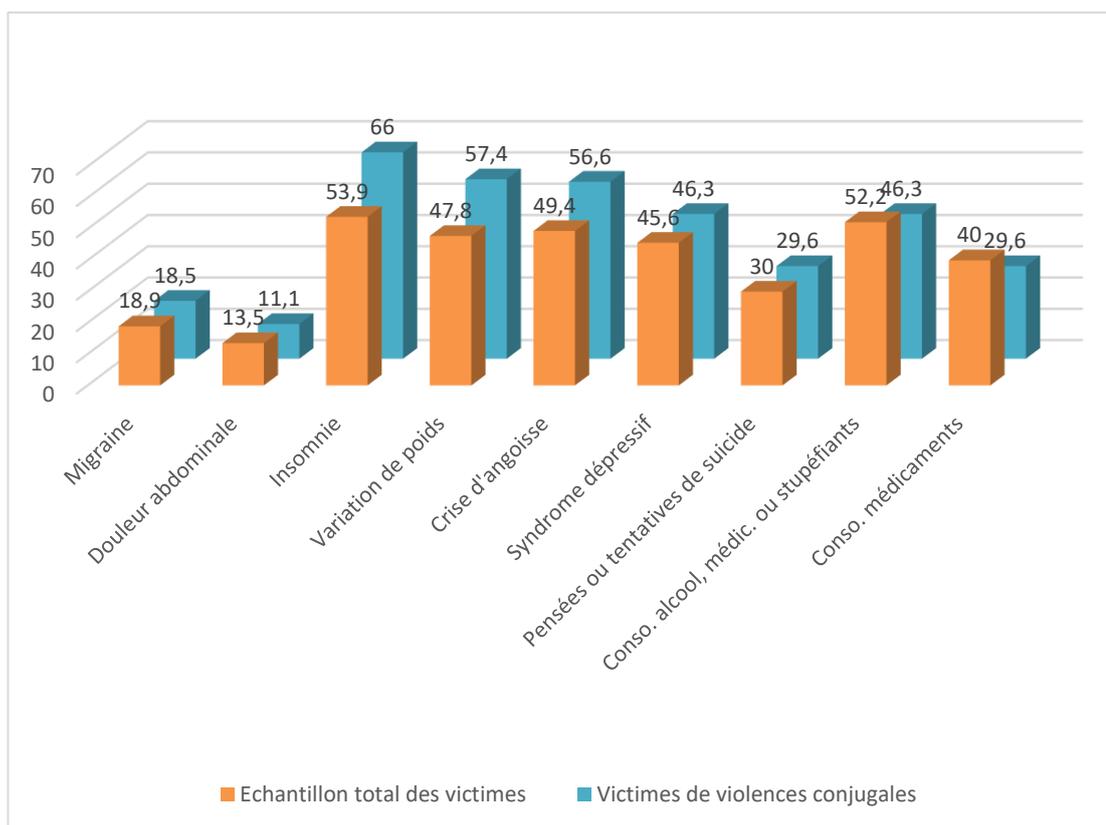


Figure 8 : Symptomatologies chroniques des victimes (%)

III. Description des démarches entreprises et des facteurs associés pouvant être l'initiative des démarches

Le délai médian entre les premiers faits de violences et le recours à une instance est de 4 ans [IQR= 0.75,10.00].

Chez les 46 femmes ayant entrepris des démarches, on note à part égale un premier recours à 29,5 % tant chez le médecin généraliste qu'aux services des forces de l'ordre pour les 46 femmes concernées. 15,9 % ont eu recours dans un premier temps à un psychologue ou psychiatre, 6,8 % aux services d'urgences. Les associations ont été un premier recours pour seulement 4,5 % et le numéro vert (3919) dans 2,3 % des cas.

Pour 48,7 % de ces femmes, le fait d'avoir complété ce questionnaire les motive à poursuivre leurs démarches. 65,9 % d'entre elles, pensent que la médiatisation des violences faites aux femmes aide à en parler ou à maintenir les démarches.

Chez les 79 femmes victimes de violences, mais n'ayant jamais entrepris de démarches, il en ressort que le médecin généraliste serait à 41,9 % le premier recours envisagé hors entourage, suivi à 31,1 % par les services de police ou de gendarmerie, puis à 24,3 % par une consultation chez le psychologue ou psychiatre. Les services d'urgences sont envisagés à 14,9 %, les associations d'aides aux victimes à 12,2 % et le numéro vert d'aides aux victimes à 2,7 %.

Pour 32,4 % de ces femmes, le fait d'avoir complété ce questionnaire les incite à entreprendre des démarches. 68,9 % d'entre elles, pensent que la médiatisation des violences faites aux femmes aide à en parler ou à entreprendre les démarches.

Figure 9, Tableau 3

Le fait d'être victime de violences conjugales n'est pas un facteur associé de manière significative à la présence d'une démarche initiée (30,5 % vs 42,4 %, $p=0,168$).

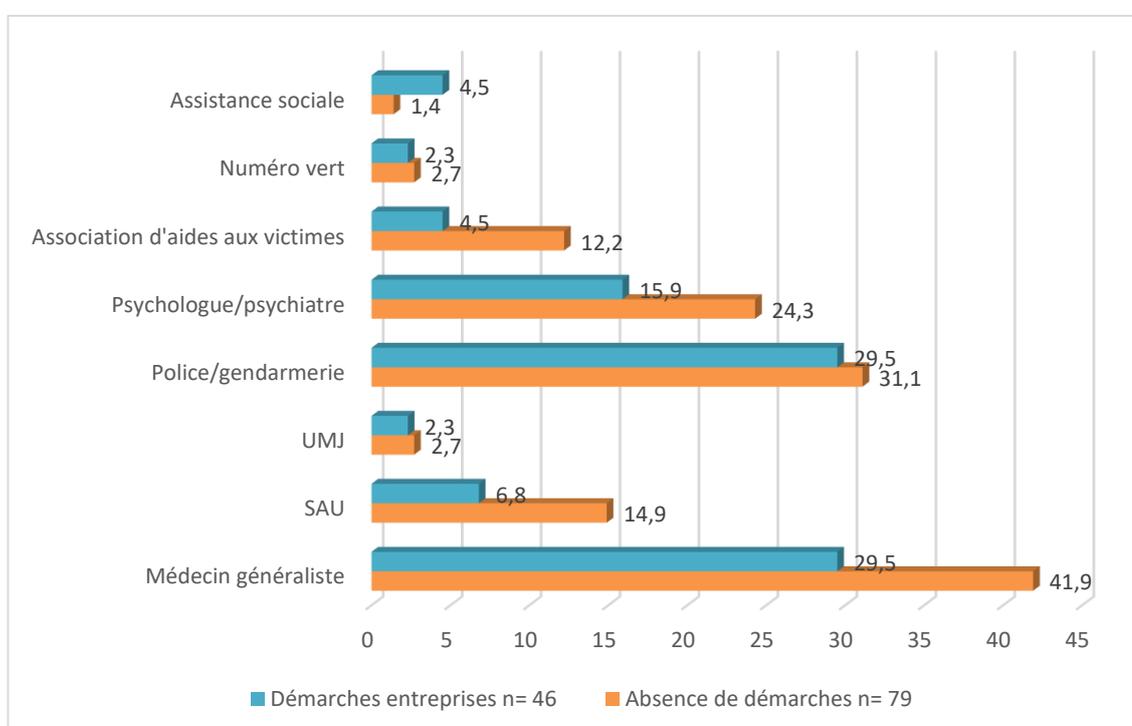


Figure 9 : Premiers recours envisagé ou entrepris, selon la présence ou non de démarches initiées

IV. Place de la consultation en médecine générale

Dans l'échantillon global, 30,6 % des femmes n'avaient pas connaissance que le médecin généraliste pouvait les aider, les écouter et les orienter dans l'initiative d'une démarche, qu'elle soit judiciaire ou personnelle par un changement de vie, sans différence significative dans les sous-groupes violences et démarches initiées.

91,8 % des femmes ayant répondu au questionnaire, souhaitent un dépistage systématique lors d'une consultation de médecine générale. Ce chiffre s'échelonne dans une proposition quasi-identique dans le sous-groupe violences (88,6%) et dans le groupe avec démarches entreprises (91,3%) sans différence significative ($p=0,109$; $p=0,468$). **Tableau 4**

Tableau 4 : Connaissance de la place du médecin généraliste dans l'échantillon global de patientes et selon la présence ou non, de violences ou de démarches

	Échantillon global N = 376	Violences		p	Démarches		p
		Non N = 251	Oui N = 125		Non N = 79	Oui N = 46	
Connaissance du rôle du médecin généraliste	258 (69.4)	173 (69.2)	85 (69.7)	0.926	54 (71.1)	31 (67.4)	0,670
Souhait d'un dépistage systématique	338 (91.8)	229 (93.5)	109 (88.6)	0.109	67 (87.0)	42 (91.3)	0,468
par le biais d'une question orale lors de la consultation	243 (67.3)	152 (62.0)	91 (78.4)	0.002	63 (85.1)	28 (66.7)	0.020
par le biais d'un auto-questionnaire par la distribution d'une plaquette d'informations	167 (46.3)	122 (49.8)	45 (38.8)	0.050	26 (35.1)	19 (45.2)	0.283
par le biais d'une boîte mail dans le but de raconter l'histoire et d'obtenir un retour d'informations	90 (24.9)	68 (27.8)	22 (19.0)	0.071	13 (17.6)	9 (21.4)	0.610
par le biais d'une boîte mail dans le but de raconter l'histoire et d'obtenir un retour d'informations	89 (24.7)	64 (26.1)	25 (21.6)	0.347	15 (20.3)	10 (23.8)	0.656

D'une manière générale, les femmes souhaitent à 67,3 % un dépistage par le biais d'une question orale que le médecin généraliste peut poser au cours de sa consultation, suivi à 46,3 % de l'utilisation d'un auto-questionnaire à remettre au médecin traitant. 24,9 % des femmes souhaitent la diffusion d'une plaquette d'information et 24,7 % aimeraient pouvoir raconter leur histoire par le biais d'une boîte mail en recevant en retour des informations afin d'entreprendre des démarches.

Figure 10

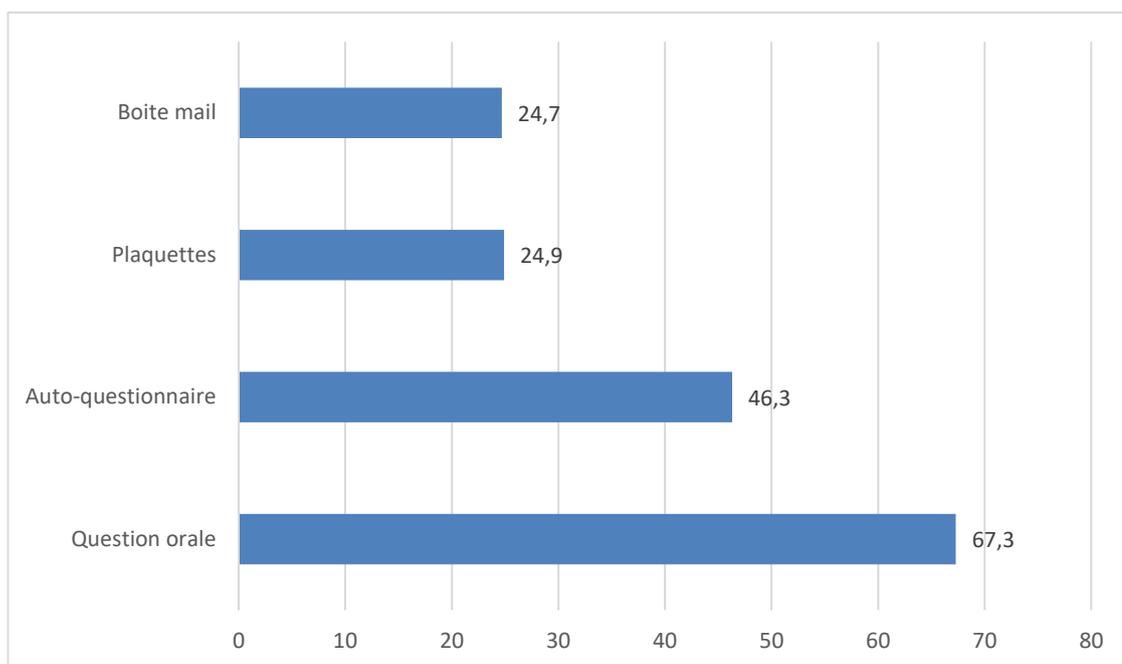


Figure 10 : Moyen de dépistage souhaité dans l'échantillon global

DISCUSSION

I. Principaux résultats

A. Facteurs de risque associés à la violence et profil des femmes victimes de violence

1. Caractéristiques sociodémographiques

Une femme sur cinq, victime de violences, est non diplômée ou titulaire du brevet. Le(la) partenaire est également dans les mêmes proportions non diplômé ou titulaire du brevet des collèges. En revanche, le fait d'avoir un niveau d'étude bac + 2 et supérieur, ressort comme facteur protecteur. Le statut d'activité apparaît également discriminant dans l'enquête CVS où 2,9 % des chômeurs ont déclaré avoir été victimes de violences physiques (hors situations de vol et hors ménage). Cette catégorie sociale se place en tête de course, suivie par les étudiants à 2.2 %.

(7) En 2001, l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) avait déjà permis de montrer que le niveau d'étude et notamment le chômage, constitue un facteur aggravant de la violence. En effet, les situations de précarité face à l'emploi, qu'elles concernent l'un ou l'autre des partenaires, doublent la proportion de femmes victimes de violences. On peut l'expliquer par le fait que les femmes victimes de violences, notamment conjugales, sont retirées du monde du travail, constituant ainsi un facteur aggravant. (17,20)

Les caractéristiques de l'enfance sont également primordiales à analyser. En effet, il s'agit du second facteur indispensable à prendre en compte. Notre étude permet de faire ressortir que vivre hors du foyer parental pendant l'enfance, est un facteur aggravant et se rattache à la présence de violences à l'âge adulte. Vivre hors foyer signifie chez un parent proche, en foyer ou en famille d'accueil, ce qui est le cas pour 14.4 % des femmes victimes de violences dans notre étude. La moitié de ces femmes ont été témoins et/ou victimes de violences pendant l'enfance (intrafamiliales ou extrafamiliales). Ce point concorde avec la littérature où l'enquête ENVEFF rapporte que la présence de violences intrafamiliales en tant que témoin pendant l'enfance, pour une femme, la positionne quatre fois plus à risque d'être victime que les autres femmes à l'âge adulte, et dix fois plus à risque si elle a été

victime de violences dans l'enfance. (17,20) Tursz, A. dans son étude en 2013, a travaillé sur les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte. Il a été mis en évidence la fréquence plus importante de difficultés d'adaptation sociale à l'âge adulte avec notamment des comportements agressifs et violents envers soi-même et envers les autres. (21) Ceci vient en complément de l'étude de Currie et Widom, 2010 où la présence de maltraitances dans l'enfance est reliée à un niveau éducatif plus bas et plus de problèmes d'emplois. (22) Cercle vicieux comme énoncé précédemment où le faible niveau d'institutionnalisation est rattaché à la présence de violences dans notre étude.

2. Habitus de la femme victime

La consommation de substances médicamenteuses ou toxiques est un facteur présent davantage chez les femmes victimes de violences (médicaments hypnotiques ou anxiolytiques pour 27 % d'entre elles, cannabis pour 7.2 % et drogues dures pour 3.2 %). Plus de la moitié des victimes, ont débuté cette consommation après le début des violences, qu'elle soit médicamenteuse ou toxique. 52.8 % des femmes répondant à l'étude ont déclaré une consommation d'alcool. En analyse bivariée, cette modalité n'est pas ressortie comme facteur de risque associé à la violence, car le mode de consommation (festif ou régulier) n'a pas été discriminé dans le questionnaire.

La consommation de médicaments anxiolytiques ou psychotropes est un point notable qui concorde avec les résultats de l'enquête ENVEFF où elles étaient également plus nombreuses à avoir consommé des psychotropes, notamment pour celles qui avaient été victimes de violences physiques à plusieurs reprises. Prosman et al, annonce 4.1 fois plus de prescriptions d'antidépresseurs chez les femmes victimes de violences conjugales. (17,23) Ceci s'explique par la présence de conséquences engendrées par ces violences. En effet, parmi les femmes victimes de violences, ce sont presque les trois quarts des victimes qui rapportent une perturbation dans leur vie quotidienne à la suite des violences. Ces perturbations sont de plusieurs natures, pour les trois quarts, elles déclarent perdre confiance en elle, plus de la moitié se sent triste, avec une peur constante, s'y associant troubles du sommeil, variation de poids et crise d'angoisse. A noter que le tiers des femmes

victimes de violences rapportent des pensées suicidaires voire des passages à l'acte par tentative de suicide.

Dans la littérature existante, ces chiffres tendent plutôt vers une femme sur deux déclarant avoir des perturbations de leur vie quotidienne. (7) Selon Beydoun et al. 2012, un syndrome dépressif majeur est corrélé fortement à la présence de violences conjugales. (24) Les publications dans ce domaine sont nombreuses et convergent toutes vers des résultats similaires. La publication de Campbell dans *The Lancet* en 2002 confirme l'association entre la présence de violences physiques ou sexuelles par le conjoint et l'existence de douleurs chroniques, signes gastro-intestinaux et gynécologiques chroniques, syndromes dépressifs et troubles de stress post-traumatique. (25,26)

3. Grossesse : cas particulier de violences conjugales

Une femme sur 4, victimes de violences, a déjà eu recours à l'IVG ou a perdu un enfant. La grossesse constitue, à elle seule, un facteur particulier de violences conjugales, car rapportée par une femme sur 11. (12) Pour parler de dépistage systématique, celui-ci est bien présent et fortement recommandé dans le cadre d'une grossesse et la question de la violence est abordée pour toute femme enceinte, y compris celle ayant recours à un IVG. C'est un consensus international. (27) Pour expliquer cela, on peut émettre l'hypothèse que la grossesse peut ne pas être désirée en étant la conséquence d'un viol conjugal ou non-conjugal. Dans le cadre de violences, les grossesses peuvent également avoir été décidées par le couple en période d'accalmie ou être la conséquence de l'impossibilité pour la femme d'utiliser une contraception. Pour toutes ces raisons, la grossesse aboutit alors à des interruptions volontaires de grossesse. S'y ajoute le fait que les déclarations de grossesses sont parfois tardives, et donc ces patientes ont une moins bonne surveillance avec pour conséquences des accouchements prématurés, des retards de grossesse in utéro voire des décès in utéro. Aux violences, peuvent s'associer un tabagisme actif ou passif, une consommation d'alcool ou de drogues et de médicaments, et toutes les complications que cela peut engendrer et qui retentit sur l'évolution de la grossesse et l'état de l'enfant. Ceci pouvant probablement en partie expliquer le chiffre de 25 % de femmes victimes de violences qui ont déjà perdu un enfant. (28,29)

4. Facteurs déclenchants à l'initiative des violences

Plus de la moitié des situations de violences ont lieu sans contexte particulier, et plus d'un quart (27.3%) des violences conjugales débutent lors d'une décision de séparation.

Presque 60 % des femmes participant à l'étude vivent en couple au moment où elles répondent au questionnaire, à un âge moyen de 45.06 ans pour les participantes. Ces chiffres collent ceux de l'INSEE, où 68.2 % des femmes âgées de 45 ans vivent en couple. (30) La rupture est donc une circonstance menant à l'escalade des violences. Les données relevées dans la littérature annoncent 23 % des femmes victimes de violences conjugales déclarant se trouver dans une situation de séparation ou divorce. (5)

Un événement de vie traumatisant a été l'élément déclencheur des violences pour une femme sur 4, dont le décès d'un proche pour 71.9 %.

Dans notre étude, 40.8 % des situations de violences ont lieu dans un contexte de consommation de toxiques (alcool, cannabis) ou de médicaments de l'auteur, et se majorant même à 53 % dans le cas particulier des violences conjugales. L'enquête CVS nous rapporte quant à elle, sous l'emprise d'alcool ou d'autres drogues, 37 % de violences sexuelles hors ménages, et 27 % dans le cadre de violences au sein d'un foyer, soit plus de 3 victimes sur 10 rapportent que le partenaire intime était sous l'influence de l'alcool ou de la drogue au cours des violences. (7)

5. Quelles connaissances sur l'auteur ?

L'auteur des violences est un homme dans les trois-quarts des situations, ce qui laisse 10 % de femmes, auteur de violences. Ces chiffres sont confirmés par Lefebvre P. (11) et dans l'enquête CVS où 81 % des victimes déclarent que l'auteur est de sexe masculin contre 13 %, de sexe féminin. (7)

Une fois sur deux, les violences sont le fait du partenaire intime. Plus d'une fois sur quatre, l'auteur est un apparenté du premier degré. Le rapport de l'enquête CVS nous précise ces pourcentages où, à l'origine des violences domestiques, sont désignés un parent ou le conjoint d'un parent pour 12 % des cas, un enfant ou son conjoint dans 7 % des cas, un autre membre de la famille pour 11 % des cas et une

autre personne vivant dans le logement dans 9 % des cas. (7) Au niveau mondial, les violences sont le fait du partenaire intime dans 38 % des situations de violences. (1)

Lefebvre P. nous rapporte dans son étude que plus de 90 % des femmes connaissaient leurs agresseurs. (11)

6. Descriptifs brefs des violences rapportées dans notre étude

Confirmée par la littérature existante, la répartition des types de violences peut se faire comme suit avec 80.3 % des victimes de violences conjugales qui rapportent des violences physiques, contre 73.6 % des victimes, toutes violences confondues.

Concernant les violences psychologiques, elles sont présentes pour 90.4 % des victimes, toutes violences confondues.

Une victime sur 3 rapporte des violences sexuelles dont presque la moitié qui sont le fait d'un viol intra-familial ou de rapports forcés et pour l'autre moitié, d'attouchements du corps. Que l'on distingue les violences conjugales ou non, ces chiffres restent similaires. (7)

Par comparaison avec d'autres travaux similaires réalisés aux urgences de Lens, et à l'UMJ de Boulogne de Mer, on retrouve respectivement 93.3 % vs 75 % des victimes déclarent avoir subi des violences physiques, 90 % vs 50 % de violences psychologiques et 26,6 % vs 6 % de violences sexuelles. (10,11) Ces discordances s'expliquent par la taille des échantillons qui diffère entre ces trois études, avec un échantillon ne prenant en compte que les violences conjugales pour l'étude réalisée aux urgences.

B. Place du médecin généraliste et attente des victimes envers leurs médecins traitants

Dans notre étude, un délai de 4 ans est observé avant d'entamer une éventuelle démarche, qu'elle soit judiciaire ou personnelle.

Dans presque un tiers des cas, le premier recours entrepris est soit le médecin généraliste, soit les services de l'ordre (police ou gendarmerie). Ces chiffres sont même revus à la baisse dans le rapport de l'enquête CVS où le médecin est le

recours entrepris pour 15 à 18 % des cas, selon les situations (violences physiques ou sexuelles, au sein du ménage ou hors ménage). (7)

Pour autant dans notre étude, dans 40 % des cas, le médecin généraliste est le premier recours envisagé, en l'absence de démarches déjà initiées. On note ainsi une volonté assez marquée d'avoir comme premier recours, le médecin généraliste. Pour expliquer cette discordance, on peut expliquer cela par, probablement, la surreprésentation rurale des patientes, où le médecin généraliste a encore le statut de personne de confiance. Également, nous devons évoquer l'absence de disponibilité du médecin généraliste, empêchant la victime de se livrer pendant la consultation. Ces chiffres nous permettent d'émettre l'hypothèse qu'un dépistage systématique dans le cadre d'une consultation de médecine générale tient toute sa place. Ceci est confirmé par 91.8 % des femmes de l'échantillon total qui sont demandeuses d'un dépistage systématique. Ce chiffre reflète bien l'acceptabilité de la population à recevoir un dépistage systématique, même par les femmes n'étant pas victimes de violences. Ceci se confirme selon Detavernier, 2018 où 80.8 % des femmes victimes de violences conjugales et n'ayant jamais consulté de médecin pour ce motif, sont favorables au dépistage systématique. (10) Prozman et al, montre que les femmes victimes de violences conjugales consultent plus souvent leurs médecins généralistes que les femmes non-victimes, pour des motifs divers (symptômes fonctionnels, psychologiques, habitudes toxiques et problèmes sociaux). (23)

Récemment, Broutain a travaillé en 2021 sur l'application en médecine générale des nouvelles recommandations HAS pour le repérage des violences faites aux femmes, et a permis de montrer les freins des médecins généralistes à ce dépistage. En effet, les médecins généralistes interrogés mettent en avant l'absence de moyens à proposer aux victimes, une fois que celles-ci se soient livrées. (13)

D'autres travaux vont dans ce sens et notamment Coy, en 2005 qui a travaillé sur le dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCP. Les principales difficultés seraient le manque de temps en consultation ainsi qu'une complexité de mise en place d'un dépistage systématique, les patientes consultant souvent pour un autre motif. (9,28,31)

Ces différentes thèses sur le dépistage systématique utilisaient un questionnaire à inclure dans le cadre de la consultation. Cependant, notre étude met

en avant un chiffre de 67.3 % des patientes qui souhaiterait ce dépistage par le biais d'une question orale dans le temps de la consultation, et 46.3 % serait plus à l'aise en répondant à un auto-questionnaire. Ces deux modes de dépistages reviennent majoritairement et semblent d'autant plus, accessible à la médecine générale.

La distribution d'une plaquette d'information destinée aux patientes semble être un moyen les incitant moins à se confier. Réflexion à faire puisqu'il s'agit aujourd'hui du moyen le plus utilisé dans les cabinets de médecine générale (affiche ou flyer en salle d'attente).

Comme le suggèrent les recommandations HAS de 2019 (12), une simple question orale pourrait être « Comment vous sentez-vous à la maison ? » « Comment cela se passe à la maison avec votre conjoint ? ». La question d'un auto-questionnaire à laisser à disposition en salle d'attente pourrait également être une piste intéressante selon les résultats de notre étude.

Barroso M. 2013, confirme la réticence des médecins généralistes à la mise en place de ce dépistage. Les arguments sont multiples, avec principalement la méconnaissance de cette problématique, le manque de formation, de temps et de disponibilité, et aussi la méconnaissance du réseau multidisciplinaire à déclencher. (32) Ces principaux freins se retrouvent dans l'étude Mu-sek-sang, 2017 et d'autres sur le même thème. (28,33) Cependant, il existe un moyen facile d'accès et accessible à toutes les victimes : le numéro 3919- Violence Femme Info. Seulement 7 % des prises en charge téléphoniques sont orientées par un professionnel de santé. (5)

L'évoquer pendant une consultation, c'est laisser une porte ouverte à la discussion. Une femme sur deux ayant rempli le questionnaire s'est sentie remotivée à poursuivre ses démarches et presque un tiers des femmes victimes n'ayant jamais initié de démarches, s'est senti incité à les entreprendre. Il est vrai que les violences ne sont pas seulement une question médicale, mais elles présentent également des aspects sociaux et judiciaires qui peuvent dépasser la seule fonction du soignant. L'isolement social que vit la femme victime de violences, notamment conjugales, donne toute son importance à la consultation du médecin généraliste, souvent médecin de famille, et donc de l'auteur des faits en question, mais aussi par le fait que le généraliste peut être la seule personne autorisée à être rencontré par la victime, et donc seul interlocuteur pour dévoiler les abus de violences. (34)

II. Forces et faiblesses

A. Limite de l'étude

1. Biais de sélection

Un biais de sélection ne peut être exclu, car les médecins sont restés libres de participer à l'étude. Ceux qui ont choisi de distribuer le questionnaire sont peut-être plus sensibles au problème et donc potentiellement mieux formés que l'ensemble des médecins généralistes, entraînant donc une patientèle plus disposée à répondre à ce type de questionnaire et plus ouverte à la discussion.

Il faut noter un mode de distribution du questionnaire, différent selon les cabinets, avec notamment quelques médecins participants qui ont distribué préférentiellement aux femmes qu'ils savaient victimes de violences, ce qui a pu majorer ce biais dans notre étude. Cependant, ce mode de distribution est resté exceptionnel, au nombre de 2 médecins sur les 49 participants.

Nous n'avons pas le nombre total de questionnaires distribués et n'expliquons pas pourquoi 5 médecins ont distribué les 10 questionnaires sans obtenir de réponses. Plusieurs hypothèses peuvent être discutées, avec notamment le temps passé en salle d'attente. En effet, un médecin accumulant un retard, laisse aux patientes en salle d'attente davantage de temps pour compléter le questionnaire. Nous pouvons aussi discuter du mode de retour, il était proposé aux femmes de laisser le questionnaire dans la boîte aux lettres du médecin, cependant un certain nombre d'entre elles ont pu oublier de remettre le questionnaire en sortie de consultation. Il faut aussi mettre en avant qu'une distribution par mise à disposition sur un coin du bureau a également pu entraîner un biais, puisque les patientes découvraient ce questionnaire pendant la consultation du médecin, et donc il est évident que compléter le questionnaire pendant la consultation n'était pas envisageable par manque de temps et par non-respect de l'anonymat. On envisage fortement qu'en sortie de consultation, les patientes n'ont pas pris le temps de remplir le questionnaire afin de le remettre dans la boîte aux lettres du médecin. Un des médecins participants avait laissé à disposition une boîte cartonnée en salle d'attente, et nous avons pu remarquer que ce mode de recueil a permis de recueillir un grand nombre de questionnaires.

2. Biais d'information

Ce type de biais ne peut également pas être exclu devant l'absence de grille standardisée où certaines informations ont pu être sujet à interprétation. La compréhension individuelle du questionnaire étant propre à chacun.

Afin de limiter au maximum ce biais, l'ensemble des questions étaient fermées, permettant une analyse binaire des réponses.

3. Biais de prévarication

Dans ce type d'étude, et pour ce sujet sensible, le biais de prévarication est obligatoirement à prendre en compte. Pour certaines, les informations recueillies sont forcément sous-estimées au moment où elles complètent le questionnaire.

Notamment concernant les violences psychologiques où elles n'avaient peut-être pas conscience d'être victime de violences psychologiques. Pour limiter cela, nous avons mis dans le questionnaire des exemples de violences psychologiques afin que les femmes puissent y réfléchir et limiter au maximum ce biais de prévarication.

De plus, le questionnaire étant strictement anonyme, et le médecin traitant n'étant pas informé des réponses mises dans le questionnaire, les patientes pouvaient se livrer sans adapter leurs réponses.

Néanmoins, on ne peut pas écarter le fait qu'une patiente peut ne pas se reconnaître victime, notamment dans le cadre d'un travail sur un sujet sensible comme celui-ci.

B. Forces de l'étude

La validé externe de notre étude est non négligeable par un taux de participation conséquent. En effet, 49 médecins généralistes avec 376 retours de questionnaires, ce qui nous permet de pouvoir avoir une représentativité de l'échantillon par rapport à la population féminine du département, d'autant plus sur 6 mois d'étude. S'y associe un biais de confusion qui a été diminué en réalisant une

modélisation en analyse multivariée pour quinze variables concernant les facteurs de risques d'être victime de violences.

Nous n'avons pas d'étude de cette ampleur, comparable et réalisée en cabinet de médecine générale, ce qui nous permet de pouvoir obtenir des résultats utilisables pour l'exercice des médecins généralistes concernant les violences faites aux femmes, toutes violences confondues. En effet, la plupart du temps, les études réalisées concernent soit les violences sexuelles, les violences conjugales, ou les violences au sein du ménage en sous divisant les violences conjugales et non-conjugales.

Ainsi, pour un médecin généraliste, il n'y avait pas de textes ou de recommandations reprenant les facteurs de risques pour une femme, d'être victime de violences, toutes violences confondues.

D'autant plus, pour cette étude prospective, nous avons limité le nombre de données manquantes que nous avons choisi de ne pas faire figurer dans les résultats. En effet, ces données manquantes étaient trop peu nombreuses par rapport au nombre total de réponses engendrées par les 376 retours de questionnaires.

L'ensemble de ce travail suit les critères STROBE. (35)

III. Perspectives

Comme énoncé précédemment, toutes situations difficiles peuvent être le facteur déclenchant de violences, notamment au sein d'un couple.

La situation sanitaire vécue mondialement depuis 2019 en est un exemple. En effet, l'épidémie due au SARS COV-2 a fait naître une augmentation du nombre de femmes victimes de violences, et notamment conjugales, au niveau mondial. Par comparaison à 2019, le numéro 3919 a recensé plus de 22 % d'appels supplémentaires en 2020. (36) Ceci s'explique, en effet, par les épisodes de confinement de la population, pic maximal des appels au 3919, avec maintien du couple dans un même lieu, diminution des liens sociaux pour l'auteur et la victime et également majoration de la consommation d'alcool au sein du domicile. De la même manière, la femme victime se voit restreindre l'accès aux systèmes de soin, aux

réseaux de protections et à ses proches. Ceci majorant les situations difficiles, anxiogènes au domicile. (37)

Le système de soin a un rôle majeur à jouer afin de dépister les violences et de permettre un accès pour les victimes aux services et réseaux de protections. La première ligne de ce système de santé est le médecin généraliste. Il est primordial, d'autant plus dans les suites de cette pandémie, d'augmenter le dépistage des femmes victimes de violences. Le premier rôle en tant que généraliste est de se sensibiliser à ce problème qui est un enjeu majeur de santé publique, en étudiant donc les facteurs de risque afin de pouvoir cerner davantage cette population à risque. Une fois dépisté, le soutien apporté consiste dans un premier temps à écouter, faire preuve d'empathie, sans jugement, en recueillant les expériences et les sentiments des victimes puis en les orientant vers des réseaux de protection ou des services de soutien dans un second temps.

La médiatisation des violences, notamment conjugales, aide les femmes à se rendre compte de l'anormalité de leurs situations. Pour certaines, cette médiatisation permet de leur ouvrir une porte. Le fait que le médecin généraliste vienne secondairement tendre une main, pendant une consultation, peut leur permettre d'en parler afin d'obtenir un premier soulagement et un soutien. Dans notre étude, on retient tout de même 65.9 % des femmes victimes ayant déjà entrepris des démarches, se sentent aidé par la médiatisation. Ce chiffre tend à 68.9 % pour celles qui n'ont pas entrepris de démarches et qui se sentent déjà aidé et soutenu en entendant ce sujet repris par les médias.

Les médecins généralistes ont souvent mis en avant le manque de formation à l'égard de ce sujet. La MIPROF a élaboré des kits pédagogiques sur plusieurs thèmes : violences au sein du couple, violences sexuelles, violences sexistes et sexuelles au travail, harcèlements et violences sexuels dans les transports, kit handicap, impact sur les enfants des violences au sein du couple, accueillir une femme victime de violences. (38) Pour prendre l'exemple du kit sur les violences conjugales, celui-ci se compose d'un court-métrage reprenant le mécanisme des violences, le repérage et la prise en charge, ainsi que plusieurs documents adaptés à chaque spécialiste de la santé (urgentistes, infirmiers, kinésithérapeute, pharmaciens...). (39) **Annexe 6**

Dans le cadre des violences conjugales, la HAS a également mis à jour ces recommandations afin d'aider le médecin généraliste au repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. **Annexes 1 et 2**

L'autre argument des médecins généralistes était le manque de moyens après avoir dépisté des violences faites aux femmes. Pour cela, nous avons élaboré une plaquette (**Annexe 7**) reprenant les caractéristiques de ces victimes et les principaux correspondants afin de pouvoir orienter facilement les femmes désireuses d'un soutien. Il faut néanmoins toujours avoir en tête que le plus simple pour le médecin généraliste est d'orienter vers le numéro 3919 – Violence Femme Info (3919-VFI) qui va permettre à la femme victime de créer une fiche victime et d'obtenir un soutien et les coordonnées des correspondants locaux. Pour rappel, seulement 7% des professionnels orientent vers le 3919. (5)

Dans le cas où la patiente ne serait pas demandeuse d'une prise en charge, le médecin généraliste peut se tenir à disposition pour un soutien psychologique et recevoir en consultation la patiente selon ses besoins. L'un des réflexes à obtenir serait de lui proposer la rédaction d'un certificat de coups et blessures (**Annexe 8**) afin d'obtenir une trace écrite qui pourrait être utilisable par la suite dans le cadre d'une éventuelle plainte déposée.

Courant 2019, s'est tenu une avancée au sein du cadre légal visant à protéger davantage les femmes victimes. Un groupe de travail Justice, et représentant du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et de la Haute Autorité de Santé (HAS), dans le cadre du Grenelle, ont émis une proposition de dérogation au secret médical de signalement de femmes victimes de violences conjugales. Cette dérogation, prévue par la loi du 30 juillet 2020, modifie les dispositions de l'article 226-14 3° du code pénal. (40)

« Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République. »

Ainsi, lorsqu'une femme majeure victime de violences conjugales se trouve en situation de danger immédiat et à condition d'être sous l'emprise de l'auteur des violences, le médecin peut déroger au secret médical en signalant au procureur de la République, les faits de violences, avec l'accord de la patiente, le cas échéant, après information de celle-ci. Un vade-mecum a été élaboré par ce groupe de travail comme outil pour les professionnels de santé. (41,42) Cette nouvelle loi ne crée pas une obligation de signalement pour le soignant, elle lui permet de le faire sans violation du secret médical. **Annexes 9 et 10**

Un tableau rassemblant les critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise a été élaboré pour venir en aide au soignant dans la décision d'un signalement. Comme signalés dans le vade-mecum, ces critères ne sont pas impératifs, ni exhaustifs. Les items énoncés en violet sont à considérer comme des signaux d'alerte. **Annexe 11**

Ainsi, l'ensemble de ces outils est facilement accessible, et est une aide pour le médecin généraliste pour le dépistage et la prise en charge de ces nombreuses femmes victimes de violences. Le dépistage des facteurs de risque de violence ainsi que des violences en elle-même doit être systématique et de manière répétée tout au long du suivi d'une patiente.

CONCLUSION

De plus en plus, les violences envers les femmes sont médiatisées. En effet, les chiffres sont alarmants, d'autant plus qu'on est conscient de la sous-estimation de ces chiffres par les enquêtes de victimation. Il s'agit d'un sujet sensible où le tabou règne, par crainte de la victime et emprise de son auteur. On estime qu'une femme sur trois a déjà été victime de violences au niveau mondial, dont 30 % sont conjugales. Les femmes ne sont évidemment pas les seules victimes de violences, cependant elles en sont trois fois plus touchées, ce qui en fait un problème majeur de santé publique au niveau mondial. 38 % des féminicides sont causés par le partenaire, 113 féminicides en France en 2021 soit un féminicide par le conjoint tous les 3.5 jours.

Malgré ces chiffres, les motifs de consultations pour violences en médecine générale ne sont pas d'ordre commun. Notre étude permet de venir renforcer les précédentes enquêtes de victimation, en s'adaptant à la médecine générale.

Nous avons ainsi pu mettre en évidence et confirmer plusieurs facteurs de risques d'être victime de violences notamment le faible niveau d'institution de la victime ou du partenaire, les conduites addictives (médicaments, alcool, drogues), la réalisation d'un IVG, le décès d'un enfant, le fait d'avoir été victimes ou témoins de violences durant l'enfance, un contexte type séparation, grossesse, période périnatale, décès d'un proche ou tout événement de vie traumatisant. Cependant, il faut noter que plus de la moitié des violences ont lieu sans contexte particulier.

L'auteur des violences est le partenaire intime dans plus de la moitié des situations, cependant près d'un tiers ont lieu par un entourage proche au premier degré. Pour 9 femmes sur 10, il persiste des séquelles physiques, psychologiques, sociales et/ou économiques. On note principalement des troubles anxieux, syndrome dépressif, troubles du sommeil, variation de poids, peur constante, crises suicidaires et des conduites addictives (médicamenteuses, alcools et stupéfiants).

Il faut bien noter que nous parlons de facteurs de risques associés à la violence. L'un des objectifs de notre étude était de déterminer un profil type de femmes victimes de violences. Evidemment, il n'existe pas de profil type

prédisposant aux violences. Cependant, en parlant de facteurs associés à la violence, nous aidons le médecin généraliste à dépister plus facilement les éventuelles femmes victimes au sein de sa patientèle, toutes violences confondues, qu'elles soient conjugales ou non.

Pour toutes ces raisons, le dépistage des violences faites aux femmes par le médecin généraliste est indispensable et devrait être de pratique courante. 91.8 % des femmes interrogées souhaitent un dépistage durant une consultation. Près d'un tiers des femmes n'avaient pas connaissance que leur médecin traitant pouvait les aider. En effet, dans notre étude, on remarque que le médecin traitant est un recours envisagé pour 41.9 % des femmes victimes de violences, alors qu'il est le premier recours entrepris dans seulement 29.5 % des cas. Ces chiffres sont parlants. Les femmes victimes sont en demande et souhaitent une main tendue afin d'engager une démarche.

Pour cela, plusieurs outils existent pour le médecin généraliste. En effet, le sujet se médiatisant, les chiffres alarmants, la HAS a travaillé sur le sujet et a publié un outil d'aide au repérage et à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. La MIPROFF met également à disposition plusieurs kits pédagogiques afin de se sensibiliser au sujet, par le biais de court-métrage et de fiches conseils.

Sur le plan législatif, la loi du 30 juillet 2020 modifie les dispositions de l'article 226-14 3° du code pénal en permettant au médecin de signaler au procureur de la République, sans violation du secret médical, une femme majeure victime de violences conjugales à condition qu'elle se trouve en situation de danger immédiat et sous l'emprise de l'auteur.

Dans le cadre de ce travail, nous avons réalisé une plaquette d'information (**Annexe 7**), à diffuser aux médecins généralistes afin de les sensibiliser davantage. Cette dernière reprend également quelques conseils pour le repérage et la prise en charge des victimes, ainsi que les coordonnées des correspondants locaux. Par le biais de QR code, s'y trouve également des fiches modèles pour le signalement d'une femme victime et pour la rédaction des certificats de coups et blessures, ainsi que des liens directs vers les dernières recommandations de l'HAS et du vade-mecum rassemblant les critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise par l'auteur. Il serait intéressant de poursuivre l'étude en mesurant l'impact de la distribution de cette plaquette sur l'amélioration du dépistage systématique par les médecins généralistes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la Santé. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. 2013.
2. Organisation mondiale de la Santé. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2021 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Femmes et hommes face à la violence - Insee Première - 1473 [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280920>
4. Les Lettres de l'Observatoire national des violences faites aux femmes | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/les-lettres-de-l-observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes>
5. Zegai M. Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info » Année 2021. 2021;48.
6. INSERM, CNRS, INED. Présentation méthodologique de l'enquête Enveff 2000 en Métropole. 2005;8.
7. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. 2019 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
8. Benadou Leïla, MIPROF. Lettre n°17 - Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2020 [Internet]. 2021 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr>
9. Coy C, Morvant C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPs [Thèse d'exercice]. [Paris VI]: Université de Paris VI - Pierre et Marie Curie; 2005.
10. Detavernier L, Masse J. Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens [Thèse d'exercice]. [Lille]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2018.
11. Lefebvre P, Chochois S. Violences faites aux femmes dans le Pas-de-Calais - UMJ de Boulogne-sur-Mer [Thèse d'exercice]. [Lille]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2018.

12. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. 2020;3.
13. Broutain E, Ponchant M. Utilisation de la nouvelle recommandation HAS sur le dépistage systématique des violences faites aux femmes : Point de vue des médecins généralistes en vue de l'élaboration d'une fiche réflexe. [Thèse d'exercice]. [Lille]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2021.
14. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. 2002;12.
15. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique [Internet]. Istanbul; 2011 [cité 24 avr 2022] p. 26. Disponible sur: <https://rm.coe.int/1680084840>
16. Association Mémoire Traumatique et Victimologie Accueil [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/>
17. Saurel-Cubizolles MJ. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000. 2005;2.
18. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants [Internet]. 2017 [cité 11 déc 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254897>
19. Fédération Nationale Solidarité Femmes [Internet]. 2021 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.solidaritefemmes.org/>
20. Déclaration de Mme Nicole Péry, secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle, sur les résultats définitifs de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), Paris le 4 octobre 2001. [Internet]. 2001 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/201612-declaration-de-mme-nicole-pery-secretaire-detat-aux-droits-des-femmes>
21. Tursz A. The consequences of child abuse on physical and mental health in adulthood: an epidemiological approach to public health. Rev Francaise Aff Soc. 31 juill 2013;(1):32-50.
22. Currie J, Spatz Widom C. Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. Child Maltreat. mai 2010;15(2):111-20.
23. Prosman GJ, Lo Fo Wong SH, Bulte E, Lagro-Janssen ALM. Healthcare utilization by abused women: A case control study. Eur J Gen Pract. juin 2012;18(2):107-13.
24. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med. sept 2012;75(6):959-75.

25. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet Lond Engl.* 13 avr 2002;359(9314):1331-6.
26. Lamy C, Dubois F, Jaafari N, Carl T, Gaillard P, Camus V, et al. Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* août 2009;57(4):267-74.
27. Je suspecte, j'identifie | Déclic Violence [Internet]. [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/p/je-suspecte-jidentifie>
28. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
29. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* sept 2005;34(5):513.
30. Personnes vivant en couple selon le sexe et l'âge | Insee [Internet]. [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5209673>
31. 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]: Université Joseph Fourier; 2012.
32. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Paris VII]: Université Paris Diderot; 2013.
33. Mu-sek-sang R. Le dépistage systématique des violences conjugales : Etude réalisée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2017 [Thèse d'exercice]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2017.
34. Feder G. Responding to intimate partner violence : what role for general practice? *Br J Gen Pract.* 1 avr 2006;56(525):243-4.
35. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):34-8.
36. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Appels au 3919 en 2020 : 22% ! [Internet]. 2021 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.solidaritefemmes.org/actualites/appels-au-3919-en-2020-22>
37. Organisation mondiale de la Santé. COVID-19 et violence à l'égard des femmes [Internet]. 2020 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331762/WHO-SRH-20.04-fre.pdf>
38. Outils de formation | Arrêtons les violences [Internet]. 2020 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-de-formation>

39. MIPROF. Livret d'accompagnement du court métrage de formation « Anna » - Violences au sein du couple. 2021;1:39.
40. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 16 avr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510/
41. Secret médical et violences au sein du couple [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020 [cité 16 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/secret-medical-violences-couple>
42. Secret médical et violences au sein du couple - Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal. 2020;41.

ANNEXES

Annexe 1 : Recommandations HAS juin 2019 : Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : comment repérer – évaluer



Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple COMMENT REPÉRER - ÉVALUER

Juin 2019

REPÉRER SYSTÉMATIQUEMENT, MÊME EN L'ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE

- Des questions adaptées au contexte

Par exemple

- « *Comment vous sentez-vous à la maison ?* »
- « *Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ?* »
- « *En cas de dispute, cela se passe comment ?* »
- « *Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ?* »
- « *Avez-vous peur pour vos enfants ?* »
- « *Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ?* »
- « *Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ?* »
- « *Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ?* »
- « *Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ?* »
- « *Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ?* »

- En précisant que ces questions sont abordées avec toutes les patientes étant donnée la fréquence du risque.
- Il n'existe pas de gradient social ou culturel.

Y PENSER EN CAS DE...

Troubles physiques	<p>Signes fonctionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexplicables. ■ Symptômes physiques chroniques inexplicables : douleurs, asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer. ■ Mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple). <p>Signes cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lésions traumatiques surtout si elles sont répétées (anciennes et multiples), évoquant la marque d'un objet vulnérant, avec des explications vagues et qui paraissent peu plausibles avec le mécanisme traumatique allégué. ■ Maladie chronique déséquilibrée.
Troubles psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations. ■ Addictions et/ou abus de substances. ■ Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hypervigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement). ■ Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto-dévalorisation ». ■ États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques. ■ Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars. ■ Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie. ■ Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire. ■ Des troubles psychosomatiques.
Santé sexuelle et reproductive	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infections génitales et urinaires à répétition, et infections sexuellement transmissibles (IST) répétées, transmission du VIH. ■ Troubles de la sexualité, comportement sexuel à risque. ■ Douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie. ■ Grossesses non désirées et Interruptions volontaires de grossesse. ■ Complications obstétricales : décès maternel, hémorragie fœto-maternelle, fausses-couches, infections maternelles, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse. ■ Complications fœtales : mort <i>in utero</i>, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance. ■ Retard ou absence d'accès aux soins périnataux. ■ Comportements à risque pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues illicites, mauvaise nutrition).
En cabinet dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse, etc. ■ Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes, etc. ■ Asymétrie du visage, affaissement facial. ■ Troubles de l'occlusion. ■ Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire. ■ Attitude « trop » résistante à la douleur. ■ Attitude très docile, voire figée. ■ Troubles somatiques. ■ Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche. ■ Réflexions lors de l'examen clinique comme : « <i>J'ai l'impression qu'on me viole</i> ».

Y PENSER EN CAS DE FACTEURS ASSOCIÉS

Qu'une femme soit victime de violence	Qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
<ul style="list-style-type: none"> ■ Le jeune âge. ■ Un faible niveau d'instruction. ■ Une exposition à la violence conjugale dans l'enfance. ■ Maltraitance pendant l'enfance. ■ L'acceptation de la violence. ■ La grossesse, la naissance d'un enfant ; la période périnatale. ■ Les handicaps, les maladies de longue durée. ■ Les problèmes de santé mentale. ■ La dépendance financière. ■ Une conduite addictive (alcool, drogues). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le jeune âge. ■ Un faible niveau d'instruction. ■ Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance. ■ L'abus de drogues et d'alcool. ■ Des troubles de la personnalité. ■ La banalisation de la violence. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Insatisfaction dans le couple. ■ Contexte de séparation conflictuelle. ■ Domination masculine dans la famille. ■ Stress économique, précarité. ■ Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, et/ou sociale et/ou économique. ■ Écart entre les niveaux d'instruction, situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin. ■ Différence d'âge importante dans le couple. ■ Un déracinement géographique entraînant un isolement sociétal.

Y PENSER EN CAS DE COMPORTEMENTS INHABITUELS OU INADAPTÉS...

Du conjoint	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un partenaire accompagnant trop impliqué, répond à la place de sa partenaire, minimise les symptômes, ou tient des propos méprisants et disqualifiants.
Des enfants	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rupture dans le comportement, rupture scolaire. ■ Repli sur soi ou hyperactivité. ■ Régression des acquisitions ou maturité précoce. ■ Troubles alimentaires, troubles du sommeil, douleurs répétées. ■ Actes délictueux, mise en péril de soi.

ÉVALUER LES SIGNES DE GRAVITÉ

- Gravité des actes de violences : fréquence, intensité, contexte (grossesse, enfants, projet de séparation), conséquences des violences (risque de suicide, hématomes, fractures, etc.).
- Dangerosité de l'agresseur : menaces de mort, tentatives de passage à l'acte (ex strangulation) ; présence d'armes au domicile, etc.
- Retentissement sur les enfants du foyer.
- Vulnérabilité de la victime (grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé).

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
 « **Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple** » – Recommandations – Juin 2019.
 Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019

Annexe 2 : Recommandations HAS juin 2019 : Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : comment agir



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

COMMENT AGIR

Juin 2019 – Mise à jour décembre 2020

METTRE EN PLACE DES MESURES DE PROTECTION

En cas de situation jugée grave

- Hospitaliser sans délai après un appel au 15 ou mettre en sécurité en centre d'hébergement d'urgence.
- Conseiller de déposer plainte auprès de la police ou de la gendarmerie.
- Informer du droit de quitter le domicile conjugal avec les enfants, en le signalant à la police (main courante) ou à la gendarmerie.
- Informer du droit de saisir en urgence le juge aux affaires familiales, même sans dépôt de plainte, pour demander une ordonnance de protection (pour cette demande la victime peut être informée par un juriste d'une association du réseau CIDFF (Centre départemental d'information sur les droits des Femmes et des Familles) ou France victime.
- Décider une hospitalisation des enfants pour protection et évaluation.
- Réaliser un signalement auprès du procureur de la République pour la mise en œuvre en urgence de mesure de protection des enfants.
- Faire une information préoccupante à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes), si, sans avoir vu les enfants en consultation, le médecin estime qu'ils peuvent être en danger.
- Si besoin faire un signalement :
 - avec l'accord de la victime, pour porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations constatés, sans nommer l'auteur des faits ;
 - mais cet accord n'est pas nécessaire si la victime est un mineur, une personne vulnérable ou un majeur en danger immédiat et placé dans l'incapacité de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences (article 226-14 du code pénal)^{1,2}.

1. Actualisation suite à la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales.

2. [Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal - Secret médical et violences au sein du couple \(CNOM\)](#).

En cas de situation à risque élevé

- Conseiller à la victime de prévoir des mesures de sécurité pour se protéger en cas d'urgence sous la forme d'un **Plan de sécurité** à préparer de façon anticipée.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Une liste des numéros d'urgence. ● La photocopie des documents personnels. ● Un double des clés et de l'argent de côté. ● Un sac contenant des effets de première nécessité (et les mettre en lieu sûr). | <ul style="list-style-type: none"> ● Identifier à l'avance un lieu où se réfugier (dans la famille, chez des amis ou au sein d'une association). ● Convenir avec de la famille ou des amis de confiance d'un message codé destiné à les alerter en cas de danger imminent. |
|---|--|

INFORMER ET ORIENTER LA PATIENTE

- Informer des structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider.

- **Rappeler à la patiente qu'elle peut appeler le 15 ou se présenter aux urgences 24h/24, 7j/7.**
- **L'inciter à déposer plainte maintenant ou plus tard dès qu'elle se sentira prête et en sécurité pour le faire.**
- **Lui conseiller d'appeler le 3919 (Violences Femmes Info), numéro national d'aide aux femmes victimes de violence, ou le 116 006, numéro européen dédié aux victimes d'infractions pénales.**
- **Solliciter l'aide des services du Conseil départemental, en particulier, la PMI, les services sociaux.**

ÉTABLIR UN CERTIFICAT MÉDICAL OU UNE ATTESTATION PROFESSIONNELLE

- Peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection.

La consultation et l'examen clinique de la patiente sont un préalable indispensable à la rédaction du certificat.

- **N'exprimer aucun jugement ni aucune interprétation : le rédacteur ne se prononce pas sur la réalité des faits, sur la responsabilité d'un tiers, ni sur l'imputabilité.**
- **Ne pas désigner nommément le tiers responsable.**
- **Reporter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif, entre guillemets, sous la forme : « X dit avoir été victime de... », « la victime déclare... », « selon les dires de la victime... ».**
- **Noter les doléances de façon exhaustive (sans interprétation ni tri) et entre guillemets, et les symptômes exprimés par la victime en utilisant ses mots.**
- **Décrire avec précision et sans ambiguïté les faits médicalement constatés (signes cliniques des lésions, signes neurologiques, sensoriels et psycho-comportementaux constatés), en s'appuyant sur l'examen clinique.**
- **Faire figurer les antécédents qui peuvent interférer avec les lésions traumatiques (état antérieur) uniquement avec l'autorisation expresse de la patiente.**
- **Préciser, en cas de violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques, en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne : les violences psychologiques constituent une effraction psychique au même titre que les violences physiques, et de longue durée.**
- **Mentionner si besoin des éléments cliniques négatifs ainsi que la prise de photos ou la réalisation de schémas anatomiques datées et identifiées, avec l'accord de la victime et en conservant un double des photographies.**

- Déterminer une ITT (Incapacité totale de travail) lors du certificat initial n'est pas obligatoire : à éviter en l'absence de compétences spécifiques (l'ITT sera fixée ultérieurement à la demande des autorités par les services compétents).
- Modèles de certificats/d'attestations et conseils à consulter en annexe des Recommandations de bonne pratique « [Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple](#) » :
 - si vous êtes médecin ;
 - si vous êtes sage-femme ;
 - si vous êtes chirurgien-dentiste ;
 - si vous êtes masseur kinésithérapeute ;
 - si vous êtes infirmier.

RESSOURCES

→ Numéros d'urgence

- Violences Femmes Info : 3919
- Demande d'hébergement d'urgence : 115

→ Sites d'information

- <https://arretonslesviolences.gouv.fr> (à conseiller aux victimes et qui comporte également une rubrique dédiée aux professionnels)
- Declicviolence : <https://declicviolence.fr>
- CNOM : [Secret médical et violences au sein du couple](#)

→ Recommandations de bonne pratique « [Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple](#) »



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » – Recommandations – Juin 2019.
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019 – Mise à jour décembre 2020

Annexe 3 : Questionnaire mis à disposition dans les cabinets

- Vous arrive-t-il de consommer :
 - alcool cannabis drogues médicaments somnifères ou contre l'anxiété
 - Dans votre enfance, chez qui habitiez vous ?
 - parents famille famille d'accueil, foyer autre :
 - Durant votre enfance, avez vous déjà été témoin de violences ?
 - oui non Si oui, étaient elles ? intrafamiliales extrafamiliales
 - Enfant, avez vous déjà été victime de violences ?
 - oui non Si oui, étaient elles ? intrafamiliales extrafamiliales
- Si vous n'avez jamais été victime de violences, passez directement au dernier paragraphe (n°6).**
- 2) AUTEUR(S)**
- Sexe : masculin féminin
 - Lien entre victime et auteur :
- 3) DESCRIPTION DES VIOLENCES**
- **Lieu :**
 - Domicile Travail Espace public (*rue, transport en commun, lieux publics*)
 - **Contexte :**
 - séparation/divorce consommation alcool/cannabis/drogues dures/médicaments tension au travail sans contexte particulier lors d'une grossesse
 - autre :
 - **Type de violences**
 - dans l'intimité/sans témoin en public (face à l'entourage ou collègues etc)
 - **Avez vous vécu un événement de vie traumatisant avant le début des violences ?** oui non
 - Si oui : décès d'un proche accident de voiture perte d'emploi annonce d'une maladie grave rupture sentimentale récente autre :
 - **Ces violences ont elles encore lieu aujourd'hui ?** oui non
 - Si oui, depuis combien de temps subissez vous ces violences ?
 - premier épisode plusieurs mois 1 à 5 ans 5 ans – 15 ans > 15 ans

N° cabinet : _____ N° patient : _____

QUESTIONNAIRE ANONYME

Analyse prospective des violences faites aux femmes en cabinet de médecine générale

Ce questionnaire anonyme a été conçu dans le cadre d'une étude sur les violences faites aux femmes. Sont concernées par ce questionnaire toutes les femmes de 18 à 75 ans, que vous ayez déjà été victime de violences, ou non. Même si vous n'êtes pas concernées par des violences, votre participation est intéressante. Une fois le questionnaire complété, je vous invite à le déposer dans la boîte aux lettres du cabinet médical ou à le remettre en main propre à votre médecin traitant.

1) ETAT CIVIL, SITUATION FAMILIALE & MODE DE VIE

- **Âge :**
- **Lieu d'habitation :**
 - urbain rural
 - maison appartement domicile éloigné des autres habitations
- **Niveau d'étude :**

Vous	Conjoint(e)
<input type="checkbox"/> Non diplômé	<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants
<input type="checkbox"/> Brevet des collèges	<input type="checkbox"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
<input type="checkbox"/> CAP, BEP	<input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures
<input type="checkbox"/> Baccalauréat	<input type="checkbox"/> Enseignement, santé, fonction publique et assimilés
<input type="checkbox"/> DEUG, BTS, DUT, DEUST	<input type="checkbox"/> Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
<input type="checkbox"/> Licence	<input type="checkbox"/> Employés
<input type="checkbox"/> Maîtrise	<input type="checkbox"/> Ouvriers
<input type="checkbox"/> Master	<input type="checkbox"/> Retraités
<input type="checkbox"/> Doctorat	<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle (dont étudiant)

- **Statut conjugal**
 - célibataire mariée pacée monoparentale en cours de séparation
 - avec un homme avec une femme
- **Statut familial**
 - sans enfant avec enfant(s) combien ? famille recomposée
- **Avez vous déjà eu recours à une IVG ?** oui non
- **Avez vous malheureusement déjà perdu un enfant ?** oui non

VIOLENCE PHYSIQUE

- Coup de poing/pied Gifle Poussée Morsure Brûlure Strangulation
- Objet dangereux/arme blanche Séquestration Autre :

VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE

- Insulte Harcèlement verbal Être suivi avec insistance
- Chantage *Ex : Imposer une manière de s'habiller ou de se comporter en public*
- Menaces/intimidation *Ex : Empêcher d'avoir accès à l'argent du couple*
- Menaces par le biais d'un support (SMS, mail ...)
- Isolement social *Ex : Empêcher de voir ou parler avec des amis, ou d'autres hommes*
- Humiliation *Ex : critique/dévalorise ce que vous faites et/ou votre apparence*
- Autre :

VIOLENCE SEXUELLE

- Harcèlement sexuel Mariage forcé Mutilation sexuelle Exhibition
- Attouchement du corps dont parties intimes Viol intrafamilial ou rapport forcé

- **Est ce que ces violences entraînent une perturbation de votre vie quotidienne :**
 - manque d'efficacité au travail arrêt de travail rumination tristesse peur
 - perte de confiance en soi envie de rien autre :
- **Depuis le début des violences, présentez vous l'un des symptômes suivants :**
 - Migraines Douleur de ventre Insomnie Perte ou prise de poids
 - Crise d'angoisse Syndrome dépressif Pensées ou tentative de suicide
 - Consommation d'alcool, stupéfiants ou médicaments

4) DEMARCHES ENTREPRISES (Si aucune démarche n'a été entreprise, passez directement au paragraphe suivant)

Quel a été le délai entre le début des faits et la première consultation ?

- Quel recours avez vous déjà entrepris :** Médecin généraliste Service d'urgence Service d'Unité Médico Judiciaire Police/gendarmerie Psychologue/psychiatre Association d'aides aux victimes N°vert Assistante sociale Autre :

A quelle instance en avez vous parlé pour la première fois, hors entourage ?

- Médecin généraliste Service d'urgence Service d'Unité Médico Judiciaire
- Police/gendarmerie Psychologue/psychiatre Association d'aides aux victimes
- N°vert Assistante sociale Autre :

Ce questionnaire vous incite-il à poursuivre vos démarches ? oui non

Pensez vous que la médiatisation des violences faites aux femmes vous a aidé à en parler ou vous aide à maintenir vos démarches ? oui non

5) DEMARCHES ENVISAGÉES

Vers qui vous dirigeriez vous en premier recours, hors entourage ?

- Médecin généraliste Service d'urgence Service d'Unité Médico Judiciaire
- Police/gendarmerie Psychologue/psychiatre Association d'aides aux victimes
- N°vert Assistante sociale Autre :

Ce questionnaire vous incite-il à aborder le sujet ou à entreprendre des démarches ? oui non

Pensez vous que la médiatisation des violences faites aux femmes peut vous aider à en parler ou à entreprendre des démarches ? oui non

6) CONSULTATION DU MEDECIN GENERALISTE

Saviez vous que votre médecin généraliste peut aider et suivre des femmes victimes de violences ? oui non

Aimeriez vous que votre médecin généraliste dépiste de manière systématique les violences faites aux femmes lors d'une consultation ? oui non

Comment aimeriez vous que votre médecin généraliste dépiste les violences faites aux femmes ?

- par le biais d'une question orale « Avez vous déjà subi des violences ? »
- « Comment cela se passe à la maison avec Mr/Mme ? » « Le travail se passe bien ? »

par le biais d'un questionnaire à remplir soi même et à remettre à votre médecin généraliste

par la distribution de plaquettes d'informations sur les violences faites aux femmes

par le biais d'une boîte mail pour pouvoir raconter votre histoire et recevoir en retour des informations pour entreprendre des démarches

autre :

En cas de difficultés psychologiques rencontrées à la suite de ce questionnaire, adressez vous à votre médecin généraliste ou appelez le 3919.

Une fois le questionnaire complété, je vous invite à le déposer dans la boîte aux lettres du cabinet médical ou à le remettre en main propre à votre médecin traitant.

Nous vous remercions du temps accordé à cette étude. Votre collaboration est enrichissante.

FERLIN Morgane
Interne en Médecine Générale

Annexe 4 : Courrier explicatif du kit de distribution à destination du médecin généraliste

FERLIN Morgane
3, rue du Flot
62570 PIHEM

Thèse en Médecine Générale
Pihem, le 15/08/2020

06 63 72 95 02
ferlin.morgane@gmail.com

Chère Consœur, cher Confrère,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse en Médecine Générale. Actuellement interne en 4ème semestre, je travaille sur les caractéristiques typologiques et épidémiologiques des femmes victimes de violences en médecine ambulatoire. Nous souhaitons recueillir ces données par le biais d'un questionnaire anonyme. Ces résultats seront comparés tant avec la population générale, qu'avec les données des femmes victimes de violences consultant en médecine légale.

Le but de ce travail est d'en tirer les facteurs de risques mais aussi protecteurs des femmes victimes de violences consultant en médecine de ville. La finalité est de pouvoir, en post thèse, améliorer le dépistage des victimes, en vous divulguant une plaquette d'information avec notamment les profils types, facteurs de risques et facteurs protecteurs.

Je vous sollicite donc par le biais d'un auto-questionnaire, totalement anonyme pour la patiente. La population cible de l'étude est : « toutes les femmes de 18 à 75 ans consultant en médecine générale. »

Pour cela, je vous remets plusieurs exemplaires du questionnaire. Plusieurs modalités de distribution peuvent s'offrir à vous :

- soit le laisser en libre accès en salle d'attente
- soit une distribution systématique par la secrétaire du cabinet
- soit une remise lors d'une consultation

Libre à vous de choisir la ou les modalité(s) qui s'adapte(nt) au mieux à votre pratique.

En ce qui concerne le retour du questionnaire, il sera demandé aux personnes concernées de :

- soit vous le remettre en main propre
- soit le déposer dans la boîte aux lettres du cabinet pour un meilleur respect de l'anonymat

Vous trouverez dans ce kit de distribution, un support cartonné à plier et à laisser en salle d'attente auprès des questionnaires afin d'inviter les femmes à le remplir.

Concernant le retour des données, je vous solliciterai à nouveau par voie postale dans 3 mois afin de me faire parvenir les premiers questionnaires.

La clôture de cette étude aura lieu dans 6 mois, où je vous solliciterai à nouveau pour un second et dernier retour de questionnaires.

En cas d'impossibilité de retour par voie postale, je suis disponible pour me déplacer en cabinet afin de retirer les formulaires.

En cas de manque de formulaire, contactez-moi afin de vous en faire parvenir d'autres ou libre à vous d'en faire des copies.

N'hésitez pas à me contacter et me tenir informée.
Je me tiens à votre entière disposition pour toutes informations complémentaires, par téléphone ou mail.

Adresse de retour :

FERLIN Morgane
3, rue du Flot
62570 PIHEM

06 63 72 95 02
ferlin.morgane@gmail.com

En espérant obtenir des résultats à la hauteur de notre attente et améliorer le dépistage des femmes victimes de violences.

Je vous remercie par avance pour votre investissement dans ce travail de thèse.
Veuillez agréer l'expression de mon profond respect.

Morgane FERLIN
Interne en Médecine Générale

Docteur CHOCHOIS Stéphane
*Directeur de thèse
Chef de service UMJ Boulogne sur mer*

Annexe 5 : Support cartonné pour salle d'attente

Si vous êtes une ***femme*** âgée entre
18 et 75 ans, nous vous incitons à
remplir ce questionnaire totalement
anonyme

Merci pour votre participation

Annexe 6 : Fiche du MIPROF pour le médecin urgentiste

Accueil et prise en charge de la patiente majeure victime de violences : L'urgentiste en première ligne

CONTEXTE

Chaque année, en France, **223 000 femmes** âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou de leur ex-conjoint (enquête CVS, INSEE ONDRP 2010-2015).

Par ailleurs, **62 000 femmes** âgées de 20 à 69 ans déclarent avoir été victime d'un viol ou d'une tentative de viol au cours des douze derniers mois (enquête VIRAGE, INED 2016).

Les conséquences des violences sur la santé sont immédiates, à moyen et long-terme, et portent sur toutes les dimensions : physique, psychologique, reproductive, périnatale et autres. Les violences subies par les femmes sont reconnues comme l'un des déterminants majeurs influant sur leur santé (OMS).

Tous les jours des milliers de patientes poussent la porte des urgences.

L'urgentiste se trouve en première ligne pour accueillir et prendre en charge les patientes victimes de violences.

OBJECTIFS

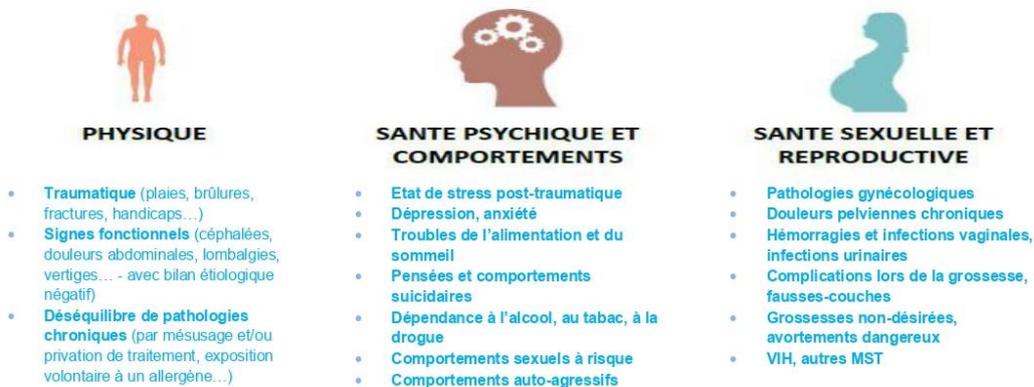
Améliorer le dépistage et la prise en charge des patientes majeures victimes de violences hors réquisition judiciaire.

TREIZE ETAPES

1. Constats, signes et facteurs

Il n'existe pas de symptomatologie typique, tous les retentissements des violences sur la santé sont possibles. Il n'y a pas de profil type de femmes victimes de violences. Le tableau adapté de l'OMS ci-après indique les nombreuses pathologies pouvant résulter de violences.

Les conséquences psychologiques et somatiques des violences étant fréquentes et redoutables, l'urgentiste doit faire le lien en symptomatologie passée et présente, ainsi que les violences subies pour ne pas traiter les symptômes « écrans ».



Des signaux d'alertes : le nombre de passages aux urgences, le comportement de la victime (elle ne souhaite pas se déshabiller,...), les attitudes du conjoint (il veut toujours être présent, il répond à la place de sa conjointe, il fait preuve d'autorité,...).

2. Le dépistage systématique

Hors les situations de violences déclarées (demande de certificat médical, réquisition judiciaire), la façon la plus simple de repérer les violences est d'y penser et de poser directement et systématiquement la question. La littérature scientifique montre que le dépistage systématique est utile, efficace et permet de poser un diagnostic médical adapté. Le questionnement est très bien accepté par les patientes. Il convient de poser quelques questions simples et explicites :

- « Est-ce que vous avez déjà subi des violences dans votre vie, au travail, dans votre enfance, à la maison ? »
- « Est-ce que vous avez subi des événements qui vous ont fait mal et qui continuent à vous faire du mal aujourd'hui ? »
- « Avez-vous été victime de violences physiques, psychologiques, verbales, sexuelles dans votre vie ? »

Précautions pour l'entretien clinique

La consultation doit être confidentielle : en tête-à-tête avec la femme seulement. Eviter de recourir à un proche pour l'interprétariat. Rappeler la confidentialité de l'entretien médical.

Cas particuliers de la patiente victime de violences conjugales accompagnée de son enfant lequel est victime de violences psychologiques en raison de sa présence au moment de l'agression et/ou il a lui-même été victime de violences physiques par son père ou beau-père.

Prendre en compte l'enfant victime de violences conjugales et proposer une prise en charge adaptée.

3. Adopter une écoute active et bienveillante

- Croire ce qu'elle vous révèle et le lui dire.
- Affirmer l'interdiction des violences par la loi et la seule responsabilité de l'agresseur.
- La laisser s'exprimer.
- L'aider à formuler ses demandes d'aide.
- Respecter ses choix et les accompagner.
- Délivrer un message de soutien, de valorisation de sa démarche.

A dire à la patiente victime
« Vous n'y êtes pour rien. »
« L'agresseur est le seul responsable. »
« La loi interdit et punit les violences. »
« Si vous le souhaitez, je peux établir un certificat médical. »

4. Examiner avec bienveillance la patiente

Lui demander son accord avant chaque étape de l'examen que vous allez réaliser après lui avoir donné toutes les explications nécessaires. Lui expliquer que vous pouvez être amené-e à lui demander de se déshabiller afin de constater des blessures, y compris sur les zones intimes, blessures qu'elle peut ne pas avoir encore observées. Lui proposer de se couvrir les parties du corps déjà examinées.

5. Noter précisément dans le dossier médical

- Inscrire le N° de portable personnel de la patiente victime.
- Retranscrire les déclarations concernant les violences de la patiente avec ses mots en ayant obtenu son accord préalable.
- Décrire précisément les symptômes et lésions physiques et psychologiques constatés (taille, localisation, couleurs).
- Si possible prendre des photographies avec un repère métrique.
- Renseigner des dessins corporels.
- Indiquer les examens effectués ou prescrits ainsi que les médicaments prescrits.

Cas particuliers : pour les patientes victimes de viol hors réquisition, voir la dernière page de la présente fiche Rubrique « Cas particulier de la patiente victime de viol »

6. Etablir un certificat médical descriptif

Voir les notices explicatives du Conseil de l'ordre des médecins et du Conseil de l'ordre des sages femmes.

La détermination de l'ITT peut être difficile. C'est pourquoi, cette ITT pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits avec minutie dans le certificat médical.

Remettre l'original uniquement à la patiente et conserver une copie dans le dossier. Si elle ne souhaite pas de certificat, l'établir quand même et les 2 exemplaires doivent être conservés dans le dossier. Il pourra lui être utile *a posteriori*.

7. Délivrer tout traitement utile et un arrêt de travail si nécessaire

8. Evaluer la situation pour identifier le danger et les risques encourus

Plusieurs hypothèses doivent être envisagées concernant la situation de la patiente victime : le retour à son domicile, ses possibilités d'hébergement, la mise en sécurité immédiate. Prendre en compte notamment :

- ✓ Les visites antérieures aux urgences ou dans d'autres services médicaux.
- ✓ La vulnérabilité (grossesse, handicaps, personnes âgées).
- ✓ La peur exprimée par la patiente.
- ✓ La présence d'arme au domicile.
- ✓ La fréquence et la gravité des violences commises, les menaces de mort.
- ✓ Les idées suicidaires ou tentatives suicidaires.
- ✓ L'isolement de la victime.
- ✓ Les soutiens et relais familiaux et amicaux.
- ✓ Les démarches déjà entreprises auprès d'autres professionnel-le-s et associations.
- ✓ La présence d'enfants.
- ✓ L'intervention de la police, de la justice avec garde à vue actuelle de l'agresseur.
- ✓ Les antécédents judiciaires de l'agresseur.

9. Hospitaliser la patiente si nécessaire

Alerter les professionnel-le-s partenaires : (pédiatre, assistante sociale, psychologue, association) pour qu'ils prennent contact avec la patiente avant sa sortie.

Rendre anonyme le dossier informatique de la patiente en cas de risque de représailles de l'agresseur.

En cas de danger et avec l'accord de la patiente, le procureur de la République peut être avisé.

! Si la patiente est une personne vulnérable, un signalement doit être adressé au procureur de la République.

10. Informier et orienter la victime vers le réseau de partenaires professionnels et associatifs.

Rappeler qu'elle peut se présenter aux urgences 24H/24 7j/7. L'inciter à déposer plainte maintenant ou plus tard dès qu'elle se sent prête. L'inviter à appeler le 3919 pour parler et être conseillée. Remettre des dépliants, les coordonnées de tout-e autre professionnel-le intra-hospitalier (assistante sociale, psychologue, pédiatre,...) ou structure partenaire extra-hospitalière (associations, intervenante sociale ou psychologue du commissariat, les services sociaux...)

Grâce à votre aide, elle saura qui contacter quand elle sera prête.

Dans tous les cas, il faut respecter son choix. Si elle ne veut pas porter plainte ou prendre contact avec les associations tout de suite, elle est décisionnaire.

A dire à la patiente victime

« Vous pouvez être aidée par d'autres professionnel-le-s dont je vous donne les coordonnées. »

« Appelez le 3919 pour être informée de vos droits et connaître les associations d'aide près de chez vous. »

« Vous pouvez déposer plainte. »

« Les urgences sont ouvertes 24h/24 7j/7. »

11. Prévenir le service social ou autre partenaire intra et extra hospitalier

Avec l'accord de la patiente, communiquer ses coordonnées au service social, à tout autre service partenaire, à l'association partenaire. Ce partenaire contactera la patiente pour faire un point sur sa situation et ses besoins.

12. Proposer une consultation de suivi ou de soins de suite

13. A remettre à la patiente victime

- ➔ Son certificat médical.
- ➔ Une ordonnance, si nécessaire.
- ➔ Un arrêt de travail, si besoin.
- ➔ La date de la consultation de suivi ou de soin de suite.
- ➔ Les dépliants et/ou les coordonnées des partenaires.
- ➔ Le scénario de protection.

**Le cas particulier des patientes majeures victimes de VIOL
HORS REQUISITION JUDICIAIRE**

Certaines étapes de la prise en charge ont des spécificités pour les patientes victimes de viol.

4. Recueillir des renseignements concernant le viol pour définir les priorités des interventions médicales hors réquisition judiciaire

En cas de révélation de viol, pour déterminer les priorités de la prise en charge, des soins et les constatations médicales, l'urgentiste doit poser quelques questions sur :

- le temps écoulé depuis le viol (date, heure) pour déterminer les interventions médicales notamment examen gynécologique, prélèvements et tests, soins et traitement MST/VIH, grossesse possible...
- l'agresseur : inconnu, conjoint/partenaire, proche ...

Adresser à la patiente sans jugement et en éviter les questions commençant par POURQUOI car elles sont culpabilisantes.

Exemple : Pourquoi vous n'avez pas crié ? Pourquoi vous étiez habillé comme ça ?

5. A- Examen général par l'urgentiste de la patiente victime de viol hors réquisition judiciaire

La femme victime de viol se sent souvent sale et souillée. Lui demander son accord avant chaque étape de l'examen que vous allez réaliser après lui avoir donné toutes les explications nécessaires. Lui expliquer que vous pouvez être amené à lui demander de se déshabiller afin de constater des blessures, y compris sur les zones intimes, blessures qu'elle peut ne pas avoir encore observées. Lui proposer de se couvrir les parties du corps déjà examinées.

Si le viol est récent les prélèvements peuvent se faire jusqu'à 5 jours, pour les autres lésions l'examen se fera au cas par cas

- Se renseigner sur l'utilisation de préservatifs et sur le statut sérologique de la victime (dernier test HIV-séropositivité connue ?)
- Demander un dosage des B HCG, les sérologies (HIV-Hépatite B-Hépatite C) et le bilan sanguin en fonction du protocole AES
- Toxicologie (drogue alcool...)

B- L'examen spécifique par le gynécologue hors réquisition si nécessaire

L'examen gynécologique est conditionné par le délai écoulé depuis le viol.

Les précautions mentionnées dans les paragraphes 3, 5, 6 et 7 s'appliquent à cet examen.

7. Délivrer tout traitement utile et un arrêt de travail si nécessaire

Débuter de façon systématique selon les recommandations du rapport Morlat 2013 **une Trithérapie Post Exposition (TPE)*** selon le protocole AES des urgences de chaque hôpital. Proposer l'azithromycine monodose pour la prévention des IST si nécessaire.

Poser la question de la contraception et proposer la pilule du lendemain si nécessaire.

12. Proposer une consultation de suivi ou de soins de suite

Certaines lésions peuvent apparaître secondairement. Un nouvel examen médical général peut être proposé.

Préciser à la patiente qu'elle doit consulter de nouveau si elle constate de nouvelles lésions ou autres symptômes (troubles psychologiques...).

Annexe 7 : Plaquettes d'informations avec principaux outils à destination des médecins généralistes

Utilisez les bons mots

- La loi interdit les violences
- Vous n'y êtes pour rien
- L'agresseur est le seul responsable
- Vous pouvez être aidée
- Je vous crois
- Vous êtes fortes, rien n'est perdu
- Je vous donne un nouveau rendez-vous
- Appeler le 3919 pour être informée de vos droits et vous orienter vers des réseaux près de chez vous

- Pourquoi vous ne partez pas ?
- Vous vous rendez compte de ce qu'il vous fait subir
- Tout va s'arranger entre lui et vous
- Ce n'est pas si grave
- Pourquoi vous acceptez ça ?

Dans le cas d'une femme majeure, en danger immédiat et sous l'emprise de son auteur: la loi autorise un signalement au procureur de la République

- > Avec l'accord de la victime
- > Le cas échéant, après information de celle-ci

Numéro 3919 – Violences Femmes Info
Appel anonyme 7j/7 - 24h/24
Numéro national de référence: écoute, soutien et orientation des victimes

Unité-Médico-Judiciaire (UMJ)
03 21 99 31 59
umj@ch-boulogne.fr
Permanences Boulogne sur Mer, Calais, CHAM, CHRSO
Prise en charge des victimes et accompagnement psychologique et social

Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)
Boulogne sur Mer 03 21 30 45 41
cidf.62200@wanadoo.fr
Permanences à Boulogne sur Mer, Calais, Marck, Marquise, Berck, Etaples

Béthune pour la région audomaroise
03 21 57 98 57 cidf.assos@wanadoo.fr
Permanences à Arques (Centre Social J.Ferrat), Aire sur la Lys (PAD), Théroutanne (CCAS), Saint Omer (Commissariat)
Information juridique, accompagnement

Association « France Victimes 62 »
03 21 71 62 00
contact@francevictimes62.fr
Permanences sur rendez-vous
Information juridique, accompagnement aux audiences et soutien psychologiques aux victimes d'infractions pénales

Modèle Fiche de signalement - CNOM



Modèle Certificat de coups et blessures - CNOM



FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES



ELLES EXISTENT VRAIMENT!

SOUFFRANCE

SILENCE

SIDERATION

AIDONS LES

Document réalisé par Morgane FERLIN dans le cadre d'une thèse de docteur en médecine générale sur les violences faites aux femmes - Juin 2022

1 femme sur **3** victimes de violences

113 féminicides en 2021

Tous les **3.5 jours**, 1 femme meurt sous les coups de son partenaire ou ex-partenaire

Seulement **18%** de plaintes déposées

VIOLENCES PHYSIQUES
VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES

ce sont aussi des violences

Imposer une manière de travailler

Empêcher de voir des amis

Cyber intimidation

Chantage affectifs

Dévaloriser

Empêcher l'accès à l'argent du couple

Il n'existe pas un profil de femmes victimes de violences. Toutes peuvent être concernées. Cependant, il existe des facteurs de risque et des signes d'alerte.

Faible niveau d'instruction de la femme ou du partenaire dans le cas de violences conjugales	Conduites addictives (alcool, cannabis, drogues)
Victimes ou témoins de violences dans l'enfance	IVG
Exogénose ou prise de stupéfiants par le partenaire	Grossesse Période périnatale
Contexte de séparation	Situation de handicap
Santé mentale affaiblie	Décès d'un enfant
Événement de vie traumatisant (notamment décès d'un proche)	Troubles anxieux, épisode dépressif, troubles du sommeil, variation de poids, pensée ou crise suicidaire ...

91.8% de la population féminine est en demande d'un dépistage systématique des violences : les femmes y sont ouvertes!

« Comment vous sentez-vous à la maison? »

« En cas de dispute, cela se passe comment ? »

« Avez-vous peur pour vos enfants ? »

« Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement ? »

« Est-ce que vous avez déjà subi des violences dans votre vie, au travail, dans votre enfance, à la maison ? »

« Est-ce que vous avez subi des événements douloureux et qui continuent de vous faire souffrir aujourd'hui ? »

« Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ? »

« Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de quelqu'un de votre entourage ou de votre partenaire ? »

Plus d'outils à dispositions:



Recommandations HAS pour aider au repérage des violences au sein du couple - Décembre 2020



Volet-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal en partenariat avec la HAS et le GNDOM - p 15 « Critères d'évaluation du danger immédiat et d'emprise » - Juillet 2020

Annexe 8 : Modèle de certificat médical de violences (CNOM) avec notice explicative

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE Sur demande de la personne et remis en main propre

Un double doit être conservé par le médecin

Je certifie avoir examiné le (date en toutes lettres) : _____ à _____
heure _____, à _____ (Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)

Une personne qui me dit s'appeler Madame ou Monsieur (nom -- prénom) _____

- date de naissance (en toutes lettres) : _____

FAITS OU COMMEMORATIFS:

La personne déclare « avoir été victime le _____ (date), à _____ (heure) _____, à _____ (lieu),
de _____
_____ ».

DOLEANCES EXPRIMEES PAR LA PERSONNE :

Elle dit se plaindre de « _____ »

ETAT ANTERIEUR *(éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés)*

EXAMEN CLINIQUE : (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine)

- sur le plan physique :
- sur le plan psychique :
- état gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) :

Joindre photographies éventuelles prises par le médecin, datées, signées et tamponnées au verso.

INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL

L'évaluation de l'ITT est facultative. L'ITT pour les lésions physiques et pour le retentissement psychologique est établie sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits dans les rubriques ci-dessus.

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.

La durée d'incapacité totale de travail est de ... (en toutes lettres) , sous réserve de complications

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) :

« Certificat établi à la demande de l'intéressé (ou intéressée) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »

DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), SIGNATURE ET TAMPON DU MEDECIN

Notice explicative du certificat médical établi sur demande du de la - patient - e

L'établissement du certificat médical fait partie des missions du médecin. Le médecin qui rédige un certificat conforme au modèle proposé n'encourt aucune sanction disciplinaire. (Article 226-14 du CPP)

Lorsqu'il est sollicité, le médecin ne peut se soustraire à une demande d'établissement de certificat médical émanant d'une victime. Le médecin remet l'original du certificat directement à la victime examinée, et en aucun cas à un tiers (le conjoint est un tiers). Il conserve un double dans le dossier.

A - LES FAITS OU LES COMMÉMORATIFS

Noter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif ET entre guillemets notamment sur le contexte et la nature des faits, l'identité déclaré avec l'auteur des faits, etc. Le médecin ne doit faire aucun jugement ni aucune interprétation.

A titre d'exemple X dit avoir victime de « », La victime déclare« », « Selon les dires de la victime... »).

B - LES DOLEANCES

Noter de façon exhaustive et entre guillemets, les symptômes exprimés par la victime **en utilisant ses mots notamment les troubles du sommeil, cauchemars, troubles des conduites alimentaires, anxiété, conduites d'évitement, conduites addictives, céphalées, insomnies, douleurs digestives, pulmonaires ou dorsales, troubles gynécologiques...**

C - L'EXAMEN CLINIQUE

Le médecin ne se prononce pas sur la réalité des faits, ni sur la responsabilité d'un tiers. Il **ne détermine pas non plus si les violences sont volontaires ou non.**

Il **décrit** avec précision et sans ambiguïté dans cette rubrique **les signes cliniques des lésions et les signes neurologiques, sensoriels et psychocomportementaux constatés.**

Sur le plan physique

- ✓ Préciser les ecchymoses, plaies franches, plaies contuses, fractures, morsures avec leur taille, couleur, localisation. Pensez à examiner les zones saillantes : coudes, genoux, paume des mains, fesses
- ✓ Mentionner des éléments cliniques négatifs si cela est utile;
- ✓ Prendre des photos ou réaliser un schéma anatomique car les certificats sont destinés aux autorités judiciaires qui n'ont pas de connaissance de l'anatomie et des termes médicaux ;
- ✓ Prescrire des examens complémentaires si nécessaire (radiographie et consultations spécialisées) qui pourront modifier les conclusions et le mentionner expressément ;
- ✓ Décrire la gêne fonctionnelle à savoir la gêne pour accomplir les actes usuels de la vie (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer, nécessité de prise d'antalgique en raison des douleurs ...)

Sur le plan psychique :

Le médecin recherche et décrit l'état psychique de la victime et de son comportement au cours de la consultation et plus particulièrement des symptômes fréquents et/ou spécifiques en cas de violences notamment : des **troubles anxio-dépressifs** (des idées suicidaires), des **troubles alimentaires et de la sexualité, des conduites addictives et à risque, des troubles somatiques liés au stress, des symptômes d'hyperactivation neuro-végétatives** (hypervigilance, sursauts, insomnies, palpitations, irritabilité, troubles de la concentration...), des **symptômes dissociatifs** (déconnection émotionnelle, d'être spectateur détaché des événements, de dépersonnalisation, désorientation, confusion, amnésie) **une détresse émotionnelle péri-traumatique** (reviviscences sensorielles et émotionnelles des violences, flashbacks, cauchemars).

D - ETAT ANTERIEUR

- ✓ Ne mentionner que les antécédents qui pourraient interférer avec les lésions traumatiques.
- ✓ Rappeler les constatations faites au cours de précédentes consultations en lien avec les faits exposés: cicatrices antérieures, douleurs antérieures de la zone atteinte, antécédents chirurgicaux.

E - L'ITT, INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (facultatif)

Définition :

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais **la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime** notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.

L'ITT est une notion **pénale** qui, même si elle n'est pas le seul critère que les parquets prennent en compte, permettra la qualification des faits (contravention, délit ou crime), l'orientation de la procédure et la peine encourue. **Les violences intra familiales sont des délits quelle que soit la durée de l'ITT** (art. 222-13 C. pén.) en raison de la qualité de l'auteur.

L'ITT diffère de l'incapacité temporaire totale (ITT civile) ou Déficit fonctionnel temporaire total (DFTT) qui, au **civil**, correspond à la période, **indemnisable**, pendant laquelle la victime va se trouver empêchée de jouir de ses pleines capacités (périodes d'hospitalisation en règle).

! La détermination de l'ITT peut être difficile. C'est pourquoi, cette ITT **pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits avec minutie dans le certificat médical**

Si vous décidez de la déterminer, quelques recommandations-précautions :

- ✓ Ecrire en toutes lettres, en la justifiant par une description précise des troubles fonctionnels.
- ✓ Pour les violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques mais qui n'entraînent pas de gênes fonctionnelles dans les actes de la vie quotidienne, il peut être utile de préciser néanmoins, en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne.
- ✓ **PRECISER SYSTEMATIQUEMENT « Sous réserve de complications ultérieures ».**

DATER ET SIGNATURE DU MEDECIN

Le certificat doit être daté du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs.



Une posture professionnelle adaptée pour la prise en charge des femmes victimes de violences

Au-delà du certificat médical, le médecin doit délivrer un certain nombre de conseils et d'informations notamment :

- *affirmer clairement que les violences sont interdites par la loi et que les actes de violence relèvent de la seule responsabilité de son auteur ;*
- *conseiller à la patiente de se rendre, en cas d'urgence, dans les locaux des services de police ou de gendarmerie, ou encore d'appeler le 17 qui permet de joindre ces services (ou le 112 d'un téléphone portable) ;*
- *inviter la victime à appeler le 3919 (Violences femmes info), numéro gratuit d'écoute et d'information anonyme et qui n'est pas repérable sur les factures et les téléphones ;*
- *informer la victime de l'existence d'associations d'aide aux victimes ;*
- *informer la victime de la possibilité de porter plainte ;*
- *évaluer le danger : présence d'arme, menace de mort, tentative de strangulation, idée suicidaire*
- *proposer une nouvelle consultation dans un délai court*



A dire à la patiente victime
«Vous n'y êtes pour rien»
«L'agresseur est le seul responsable ».
« La loi interdit les violences»
« Vous pouvez être aidée »
« Appelez le 3919 pour être informée de vos droits et connaître les associations d'aide près de chez vous»
« Je vous donne un nouveau rendez-vous »

Pour en savoir plus, visitez le site stop-violences-femmes.gouv.fr rubrique «Je suis un-e professionnel-l-e »

Annexe 9 : Fiche de signalement d'une femme victime de violences conjugales

SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE CONCERNANT UN MAJEUR VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES DANS LE CADRE DU 3° DE L'ARTICLE 226-14 DU CODE PÉNAL

L'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime **en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat** et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République »

1. AUTEUR DU SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE	
Nom et Prénom	
Profession	
Adresse	
Téléphone	
E.mail	

2. PERSONNE CONCERNÉE			
NOM et Prénom		Nom d'usage	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Situation familiale			
Adresse			
Téléphone		E-mail	
Présence d' enfants à charge	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, nombre :	Âges	

3. ÉLÉMENTS DE LA SITUATION AMENANT LA TRANSMISSION AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

<p>a) <u>Faits ou commémoratifs</u> :</p> <p>La personne déclare avoir été victime le (date ou période de temps) _____ à (lieu) _____</p> <p>_____</p> <p>de :</p> <p>« _____</p> <p>_____</p>
--

Accord donné au signalement par la personne

La personne a-t-elle donné son accord au présent écrit ?

Oui

Non

Délivrance de l'information du signalement à la personne.

Date et signature

- Signalement à transmettre au Procureur de la République selon circuit joint à la présente.

Annexe 10 : Notice d'utilisation de la fiche de signalement



Notice explicative du signalement transmis au procureur de la République concernant une personne majeure victime de violences conjugales dans le cadre du 3° de l'article 226-14 du code pénal

L'article 44 du code de déontologie médicale (art. R. 4127-44 du code de la santé publique) impose au médecin de « mettre en œuvre les moyens les plus adéquats » pour protéger une personne majeure victime de sévices ou de privations « en faisant preuve de prudence et de circonspection ».

L'arsenal législatif de lutte contre les violences commises au sein du couple a été complété par la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales.

Cette loi, applicable depuis le 31 juillet 2020, a étendu les possibilités de signalement des violences conjugales par les médecins dans un cadre bien précis.

L'article 226-14 du code pénal a ainsi été complété par un 3° prévoyant que l'article 226-13 de ce code réprimant la violation du secret professionnel n'est pas applicable « *au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 [de ce code], lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République* ».

Désormais, **la levée du secret médical est possible si deux conditions sont réunies :**

1. lorsque les violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat
et
2. que la victime se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences.

Les nouvelles dispositions précisent que le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure, et qu'en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République.

Dans cette situation seulement, l'accord de la victime majeure n'est pas nécessaire pour permettre au médecin de signaler les violences commises au sein du couple¹, **dès lors que la victime est en danger immédiat faisant craindre une issue fatale et qu'elle se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences.**

Il appartient au médecin d'apprécier en conscience si ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et si celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences.

Un outil d'évaluation du danger et de l'emprise a été élaboré pour aider le médecin dans cette appréciation. Cet outil d'aide à l'évaluation de la situation ne doit pas faire l'objet d'une transmission au Procureur de la République mais il est recommandé de le conserver dans le dossier du patient.

¹ Lesquelles concernent à la fois le conjoint, le concubin, le partenaire lié à la victime par un PACS, actuel ou passé, même sans cohabitation des membres du couple



Afin d'accompagner le médecin dans cette démarche de signalement, un modèle de signalement judiciaire a été élaboré en concertation entre le Groupe de travail du Ministère de la Justice et le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le signalement judiciaire est soumis aux règles rédactionnelles de prudence concernant le recueil des faits ou commémoratifs et des doléances exprimées par la personne.

- a) Faits ou commémoratifs : noter les déclarations de la personne entre guillemets sans porter aucun jugement ni interprétation.
- b) Doléances exprimées par la personne : les noter de façon exhaustive et entre guillemets
- c) Examen clinique : décrire précisément les lésions physiques constatées (siège, caractéristiques), ainsi que l'état psychique de la personne, sans interprétation ni ambiguïté.

Le signalement mentionne l'obtention ou non de l'accord de la personne au signalement. Il est rappelé qu'il faut s'efforcer d'obtenir cet accord. En cas d'impossibilité de l'obtenir, la personne doit alors être informée qu'un signalement est fait.

Le signalement doit être adressé directement par le médecin au Procureur de la République, selon l'étape 1 du circuit juridictionnel du signalement :

ETAPE 1 - Envoi du signalement par le professionnel de santé

Le professionnel de santé, à ce stade, a, en conscience, décidé de signaler au procureur de la République des violences conjugales, sans l'accord du patient concerné, dans les conditions de l'article 226-14 al.3 du code pénal.

Destinataire du signalement : le procureur de la République

Modalités d'envoi du signalement : le signalement est envoyé par **courrier électronique à l'adresse mail structurelle de la permanence du parquet compétent** (lieu des faits), dont les messages sont traités en temps réel par le magistrat du parquet de permanence.

Un accusé de réception est adressé par le parquet au signalant pour l'assurer de la prise en compte du signalement.

Il est important de rappeler que la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du médecin qui effectue un signalement dans les conditions indiquées ci-dessus ne peut pas être engagée, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Documents en annexe :

- Outil d'évaluation intitulé « CRITERES D'EVALUATION DU DANGER IMMEDIAT ET DE L'EMPRISE »
- Modèle de signalement
- Circuit juridictionnel du signalement médical en matière de violences conjugales.
- Pédagogie de la loi du 30 juillet 2020 en matière de signalement de violence au sein d'un couple.

Annexe 11 : Critère d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise

Questions

Le danger

La victime fait-elle état d'une multiplicité de **violences (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques)** et/ou d'une **augmentation de la fréquence** de ces dernières ?

D'après la victime, son partenaire a-t-il eu connaissance de **son projet de séparation** ? En cas de séparation déjà effective, l'ancien partenaire cherche-t-il à connaître le lieu de résidence de la victime ?

S'il y a présence d'enfants, la victime évoque-t-elle des violences de la part de son partenaire ou de son ancien partenaire envers ces derniers (coups, humiliations, privations notamment alimentaires, etc.) ?

La victime craint-elle de nouvelles violences (envers elle, ses enfants, ses proches, etc.) ?

La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire utilise les enfants pour lui faire du chantage ?

La victime dit-elle avoir peur pour elle ou pour ses enfants ?

La victime est-elle enceinte ou a-t-elle un enfant de moins de deux ans ?

La victime évoque-t-elle des éléments laissant penser qu'elle ait pu être incitée au suicide par son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime exprime-t-elle avoir déjà été empêchée de sortir de chez elle ?

La victime affirme-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire consomme de l'alcool, des drogues et/ou des médicaments ?

La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire a des antécédents psychiatriques ?

Selon les dires de la victime, la police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue au domicile conjugal et/ou partagé ?

À la connaissance de la victime, le partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu des altercations avec la police ou des antécédents judiciaires ?

La victime dit-elle avoir reçu des menaces de mort (notamment scénarisées) adressées directement à elle ou à ses enfants de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime déclare-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire possède des **armes à feu** (déclarées ou non) ?

Questions

L'emprise

La victime indique-t-elle recevoir des propos dévalorisants, humiliants, dégradants ou injurieux de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime se sent-elle sous **surveillance permanente** ou harcelée moralement et/ou sexuellement au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres, etc. ? La victime dit-elle disposer librement de son temps ?

La victime se dit-elle empêchée ou restreinte par son partenaire d'entrer en contact avec sa famille et/ou ses amis ?

La victime se sent elle déprimée ou « à bout », sans solution ?

La victime s'estime-t-elle responsable de la dégradation de la situation ?

La victime fait-elle part de menace ou de tentative de suicide par son partenaire ?

La victime paraît-elle en situation de dépendance financière ?
Son partenaire l'empêche-t-elle de disposer librement de son argent ?

La victime se voit-elle confisquer ses documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale etc.) par son partenaire ?

La victime est-elle dépendante des décisions de son partenaire ?
Son partenaire ignore-t-il ses opinions, ses choix ?

La victime évoque-t-elle l'exercice d'un contrôle, de la part de son partenaire, sur ses activités et comportements quotidiens (vêtements, maquillage, sortie, travail, etc.) ?

AUTEUR : Nom : FERLIN Prénom : Morgane

Date de Soutenance : 09 Juin 2022

Titre de la Thèse : Femmes victimes de violences : étude des facteurs de risque et des attentes de la population féminine consultant en médecine générale

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine générale DES Médecine générale

Mots-clés : violences faites aux femmes, femmes victimes de violences, violences conjugales, violences sexuelles, médecine générale

Résumé :

Contexte : Une femme sur trois indique avoir subi des violences au niveau mondial. Le médecin généraliste est en première ligne pour dépister et orienter les femmes victimes de violences. L'objectif principal de cette étude est de déterminer les facteurs de risque chez une femme d'être victime de violences. Les objectifs secondaires sont de déterminer un profil de ces femmes victimes et de connaître la manière dont les patientes souhaitent un dépistage systématique des violences par leurs médecins généralistes.

Méthode : Etude quantitative descriptive multicentrique via un auto-questionnaire anonyme destiné aux femmes de 18 à 75 ans consultant en cabinet de médecine générale. Utilisation d'une analyse bivariée puis modélisation par régression logistique.

Résultats : 376 questionnaires ont été analysés. Dans cette population féminine consultant en médecine générale, sont un facteur de risque de violences, le fait d'avoir été témoin (IC95[1,77 ;8,31] $p < 0.001$) ou victime de violences dans l'enfance (IC95[13,9 ;219] $p < 0.001$), avoir perdu un enfant (IC95[1,35 ;7,32] $p = 0.007$). Avoir un niveau d'étude Bac/CAP/BEP (IC95[0,09;0,68] $p = 0,007$) et supérieur au bac (IC95[0,12;0,91] $p = 0,032$) sont des facteurs protecteurs. La prise de médicaments anxiolytiques ou hypnotiques ($p = 0.048$), de cannabis ($p = 0.018$) et le recours à l'IVG ($p = 0.001$) sont des facteurs associés à la violence. L'auteur est une fois sur deux le partenaire et une fois sur quatre, un parent ou un membre de la fratrie. Dans le cas de violences conjugales, elles surviennent à 9.1% ($p = 0.029$) pendant une grossesse et 36.4% des victimes relatent la présence d'un événement de vie traumatisant ($p = 0,004$). Les conduites addictives du conjoint et le contexte de séparation sont des facteurs associés aux violences conjugales ($p = 0.003$ et $p = 0.001$). 72% des victimes déclarent des perturbations de leur vie quotidienne. 91.8% des femmes interrogées souhaitent un dépistage systématique dont 67.3% par le simple fait d'une question orale lors d'une consultation de médecine générale.

Conclusion : Notre étude a permis d'affirmer certains facteurs comme associés à la violence dans la population féminine consultant en médecine générale, en prenant en compte le caractère conjugal ou non, afin d'aider le médecin généraliste à mieux cibler et à comprendre ces patientes potentiellement victimes. La diffusion d'une plaquette reprenant ces informations ainsi que les différents outils à dispositions pour le généraliste devraient sensibiliser davantage et permettre un meilleur dépistage et une prise en charge adaptée.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur V. HEDOUIN

Asseseurs : Monsieur le Professeur D. DELEPLANQUE, Monsieur le Docteur J. SICOT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur S. CHOCHOIS