



UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2026

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes
victimes de violences conjugales, au-delà du dépistage et de
l'orientation.
Une étude observationnelle.**

Présentée et soutenue publiquement le 23 janvier 2026 à 18h
au Pôle Formation

par Gayané CLAUDEL TONI

JURY

Président :

Madame le Professeur Claire MOUNIER-VEHIER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Richard MATIS

AVERTISSEMENT

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

Table des matières

Liste des abréviations	5
I. Introduction	6
II. Etat des lieux et contexte	8
A. Définitions et épidémiologie	8
B. Différentes formes de violences	10
C. Les mécanismes des violences	12
D. Conséquences des VC	18
E. Cadre sociétal, juridique et institutionnel des VC	23
F. Le rôle du médecin généraliste	25
III. Matériel et méthodes	29
A. Type d'étude	29
B. Population étudiée	29
C. Etude de la littérature et réalisation du questionnaire	29
D. Recueil des données	30
E. Analyse et présentation des données	30
F. Aspects éthiques et réglementaires	33
IV. Résultats	34
A. Participation et caractéristiques de la population étudiée	34
B. Repérage et dépistage des VC	36
C. Actions et suivi après le dépistage des VC	37
D. Besoins et perspectives d'amélioration	42
E. Analyses statistiques	43
V. Discussion	53
A. Synthèse des résultats	53
B. Implications pratiques : adopter un rôle proactif	60
C. Implications pratiques : agir sur les obstacles des médecins	67
D. Limites et forces de l'étude	73
VI. Conclusion	76
Références bibliographiques	78
Annexes	I

Liste des abréviations

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

CMI : Certificat médical initial

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

CRP : Centre régional du psycho traumatisme

DAV : Délégation aux Victimes

EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*

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

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infections sexuellement transmissibles

ITT : Incapacité totale de travail

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LEAO : Lieux d'écoute, d'accueil et d'orientation

MCV : Maladies cardiovasculaires

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

N/A : Non analysable

NS : Non significatif

NSP : Ne sait pas

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations Unies

Pacs : Pacte civil de solidarité

PEC : Prise en charge

SSMSI : Service statistique ministériel de la sécurité intérieure

TSPT : Trouble du stress post-traumatique

UMJ : Unité médico-judiciaire

URPS : Union régionale de professionnels de santé

VC : Violence(s) conjugale(s)

VRS : Vécu et ressenti en matière de sécurité

VVC : Victime(s) de violences conjugales

I. Introduction

Les violences conjugales (VC) représentent un enjeu majeur de santé publique, tant par leur fréquence que par la gravité de leurs répercussions physiques, psychologiques et sociales. En France, les données récentes soulignent l'ampleur du phénomène : selon l'enquête « Genre et Sécurité » (2022) (1), une femme sur six déclare avoir subi des VC physiques ou sexuelles depuis ses 15 ans, et une sur quatre des VC psychologiques. En 2024, les services de sécurité ont enregistré au moins 272 400 femmes victimes de violences conjugales (VVC) (2). La Haute Autorité de Santé (HAS) estime que trois à quatre femmes sur dix pourraient être concernées dans la patientèle de chaque médecin généraliste (3).

Malgré des avancées législatives, sociétales et médico-psycho-sociale visant à améliorer le repérage et la prise en charge des victimes, les chiffres restent élevés et probablement sous-estimés. Des recommandations destinées aux médecins généralistes encouragent notamment le repérage et l'orientation des VVC (4) et leur reconnaissent un rôle central en tant que premier recours médical, mais leur implication concrète dans la prise en charge globale reste peu documenté. Cette fonction s'exerce dans un contexte complexe, où les VC s'inscrivent dans des mécanismes multiples aux conséquences durables, dont la compréhension est essentielle pour un accompagnement global.

C'est dans ce contexte de progrès, mais aussi de persistance des enjeux, que s'inscrit ce travail de recherche.

Cette étude s'articule autour d'une question centrale : « Quel rôle les médecins généralistes de proximité ont-ils dans la prise en charge globale des femmes VVC, afin de prévenir l'aggravation des violences et leurs conséquences, au-delà du dépistage et de l'orientation vers les dispositifs dédiés ? »

L'objectif primaire de cette étude est d'analyser les rôles des médecins généralistes dans la prise en charge des femmes VVC.

Les objectifs secondaires sont :

- identifier les freins à ce suivi global des patientes ;
- évaluer l'impact des formations déjà suivies par les médecins généralistes ;
- comprendre leurs besoins pour renforcer leur action et mettre en place des leviers adaptés.

Pour situer ces enjeux, il est nécessaire de replacer la problématique dans un cadre plus large, englobant l'épidémiologie, les mécanismes et formes de VC, leurs conséquences sur les victimes, ainsi que le cadre juridique, institutionnel et sociétal. Cette contextualisation permettra de mieux comprendre les enjeux de la prise en charge en médecine générale et d'éclairer les difficultés et freins auxquels les praticiens peuvent être confrontés.

II. Etat des lieux et contexte

A. Définitions et épidémiologie

Selon la définition de l’OMS, les VC se réfèrent à « tout comportement qui, dans le cadre d’une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) cause un préjudice d’ordre physique, sexuel ou psychologique, ce qui inclut l’agression physique, les relations sexuelles sous contrainte, la violence psychologique et tout autre acte de domination » (5). Les VC peuvent exister dans tous les couples : homo- ou hétérosexuel, cohabitant ou non, compagnons, petit(e)s-ami(e)s, marié, pacsé, divorcé, quelle que soit la durée de la relation. Elles peuvent exister pendant la relation, lors de la rupture ou après celle-ci.

Selon l’enquête « Genre et Sécurité » (1), 3,6 millions de femmes seraient victimes de violences physiques ou sexuelles et 6,1 millions de violences psychologiques après leur 15 ans. Le nombre de victimes de VVC enregistrées par les services de sécurité en 2024 (272 400 victimes) (2) est stable depuis 2023 après plusieurs années de hausse (+10% par an depuis 2016). En regard de ces données, le rapport d’enquête « Vécu et ressenti en matière de sécurité » (VRS, 2024) (6) porte à 376 000 le nombre de femmes déclarant avoir subi des VC, soit 1,4% de la population des femmes.

Ces chiffres restent sous-estimés par les enquêtes couvrant uniquement les ménages ordinaires, et par la sous-déclaration notamment des VC psychologiques. Moins d’une femme sur cinq porte plainte (7) et environ 30% des plaintes en 2024 concernaient des faits antérieurs à l’année de déclaration (2).

Les données disponibles montrent que les VC sont le plus souvent exercées par les hommes sur les femmes. En 2024, parmi les victimes enregistrées, les femmes représentent 84% des VVC ; parmi elles, 85% ont déclaré que l’auteur était un homme.

De plus, les femmes sont plus exposées à des faits répétés et graves¹ (8). Ce travail portera donc sur les VC exercées par les hommes sur les femmes, tout en reconnaissant que ces violences peuvent également être perpétrées par des femmes envers leurs partenaires, quel que soit le sexe de ces derniers.

Les femmes VVC n'ont pas de « profil type » et aucune catégorie socio démographique n'est épargnée. Cependant, certaines études soulignent que des facteurs de vulnérabilité peuvent accroître les risques ou constituer un terrain fertile pour l'installation des VC (6,8,9) :

- Facteurs individuels : antécédents de violences dans l'enfance (altération des repères relationnels), jeune âge (trois quarts des victimes enregistrées en 2024 ont entre 20 et 45 ans), faible estime de soi ;
- Facteurs relationnels : écart d'âge important avec le conjoint, forte adhésion aux normes de genres, situations de ruptures et de recompositions familiales répétées ;
- Facteurs structurels : isolement social, absence d'activité professionnelle ou en étude, dépendance économique, accès limité aux ressources d'aide.

Le taux de VC déclarée varie peu selon le statut migratoire, l'état de santé perçu ou la limitation fonctionnelle des femmes, mais certaines études montrent que le handicap reste un facteur de vulnérabilité (10). Les différences entre milieux urbains et ruraux sont également faibles, avec une légère surreprésentation dans les grandes unités urbaines. Les expériences de VC antérieure et la gravité de celles-ci constituent des facteurs de risque de revictimisation chez les femmes victimes, y compris à travers des mécanismes psychologiques et comportementaux (11).

¹ Dans l'enquête VIRAGE, la gravité des violences comprend plusieurs catégories définies à partir d'un indicateur combinant : fréquence, type d'acte, intensité, et répétition des faits (8).

B. Différentes formes de violences

Les VC prennent plusieurs formes, souvent cumulatives, intriquées (8) : selon le rapport d'enquête VRS de 2024 (6), 70% des femmes VVC ont subi plusieurs types de violences.

Les VC sont également répétées, ce qui contribue à leur intensité et leur chronicité.

Les principales formes de VC sont les suivantes :

- Verbale et psychologique : injures, menaces, harcèlement et dénigrement (pour 75% des VVC psychologiques (1)), chantage, contrôle des fréquentations et isolement social (pour 50% des VVC psychologiques), indifférence affective, injonctions paradoxales, jalousie, manipulation psychologique (inversion de responsabilité par ex.). Les VC peuvent aussi passer par des enfants, des animaux ou des objets, avec intimidation ou menaces (pour 10% des VVC psychologiques).

Souvent les premières à s'installer, elles sont présentes dans trois quarts des cas de VVC en 2024 (7), pour un tiers des déclarations aux forces de l'ordre en 2024 (2).

- Physique : bousculades, crachats, morsures, coups avec ou sans objet, strangulations, brûlures, séquestrations, administration de toxiques, jusqu'au féminicide.

Les VC physiques sont rarement isolées, plus visibles mais non les plus fréquentes (presque un quart des cas, et 64% des déclarations aux forces de l'ordre).

Le féminicide est défini par l'OMS par le meurtre d'une femme au simple motif qu'elle est une femme (12)². La Miprof (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) distingue les féminicides directs (assassinats, violences ou administration de substances ayant entraîné la mort) et indirects (suicides ou tentatives, provoqués par le harcèlement du conjoint ou ex-.,

² En France, sur le plan juridique, le terme « féminicide » demeure absent du Code pénal, malgré son usage courant et les recommandations du Conseil National des Droits de l'Homme (2016) et de l'ONU Femmes France (2019).

menant à une « dégradation des conditions de vie » et une « altération de la santé » de la victime)³.

Le féminicide survient lors d'un épisode unique, ou lors de l'intensification des VC, dans tous les cas inscrit dans le cycle de la violence. En effet, la moitié des victimes avaient déjà subi des VC et 37 % les avaient signalées. Par exemple, la strangulation apparaît comme étant un facteur prédictif de féminicide ultérieur (13).

En 2024, la Délégation aux Victimes (DAV) (14) et la Miprof (7), ont recensé 1283 femmes victimes par leur (ex-)conjoint⁴. Cela représente en moyenne 3,5 femmes victimes par jour, avec 1 décès tous les 3 jours. Ces chiffres sous-estiment l'impact réel et le nombre de décès causés par les VC puisqu'ils n'incluent pas les décès liés aux conséquences sur la santé des femmes.

- Sexuelle : imposition d'actes sexuels non consentis, y compris viols conjugaux (vécu par 46% des VVC sexuelle), harcèlement sexuel, manipulation, intimidation en vue d'une relation sexuelle, envois d'images à caractère sexuel, visionnage forcé de contenus pornographiques, mise en prostitution (15). Le fait de ne pas refuser un rapport sexuel par peur de la réaction du conjoint constitue une forme de violence également (vécue par 75% des VVC sexuelles (16)).

Les violences-ci représentent plus d'un tiers des VC déclarées mais seulement 6% des cas enregistrés auprès des forces de l'ordre.

- Matérielle : destruction ou confiscation d'objets, d'accès aux moyens de communication, de transport, d'espaces du domicile ; privation de soins, de médicaments, d'espace (douche, toilettes, chambre) ; contrôle de la contraception, de l'apparence.

³ Selon l'art. 222-33-2-1 du Code pénal.

⁴ 107 femmes victimes de féminicide direct, 270 femmes victimes de tentative de féminicide, 906 femmes victimes des VC ayant mené au suicide ou tentative de suicide lié au harcèlement.

- Économique : contrôle des dépenses, suppression des moyens de paiement, contrôle des comptes, interdiction de travailler.
- Administrative : confiscation de papiers d'identité ou de famille, documents de santé ou bancaires, diplômes, détournement des allocations, menaces de dénonciations en cas d'irrégularité.
- Cyberviolence : cybercontrôle, cybersurveillance, cyberharcèlement, diffusion ou menaces de diffusion d'images intimes sur internet, violences via des outils numérique (sexuelle, économique, administrative).
- Spirituelles : moqueries envers les croyances de la victime, imposition de rites, instrumentalisation des croyances pour asseoir une domination.

C. Les mécanismes des violences

1. La domination par le contrôle coercitif : stratégies de l'auteur

Les VC sont de type « punition » (R. Perrone (17)) : inégalitaires, asymétriques, unidirectionnelles et imposées. L'auteur se considère supérieur et en droit d'exercer sa domination, utilisant la violence comme moyen volontaire et stratégique pour soumettre et détruire la victime. M.P Johnson qualifie ce phénomène de « terrorisme intime » (18). Le contrôle coercitif (défini par E. Stark, 2007) décrit l'accumulation des stratégies de façon insidieuse et parfois invisible : contraintes, menaces, surveillance, micro-régulations du quotidien, dévalorisation. Ce contrôle dans la durée vise la privation (de droits et de ressources) et un isolement social et familial, créant une dépendance affective, financière, matérielle, dans un état de « captivité », comme dans une « cage invisible » (19). Chez les femmes mères, l'agresseur peut étendre ce contrôle à la relation maternelle et à l'autorité parentale, impliquant parfois les enfants. Le contrôle coercitif s'appuie souvent sur des normes de genre traditionnelles, légitimant du point de vue de l'agresseur sa domination et la hiérarchie au sein du couple. Il conduit à une privation de

liberté, de sécurité, de dignité et d'autonomie (20). Sa mise en place progressive est difficile à repérer par les proches et les soignants de la victime.

Plus largement que le concept de contrôle coercitif, le « Domestic Abuse Intervention Project », aux Etats-Unis, a élaboré la « Power and Control Wheel », qui reflète les différents moyens pour l'auteur d'obtenir le pouvoir et le contrôle de la victime (*Annexe 1A*).

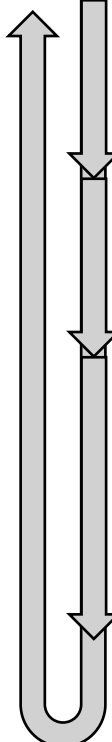
2. L'emprise

Le terme d'emprise se réfère à la situation morale et psychologique de la femme VVC, sous influence et domination de l'agresseur. L'emprise est une conséquence du contrôle coercitif.

Les prémices du contrôle et de l'emprise apparaissent dès les premières fréquentations : l'auteur repère sa victime, qu'il séduit pour entrer dans son intimité et obtenir sa confiance, afin d'établir un terrain propice à une soumission malsaine. La victime se sent aimée et protégée, elle pense souvent avoir trouvé « un idéal ». L'emprise s'installe ensuite insidieusement : elle est décrite comme un filet qui se resserre autour de la victime, la dépossédant de sa pensée propre et sa personnalité, parfois sans menace ou violence apparente, via le contrôle coercitif. Elle existe dans une relation « de soumission, où la personne victime est considérée comme un objet » (21).

3. Installation, répétition et aggravation des violences

Le cycle de la VC permet de mieux comprendre le vécu des victimes à travers les différentes étapes d'instauration et de maintien des violences (*Figure 1*). Il constitue un modèle constant des situations de VC, caractérisé par des violences pouvant survenir dans des contextes variés, s'installer durablement et persister dans le temps.



Phases du cycle		Comportements de l'auteur	Réactions de la victime
1	<u>Tension</u> : climat d'insécurité	Propos, attitudes ou menaces	Sous pression, tente d'adapter son comportement pour apaiser
2	<u>Agression</u> : climat de peur	Agression sous différentes formes	Souffrance, humiliation, impuissance
3	<u>Justification</u> de l'auteur : accuse la victime et s'excuse	Nie, renverse la responsabilité de ses actes, minimise	Culpabilité, pardonne, cherche à s'améliorer, sentiment de responsabilité
4	<u>Réconciliation</u> : illusion de changement	Excuses, remords, promesses d'amélioration, gestes de réparation (cadeaux, soins), banalise les faits	Aide, donne une nouvelle chance, tait les violences, protège, espoir d'une amélioration

Figure 1 : Cycle des violences, inspiré de Leonor Walker (22)

La fréquence et l'intensité des violences augmentent progressivement, tandis que les phases de justification et de réconciliation disparaissent. Le repérage devient alors difficile : la relation est close, les VC ne sont souvent visibles qu'à travers leurs conséquences (blessures, souffrance extrême) et les possibilités de résolution spontanée sont quasiment nulles (17). Dans ce contexte, l'auteur exerce une négation volontaire de l'existence, de l'intégrité, de la liberté et de la parole de la victime. Une fois le contrôle et l'emprise installés, les violences deviennent explicites. L'auteur impose cependant le silence de la victime à travers le climat de peur du « terrorisme conjugal ». En cas de sentiment d'« échec du contrôle » de l'homme violent sur sa partenaire, l'escalade des violences s'accélère : coercitif, physique, jusqu'au féminicide. L'auteur peut parfois

rechercher des alliés afin d'assurer son impunité, il est souvent aimé et accepté en dehors de son foyer conjugal.

4. Réactions et mécanismes d'adaptation de la victime

Violence réactionnelle

Dans certaines phases du cycle, la femmes VVC peut tenter de rétablir un équilibre, de négocier, mais ses efforts échouent face au contrôle imposé par l'agresseur. Elle peut alors manifester une « violence réactionnelle » ou « de résistance » (18) (cris, insultes, défense physique), non pour dominer, mais pour se défendre ou faire valoir ses droits. Ces comportements sont souvent instrumentalisés par le conjoint violent pour inverser la culpabilité et la dévaloriser, dans les sphères privées, publiques ou juridiques.

Syndrome de la femme battue et impuissance

L. Walker décrit le « syndrome de la femme battue » (22) comme un ensemble de symptômes psychologiques et comportementaux graves et prolongés, liés à l'impuissance apprise, où la victime, qui a initialement un fonctionnement normal, perd la capacité à croire que ses actions peuvent influencer sa sécurité. L'échec répété de ses tentatives pour mettre fin aux VC, leur répétition avec l'absence de solution pour y échapper, mènent à un sentiment d'impuissance permanente et à une attitude résignée ou passive. Culpabilisation, perte d'estime de soi et brouillage du jugement altèrent ses capacités critiques et décisionnelles. Elle peut, sans en avoir conscience, protéger son agresseur ou intérioriser l'idée de mériter ces violences, nourrissant la honte.

Adaptation et vulnérabilité accrue

La VVC développe des mécanismes d'adaptation : banalisation et tolérance accrue à la douleur physique et psychologique, la rendant plus vulnérable à d'autres situations de violence. Elle vit sous stress permanent, en constante régulation face aux exigences imprévisibles de son conjoint, sans répit. Ainsi, un tiers des femmes qui subissent des VC graves ou fréquentes ne considèrent pas leur domicile comme un lieu sûr (8).

Réactions traumatiques immédiates

Un événement traumatique peut provoquer un état de stress dépassé, caractérisé par une perte de contrôle adaptatif, où les fonctions supérieures (analyse, décision, réactions) sont dysfonctionnelles ou inhibées face à un danger menaçant l'intégrité physique ou psychique. Il peut se manifester par :

- la fuite panique sans planification ;
- l'agitation stérile (comportements désorganisés, inefficaces) ;
- les comportements automatiques (gestes répétés sans pleine conscience) ;
- la sidération (impossibilité de parler, crier ou bouger), d'autant plus profonde que la terreur est intense.

L'état de stress dépassé peut se traduire également par des symptômes somatiques : palpitations, sueurs, tremblements, fatigue, troubles du sommeil ou maux de tête, reflétant l'activation prolongée du système nerveux en réponse à la menace.

Mécanismes neurobiologiques

L'amygdale cérébrale, non régulée, déclenche la sécrétion d'adrénaline et de cortisol, préparant le corps à la fuite, en lien avec le cortex associatif (rôle d'analyse et prise de décision) et l'hippocampe (rôle de contextualisation mnésique). Si la fuite est impossible, la persistance des hormones de stress entraîne un risque vital. Pour se protéger, le cerveau « disjoncte » : l'amygdale interrompt la stimulation de l'axe du stress et libère des opioïdes endogènes, produisant un effet anesthésiant psychique et physique. Cette dissociation traumatique engendre un sentiment d'irréalité ou de dépersonnalisation, avec une incapacité à réagir ou à prendre des décisions (23).

Conséquences à long terme

La déconnexion entre l'amygdale et l'hippocampe empêche le traitement émotionnel de l'événement, qui est alors stocké dans la mémoire traumatique, non contextualisé. La dissociation, pouvant durer de quelques minutes à plusieurs années, augmente la

tolérance à la douleur et aux violences, complique l'évaluation de leur gravité et le parcours judiciaire par la difficulté à préciser les faits, et favorise l'isolement, l'absence d'émotion étant souvent interprétée comme de l'indifférence (24).

Phase de reviviscence

Une fois la dissociation levée (après mise à l'abri), la mémoire traumatique se réactive par des reviviscences (flash-backs, cauchemars, pensées intrusives), déclenchées par des stimuli ou de manière aléatoire, provoquant angoisses et sentiment d'insécurité. Pour y échapper, les victimes adoptent des stratégies de survie :

- Hypervigilance : état d'alerte permanent, troubles du sommeil, troubles de la concentration)
- Conduites d'évitement, conduites dissociantes ou anesthésiantes (alcool, drogues, auto- ou hétéro-agressivité). Certaines maintiennent un lien avec l'agresseur, retrouvant un état de dissociation (25).

Ces mécanismes sont fréquents lorsque l'agresseur est censé protéger (conjoint dans les VC), et notamment en cas de violences sexuelles, de menaces de mort ou de situations de piège.

Trouble de stress post traumatique (TSPT)

L'ensemble de ces réactions, qui sont des réponses normales dans les différentes situations susmentionnées, définissent le psycho traumatisme. Au-delà d'un mois, il peut évoluer vers un TSPT simple ou complexe.

5. Période à risque d'aggravation ou d'apparition de VC

En 2024, la séparation non acceptée est le deuxième mobile de féminicide (14). 20% des femmes déclarent des VC fréquentes et très graves juste avant la séparation, et 16% des femmes déclarent des VC similaires pendant et après la séparation, qui restent multiformes (8). La violence post-séparation comporte des éléments visant à maintenir le contrôle, convaincre de rester, limiter l'accès aux droits de la victime, ou peut impliquer

plus particulièrement les enfants en influençant le rôle parental (manipulation, non-respect des temps de garde) (26,27).

6. Le conflit conjugal

Il est parfois difficile pour les femmes ou les témoins de distinguer conflit et violence. Dans un conflit de couple, deux points de vue s'opposent dans rapport d'égalité. La communication reste possible, l'autre est considéré un sujet à part entière.

Une violence ponctuelle, souvent verbale ou psychologique, peut exister dans un couple égalitaire⁵, sans recherche durable de contrôle. Ainsi, un conflit conjugal peut être grave ou impactant sans constituer une situation de VC : les positions restent symétriques, l'estime de soi n'est pas durablement affectée, et la responsabilisation est mutuelle. Pour différencier VC et conflit de couple, il faut déterminer : l'intention de l'auteur, la persistance du phénomène, et l'impact sur le partenaire⁶.

D. Conséquences des VC

1. Impact sur la condition et la santé des victimes

Les VC altèrent profondément la liberté et l'autonomie des femmes. Ces violences ont aussi une incidence majeure sur leur santé à court, moyen et long terme. L'impact peut être direct sur la santé, ou indirect via une difficulté d'accès aux soins (violences administratives avec documents nécessaires aux prises en soins, matérielles avec les médicaments par ex.). Les conséquences et séquelles des VC varient selon leur nature et peuvent perdurer même après que la femme se soit éloignée de l'auteur.

⁵ R. Perrone (17) la qualifie de violence type « agression » et Johnson de « violence situationnelle » (18).

⁶ Source : Paradis L. L'enfant, une éponge... L'enfant exposé à la violence conjugale. Son vécu, notre rôle. Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 2012, pages 20-21.

Traumatismes physiques

Les lésions les plus fréquentes touchent la tête, le cou et le visage, suivies des traumatismes musculosquelettiques et génitaux (28). On observe notamment des ecchymoses, plaies, fractures et lésions internes.

Troubles somatiques et maladies chroniques

Les VC augmentent le risque de :

- fibromyalgie, fatigue chronique (29), douleurs rachidiennes chroniques, syndrome de l'intestin irritable, syndrome des jambes sans repos (30), céphalées, vertiges, épigastralgies, diarrhées chroniques ;
- maladies cardiovasculaires (MCV) et diabète de type 2 (31,32). Le modèle de Scott-Storey (33) explique que la sévérité des violences subies influence le risque de développer des MCV même après la sortie de la relation, via des mécanismes physiologiques, psychologiques et comportementaux ;
- hypertension artérielle, liée aux VC psychologiques graves pour certaines études (34). D'autres études ne montrent pas de lien direct (31) mais proposent des recherches supplémentaires en fonction du type de violence et de la temporalité ;
- maladies respiratoires (asthme, emphysème) (35), rhumatologiques (ostéoporose, arthrose), et gastro-entérologiques ;
- certains cancers (36).

Selon certains travaux, la dérégulation de la réponse au stress est proposée comme intermédiaire neurobiologique entre la VC et la maladie (37) ou la décompensation de celle-ci. Des travaux suggèrent aussi un lien entre les traumatismes liés aux VC et des modifications épigénétiques, affectant la réponse au stress, les MCV, les pathologies auto-immunes, ou les syndromes douloureux chroniques (38–40).

Troubles psychologiques

Les victimes présentent un risque accru et durable de :

- syndrome dépressif et anxieux (41)
- troubles du sommeil (cauchemars, baisse de la qualité ou de la quantité de sommeil) (42)
- TSPT simple, à la suite d'un épisode unique : hypervigilance, reviviscences et conduites d'évitement)
- TSPT complexe, lié à une exposition répétée : altération durable et envahissante de la régulation émotionnelle, du fonctionnement personnel (vision négative de soi) et relationnel (difficulté à entretenir des relations interpersonnelles, insécurité) (24,43,44).

Environ 18% des femmes VVC présentent un TSPT, et 40% un TSPT complexe (45).

Trois facteurs expliquent cette surreprésentation : les violences proviennent d'une personne de confiance, la victime ne peut pas s'échapper, et les violences sont répétées.

Dans l'enquête VRS de 2024 (6), trois quarts des femmes VVC déclarent avoir subi des dommages psychologiques très importants ou importants à la suite des faits. Au-delà de l'état de santé altéré, l'hypervigilance permanente, induisant un sentiment de menace, limite l'accès aux soins.

Comportements à risque, addictions

Les victimes adoptent plus fréquemment des conduites à risque ou addictives (alcool, cannabis, psychotropes) (46), souvent comme mécanisme de coping face au psycho traumatisme (oubli des souvenirs intrusifs, anesthésie émotionnelle, apaisement de l'angoisse), s'inscrivant dans la durée. L'intrication entre psycho traumatisme et conduites addictives confère un profil clinique plus sévère et complexe à prendre en charge (47).

Santé sexuelle et reproductive

Les VC entraînent :

- douleurs pelviennes chroniques, métrorragies, infections vulvo vaginales ou urinaires (35), dyspareunies ;
- un recours réduit aux soins gynécologiques et un vécu de l'examen pelvien difficile dans le cas des VC sexuelles (48) ;
- un risque augmenté d'anomalie du frottis ou test HPV dans les violences physiques (49) ;
- infections sexuellement transmissibles (dont le VIH dans certaines populations), exacerbé par une difficulté à imposer un préservatif lors des rapports sexuels ;
- grossesses non désirées et d'interruption volontaire de grossesse (IVG), unique ou répétée (50), cela de par une difficulté à mener une contraception, et parfois par pression du partenaire par chantage affectif pour les IVG.

Impact sur la grossesse et le post partum

Les VC apparaissent dans 30% des cas durant la grossesse. Les VC déjà existantes s'aggravent dans 2/3 des cas (51). Le post partum et la périnatalité en général sont également des périodes à haut risque (52,53), justifiant le dépistage systématique de façon plus appuyée. Les conséquences incluent :

- pour la mère : difficulté et défaut d'accès aux soins, avec un suivi de grossesse incomplet ou débuté tardivement, aggravation des conduites addictives et des troubles somatiques liées au stress, augmentation du risque d'arrêt spontané de grossesse, d'HTA gravidique, de diabète gestationnel, de prééclampsie, de vomissements incoercibles, de métrorragies (54), de dépression du post partum (55), de pensées suicidaires (56), et du risque de suicide maternel, altération du lien mère-enfant (manque d'estime personnelle, injonctions et dévalorisation par le conjoint), difficulté d'allaitement ;

- pour le fœtus et le nouveau-né : mortalité périnatale, petit poids pour l'âge gestationnel, faible poids à la naissance, prématurité.

2. Impact sur la santé et le comportement des enfants co-victimes

Même si les enfants ne sont pas inclus dans cette étude, il est important de souligner que les violences subies par leur mère entraînent des répercussions précoces et durables. Le stress dans les « 1000 premiers jours », peut altérer le développement cérébral, la cognition et les capacités relationnelles (57). Des études mettent en évidence un impact transgénérationnel via la mémoire traumatique fœtale et via les modifications épigénétiques maternelles, qui pourraient être transmises in utero, majorant le risque de troubles psychiatriques chez l'enfant et le rendant plus vulnérable au stress (58,59). L'exposition à un climat de peur et de tension, et la participation indirecte aux VC font des enfants des co-victimes et constituent une forme de maltraitance (60). Les symptômes observés varient selon l'âge et aucun n'est spécifique :

- Chez le nourrisson et l'enfant : pleurs excessifs, retard staturo-pondéral ou de langage, troubles alimentaires, du sommeil, de l'attention et de concentration, plainte somatique, anxio-dépression, énurésie, encoprésie ;
- Chez l'adolescent : conflit de protection et de loyauté, faible estime de soi, suicide et tentatives, baisse des résultats scolaires, trouble du développement social, vision stéréotypée des genres, TSPT (61,62), violence envers partenaire.

En 2024, les VC ont causé la mort de 7 enfants, 11 étaient présents lors d'un meurtre conjugal, et 12 en ont été témoins. Ces violences ont rendu 94 enfants orphelins de père ou de mère (14). Ils sont au moins 21880 à être identifiés comme co-victimes (7).

3. Impact en santé publique

D'après une étude en 2012 (63), le coût des VC (auteurs et victimes confondues) s'élève à 3,6 milliards d'euros par an au moins. Il comprend les coûts directs pour 21% (accueil et accompagnement, forces de sécurité, justice, administration pénitentiaires,

hébergements d'urgence, logement), indirects pour 67% (perte de rémunération, coûts intangibles notamment dans les viols), et coûts relatifs aux enfants pour 12% (notamment via l'aide sociale à l'enfance). Ces coûts ne prennent pas en compte les IVG imputables aux VC et le coût des suicides de femmes VVC.

E. Cadre sociétal, juridique et institutionnel des VC

1. Contexte sociétal

Les VC constituent un phénomène ancien, qui ne peut pas être réduit à une problématique contemporaine. Elles ont longtemps été invisibilisées et banalisées dans la sphère privée. Les exemples de Marie Trintignant (actrice française reconnue), Jacqueline Sauvage ou encore Gisèle Pelicot en sont particulièrement marquants. La première a été victime de féminicide, qui a initialement été appelé un « tragique accident », ou un « crime passionnel » (64), la deuxième a été jugée pour le meurtre de son mari, auteur de VC durant 40 ans, le témoignage de la troisième a contribué à faire reconnaître l'existence de violences sexuelles conjugales.

La médiatisation de ces affaires a permis une meilleure reconnaissance des VC comme étant un problème grave, sociétal et institutionnel, qui peut toucher toutes les classes sociales ; mais aussi de mettre en lumière les limites de la protection et de l'accompagnement des victimes et la difficulté de reconnaître les mécanismes dont l'emprise. Les mouvements sociétaux, comme « MeToo », apparu aux Etats-Unis et repris en France en 2017, ont permis une libération de la parole, expliquant « tu n'es plus seule, je te crois ». En rendant visible les violences faites aux femmes, et également les VC, ils ont permis de nommer et de mieux reconnaître ces violences.

2. Cadre législatif et grandes étapes juridiques

En 20 ans, la législation a renforcé la reconnaissance et la lutte contre les violences conjugales. Depuis 2004, le juge aux affaires familiales peut statuer en urgence sur

l'attribution du domicile et l'éloignement du conjoint violent⁷. La création de l'ordonnance de protection en 2010 a constitué une avancée majeure : accessible même sans dépôt de plainte, elle a été renforcée en 2024 pour inclure des mesures sur l'autorité parentale et peut être prononcée en 24 heures en cas de danger grave⁸. La loi « Elan » de 2018⁹ facilite la mise à l'abri des victimes en mettant fin à la solidarité locative, et une aide universelle d'urgence¹⁰ pour les VVC a été instaurée en 2023. Dans la loi française, la relation de couple constitue une circonstance aggravante pour de nombreuses infractions (féminicides, viol, violences, agressions sexuelles)¹¹. Une proposition de loi est en cours en 2025 pour prendre en compte l'attitude coercitive dans le délit de harcèlement sur conjoint¹².

3. Evolution judiciaire

Le nombre de condamnations pour VC a augmenté régulièrement ces dernières années, témoignant d'une meilleure reconnaissance judiciaire des faits, notamment dans les VC sexuelles. Mais il reste inférieur au nombre estimé de victimes, soulignant les limites du cadre légal, et les progrès encore à réaliser. En 2024, des poursuites ont été engagées contre 60% des mis en cause poursuivables pour VC, parmi ces poursuites plus de la moitié ont été classés sans suite (7).

La déclaration au commissariat ou à la gendarmerie est vue par 18% des VVC comme inutile, comme une épreuve pour 7%, a déjà été mal vécu pour 5% et la crainte de ne pas être prise au sérieux est présente pour 8% (6).

⁷ Art. 220-1 du Code civil, issu de la loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce

⁸ Loi n° 2024-536 du 13 juin 2024

⁹ Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018, dite loi « ELAN »

¹⁰ Loi n° 2023-140 du 28 février 2023

¹¹ Art. 132-80 du Code pénal, quels que soit le statut du couple : officiels ou non, cohabitants ou non, et après séparation.

¹² Proposition de loi n° 101 du 3 avril 2025, visant à renforcer la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, modifié en première lecture par le Sénat. Texte non encore promulgué en 12/2025.

4. Grenelle de la lutte contre les VC

Depuis l'enquête ENVEFF (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) réalisée en 2000 (65), les politiques publiques se sont structurées avec la création de la Miprof en 2012, la reconnaissance de l'égalité femmes-hommes comme grande cause nationale (2017-2027) avec comme premier pilier la lutte contre les violences sexistes et sexuelles, et le Grenelle de 2019.

Ce dernier a introduit plusieurs mesures :

- Amélioration de l'accueil dans les services de sécurité et les hôpitaux (plateforme de tchat, dépôt de plainte dans les hôpitaux, constats et prélèvements conservatoires) ;
- Renforcement des dispositifs de protection (extension du 3919, téléphones « grave danger », bracelets anti-rapprochement, augmentation des places d'hébergement) ;
- Meilleure coordination entre les acteurs impliqués, amélioration de la protection des enfants et de la prise en charge des auteurs pour prévenir la récurrence ;
- Suppression du secret médical en cas de danger immédiat pour une victime majeure sous emprise, autorisant le signalement au Procureur sans le consentement de la victime¹³, après avoir tenté de l'obtenir ou de l'informer.

F. Le rôle du médecin généraliste

1. Recommandations en médecine générale

En 2001, le rapport Henrion (66) plaçait le médecin généraliste comme « premier interlocuteur et acteur privilégié » dans la prise en charge des femmes VVC, assurant repérage, écoute, conseil, rédaction de certificats et information sur les droits. Depuis 2019, la HAS recommande le repérage systématique des VC (67), pour détecter précocement les situations à risque de s'aggraver et de s'intensifier. Le questionnement systématique favorise l'ouverture de la parole et fait du cabinet un espace d'écoute et de

¹³ Réforme de l'article 226-14 du Code pénal

prévention, dans le présent ou pour le futur. Il permet également au médecin de mettre à jour les antécédents dans le dossier médical et parfois d'établir un lien avec un tableau clinique (68). L'OMS préconise plutôt un dépistage ciblé en cas de signes d'alerte ou de symptômes (hors grossesse où il reste systématique) (69). Le terme « dépistage » signifie « détection d'une maladie chez des personnes sans symptôme », il peut désigner ici la recherche de situations à risque, et le « repérage » désigner la détection de violences existantes et impactantes.

Pour le repérage, la HAS recommande (70), de créer un environnement favorable (affichage d'informations, implication des professionnels) et de poser des questions¹⁴ sur l'existence de violences de tous types, actuelles ou passées, pendant l'anamnèse, en particulier lors de la première consultation comme tout antécédent ou facteur de risque, lors du suivi gynécologique ou de grossesse. La question doit être posée en toute confidentialité afin de favoriser un climat de confiance. La HAS recommande de préciser que ces questions sont posées systématiquement, en raison de la prévalence et des conséquences des VC.

De nombreux outils existent pour aider au repérage et à l'évaluation de la gravité : le questionnaire WAST (71), le violentomètre (72), qui permet aux patientes d'auto-évaluer la toxicité de leur relation et qui peut être utilisé en consultation.

Pour la suite de la prise en charge, la HAS (73) liste les mesures de protection en cas d'urgence, explique comment aider à préparer un plan de sécurité, vers quels types de structures orienter les patientes (associatives, judiciaires, sanitaires), et comment établir un certificat médical. L'OMS, avec ONU Femmes, a élaboré un manuel clinique en 2014 (69) dans lequel les recommandations aux professionnels de santé sont basés sur le

¹⁴ Exemples : « Comment vous sentez-vous à la maison ? », « Avez-vous peur de votre partenaire ? » ou de façon plus directe : « Avez-vous subi des violences récemment ou dans le passé ? ».

« soin centré sur la femme », avec notamment l' « appui de première ligne » : écouter, s'informer, valider, améliorer, et soutenir (*Annexe 1B*), que nous détaillerons plus loin.

2. Obstacles au repérage et à la prise en charge

D'après l'étude de la commission Impact des Recommandations en 2022 (74), 4 médecins sur 10 ne se sentaient pas à l'aise avec le dépistage systématique, souvent découragés par des expériences négatives. L'enquête BVA-HAS 2023¹⁵, portant sur 1000 femmes (75), montrait que seulement 14 % des femmes étaient interrogées par leur médecin généraliste sur leur couple, et 3 % sur des VC actuelles ou passées. D'autres freins au repérage persistent (76,77) : peur d'être intrusif, de soulever un problème insupportable ou non reconnu, vision réductrice et banalisation des VC, focalisation sur les VC physiques, sentiment d'inefficacité ou de méconnaissance du réseau d'intervenants, appréhension sur la suite de la prise en charge (temps, implication, disponibilité, outils, manque de formation, sensation d'être démuné).

Les freins à la prise en charge sont peu étudiés jusqu'à présent. Des études qualitatives se rejoignent pour évoquer des obstacles liés (77–79) :

- à la sensation de malaise ou de mise en difficulté ;
- à l'ambivalence de la femme victime ;
- au manque d'intervenants ;
- à la contrainte du temps et l'absence de formation adéquate.

3. Attentes des patientes

L'enquête multicentrique AVIC-MG (Attentes des femmes VVC envers leur médecin généraliste) montre que les femmes françaises VVC, qui sont déjà en contact avec des structures de soins, sont favorables au dépistage et estiment que c'est le rôle du médecin

¹⁵ Enquête réalisée par le bureau BVA à la demande de la HAS

généraliste¹⁶. L'enquête BVA-HAS 2023, confirme que 96% considèrent le questionnement systématique utile, et 9 sur 10 le jugent rassurant et légitime. Seules 23% des femmes estiment pouvoir se sentir gênées, 15% jugées et 13% choquées, mais toutes restent favorables au repérage. Peu de travaux étudient l'attente des femmes vis-à-vis de leur médecin généraliste dans le suivi au long cours.

C'est dans ce contexte de violences aux impacts multiples, touchant à la fois les sphères individuelle, médicale, sociale et judiciaire, que nous aborderons les questions de recherche principales et secondaires de ce travail, en nous concentrant sur le rôle du médecin généraliste.

¹⁶A titre d'exemple, dans les Hauts de France, 77% des VVC sont favorables au dépistage, et 84% estiment que le dépistage fait partie du rôle du médecin généraliste. (80)

III. Matériel et méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive transversale, réalisée du 19/02/2025 au 01/07/2025, via un questionnaire anonyme et standardisé.

B. Population étudiée

La population de l'étude comporte les médecins généralistes, internes, remplaçants et installés, ayant une activité libérale au moins partielle, en France métropolitaine et en départements et régions d'outre-mer (DROM).

C. Etude de la littérature et réalisation du questionnaire

Les mots-clés utilisés pour les recherches étaient : « violences conjugales, violences entre partenaires intimes, féminicide, médecine générale », en français et en anglais.

Le questionnaire a été réalisé par l'investigatrice, après analyse de la bibliographie existante. Les variables d'intérêt ont été discutées avec le directeur de thèse. Le questionnaire a été testé par le directeur de thèse, ainsi que des internes, médecins remplaçants et médecins installés. Les seules modifications apportées concernaient la syntaxe. Le questionnaire a été publié le 19/02/2025. Il comportait cinq parties (*Annexe 2A*) :

1. Caractéristiques démographiques des médecins, formations réalisées sur le sujet des VC et estimation de leur aisance dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de VC.
2. Evaluation des pratiques de repérage.
3. Actions et le suivi après le repérage. Une question était à réponse ouverte.
4. Besoins des médecins notamment en termes de formation, et perspectives d'amélioration.

5. Optionnelle, contenait une question à réponse libre, et proposait aux médecins de réfléchir à une amélioration ou une ressource non citée pour mieux accompagner les victimes de VC.

Une partie des questions dans la deuxième et la troisième partie étaient conditionnées : les médecins y avaient accès s'ils déclaraient interroger leurs patientes sur la présence de VC, puis s'ils déclaraient avoir déjà réalisé le suivi d'une patiente connue comme étant victime de VC. Ces conditions étaient voulues pour collecter les réponses des médecins ayant déjà été confronté à la prise en charge, à leur cabinet, d'une patiente victime.

D. Recueil des données

Un e-mail contenant un texte explicatif ainsi qu'un flyer (*Annexe 2B*) avec le lien du questionnaire a été envoyé entre mars et juin 2025 à tous les URPS (Unions Régionales de Professionnels de Santé) de France. Seules quelques-unes ont accepté de relayer le questionnaire. Ce même e-mail a été envoyé de façon échelonnée à toutes les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) de France ayant une adresse électronique ou un formulaire de contact disponible. Il a également été envoyé aux différentes facultés de médecine en France, quelques-unes ayant accepté de partager. Le flyer ainsi qu'un court texte a été partagé au sein des réseaux de communication des internes et médecins généralistes et via mon réseau professionnel.

Les réponses ont été recueillies de façon anonyme. Le recueil de données a été clôturé le 1^{er} juillet 2025.

E. Analyse et présentation des données

Un questionnaire était considéré complet lorsque les parties une à quatre étaient complétées. Seuls les 328 questionnaires complets ont été utilisés pour l'analyse principale. La population cible, constituée de plusieurs dizaines de milliers de médecins généralistes, est considérée comme une population infinie. Dans ce cadre, la taille d'échantillon théorique nécessaire pour obtenir une marge d'erreur de 5 % avec un

niveau de confiance de 95 % est de 385 répondants. La marge d'erreur associée à 328 réponses est estimée à environ 5,4 %, ce qui reste proche des standards méthodologiques habituellement retenus en recherche quantitative.

1. Analyse quantitative

L'analyse comportait une partie descriptive et une partie statistique. Les analyses ont été réalisées par un mathématicien-statisticien indépendant (Marionnet S.) à partir des données collectées, après vérification et nettoyage par l'investigatrice.

Les analyses descriptives ont été réalisées avec Excel®. Les pourcentages sont présentés arrondis à l'unité la plus proche. En conséquence, la somme des pourcentages peut ne pas être strictement égale à 100 % dans les questions à choix uniques. Pour les questions à choix multiples, la somme des pourcentages dépassant 100 %, elle n'est pas pertinente et n'est pas précisée. Les valeurs inférieures à 1 % sont mentionnées comme « <1 % ».

Les analyses statistiques ont été réalisées avec Python®. L'indépendance entre deux variables a été testée à l'aide du test du Chi². Le test a été appliqué même lorsque certains effectifs observés étaient inférieurs à 5, à condition que les effectifs attendus soient supérieurs ou égaux à 5. Aucun test n'a été réalisé pour les items dont l'effectif attendu était inférieur à 5. La différence entre les variables est considérée significative lorsque $p < 0,05$. Les résultats non significatifs sont indiqués par « NS » et ceux non analysables en raison d'effectifs attendus trop faibles par « N/A ».

Pour l'analyse statistique, nous avons regroupé différentes variables – les questions correspondantes sont disponible en *Annexe 2A* :

- Les internes et remplaçants, partageant une expérience pratique récente et un suivi limité des patientes, ont été regroupés (question A1). Ce regroupement est également cohérent avec leur âge (≤ 34 ans, forte association entre âge et statut, *Annexe 3*). Il

permet de simplifier les analyses par rapport aux médecins installés plus âgés qui par ailleurs suivent leurs patientes dans la durée.

- Les propositions « je ne sais pas » avec la proposition « non » pour la question A2 ; et avec la proposition « mixte » pour la question A7.
- Les différents obstacles au suivi (question C3) ont été regroupées en catégories :
 - Contraintes organisationnelles : manque de temps ou de disponibilité, absence de cotation spécifique, méconnaissance du réseau local.
 - Manque de compétences : manque de formation ou de connaissances, réticence des patientes VVC à accepter une aide.
 - Obstacles liés aux représentations : crainte pour la sécurité, présence de l'auteur dans la patientèle du médecin, crainte d'être affecté émotionnellement, crainte des retombées médico-légales.
 - Freins liés aux représentations du médecin : perception du rôle du médecin généraliste comme limité au seul dépistage.
- Les outils ou ressources utiles (question D1) ont également été regroupées en catégories : les formations courtes, longues et les sessions en soirées ; les outils : guides, brochures, logiciels, plateformes ; les contacts directs ; les financements.

On considère les médecins ayant suivi une sensibilisation, réalisé des auto-formations ou ayant suivi une formation courte ou longue comme ayant effectué au moins une formation (question A6).

2. Analyse qualitative

Certaines questions étaient à réponse ouvertes, afin de permettre aux médecins d'exprimer librement leurs pratiques, idées et perceptions. Seule la question 4 de la troisième partie était à réponse obligatoire, où le choix de proposer une réponse ouverte a été guidé par la volonté de ne pas influencer la proposition des médecins.

Toutes les réponses qualitatives ont été analysées par l'investigatrice, selon une approche thématique descendante de type « entonnoir », visant à identifier les catégories principales émergentes. Les réponses brutes ont d'abord été lues afin d'identifier des idées ou éléments récurrents. Les réponses invalides ont été exclues. Lorsqu'un répondant soumettait plusieurs idées dans une même réponse, celle-ci a été découpée en items, ce qui explique que le nombre d'occurrences de propositions est supérieur au nombre de réponses émises par les médecins. Ces items ont ensuite été regroupés en sous-catégories, puis synthétisés en catégories plus larges afin de dégager les tendances principales tout en conservant la richesse des réponses.

Les catégories regroupant peu d'items n'ont pas été présentées dans les graphiques, mais sont explicitées dans le texte afin de préserver la nuance des pratiques décrites par les médecins.

F. Aspects éthiques et réglementaires

Le questionnaire était anonyme et les répondants volontaires. La finalité de l'étude était expliquée en début de questionnaire (*Annexe 2A*).

La rédaction de cette étude s'appuie sur les recommandations STROBE pour les études observationnelles transversales.

Cette étude a été classée hors loi Jardé puisqu'elle n'implique pas la personne humaine. Elle est considérée comme une expérimentation en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé.

Cette recherche n'a bénéficié d'aucun financement extérieur. L'investigatrice, le directeur de thèse ainsi que le mathématicien-statisticien déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

IV. Résultats

A. Participation et caractéristiques de la population étudiée

Sur 370 questionnaires recueillis, 328 (89 %) étaient complets et ont été retenus pour l'analyse.

Caractéristiques socio-démographiques et aisance déclarée

Les caractéristiques socio-démographiques des médecins sont présentées dans le *Tableau 1*. On note une surreprésentation des femmes (79 %) et des médecins de moins de 35 ans (54 %).

Caractéristiques des répondants	n (%)
Statut professionnel	
Interne en médecine générale	115 (35 %)
Médecin généraliste installé	181 (55 %)
Médecin généraliste remplaçant	32 (10 %)
Tranche d'âge	
< 35 ans	177 (54 %)
35–50 ans	97 (30 %)
> 50 ans	54 (17 %)
Sexe	
Femme	260 (79 %)
Homme	68 (21 %)
Autre	1 (< 1 %)
Total	328

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants (n=328)

Les répondants étaient répartis sur une large partie du territoire français (*Annexe 4*), avec une surreprésentation des départements du Nord, du Calvados, de la Meurthe-et-Moselle, du Pas-de-Calais et de la Manche (n=157). 41 départements n'ont enregistré aucune réponse.

La répartition des patientèles entre les milieux rural et urbain apparaît équilibrée avec une sur-représentation des patientèles « mixtes » (*Tableau 2*). La distance et l'accès aux structures d'aide restent peu renseignés.

Caractéristiques des patientèles	n (%)
Zone géographique	
Mixte	141 (43 %)
Urbaine	91 (28 %)
Rurale	84 (26 %)
Ne sait pas	12 (3%)
Distance avec les structures d'aide	
< 20 km	173 (53 %)
20-50 km	63 (19 %)
> 50 km	14 (4 %)
Non renseigné	78 (24 %)
Accès aux structures d'aide	
Par transports en commun	116 (35 %)
Par voiture uniquement	62 (19 %)
Non renseigné	150 (46 %)
Total	328

Tableau 2 : Caractéristiques des patientèles des répondants (n=328)

La majorité des répondants (65 %, n=203) déclaraient ne pas être à l'aise, ou ne savaient pas évaluer leur aisance, concernant le repérage et la prise en charge (PEC) des VC.

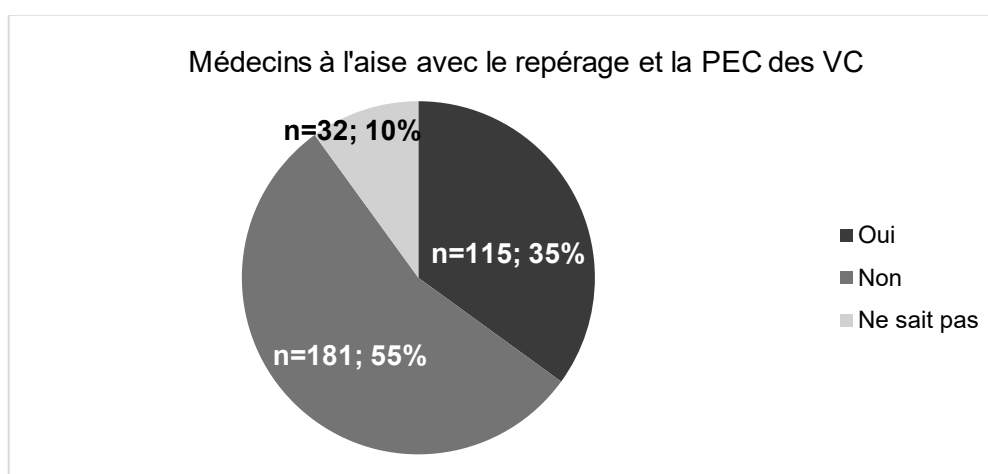


Figure 2 : Aisance déclarée pour le repérage et la prise en charge des VVC (n=328)

Participation aux formations

La majorité des médecins (65%, n=212) avaient déjà suivi une sensibilisation courte (conférence, cours ou discussion en groupe de pairs), et 40% (n=130) se formaient de manière autonome (réseaux sociaux, lecture d'article, vidéos ou plateformes en ligne). 21% des médecins (n=69) n'avaient bénéficié d'aucune formation (Figure 3).

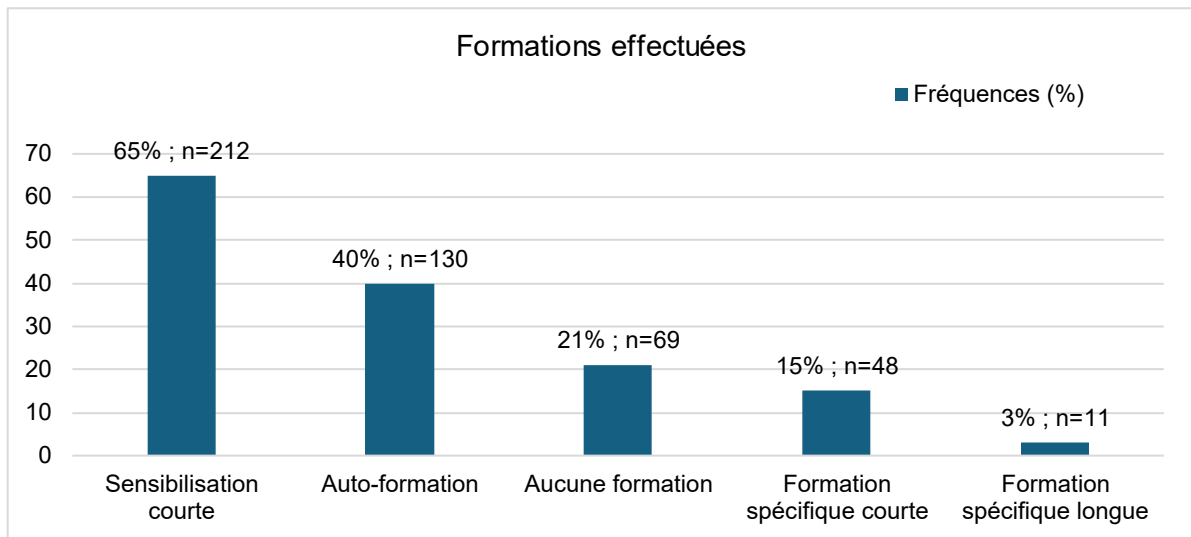


Figure 3 : Formation(s) en lien avec les VC, effectuée(s) par les médecins répondants, en % (n=328 ; réponses à choix multiple)

B. Repérage et dépistage des VC

Seuls 195 médecins (59 %) déclaraient interroger leurs patientes en consultation sur la présence éventuelle de VC. Parmi ces médecins, seulement 32 % (n=63) réalisaient un dépistage systématique. Les situations de repérage étaient principalement liées à des plaintes spécifiques ou un ressenti personnel (89 %, n=173), ou à la présence de signes d'alerte (86 %, n=168). Les autres contextes sont détaillés dans la Figure 4.

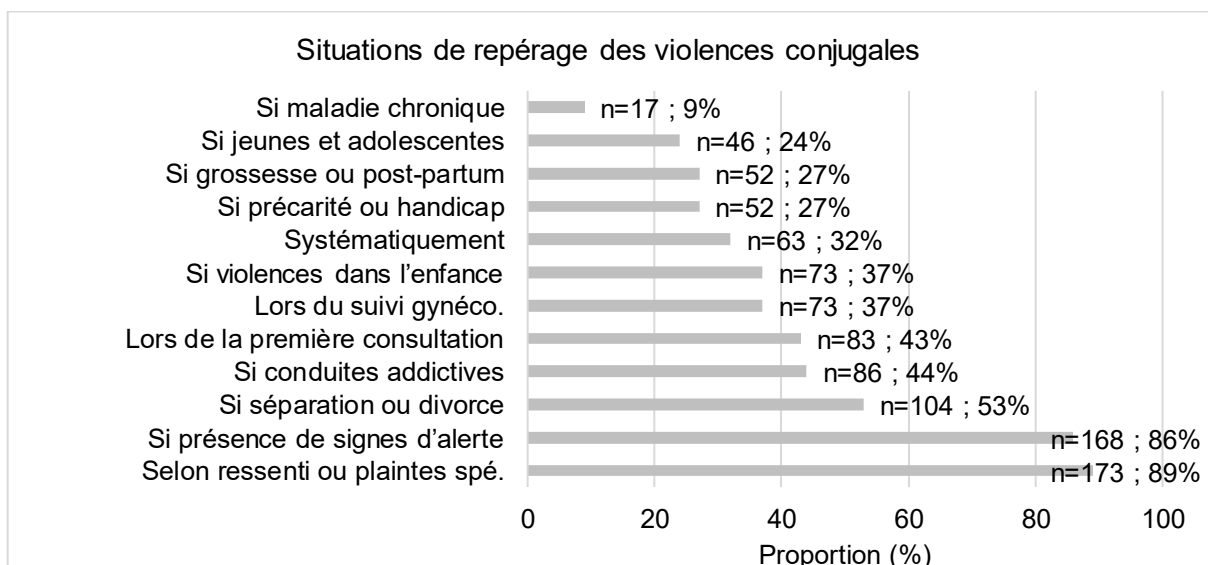


Figure 4 : Situations de repérage des VC chez les médecins déclarant le pratiquer en consultation (n=195, choix multiples)

C. Actions et suivi après le dépistage des VC

Les médecins généralistes (n=328) identifiaient plusieurs rôles clés : être un interlocuteur de première ligne, rompre le silence (96 %, n=314), initier une prise en charge par des paroles thérapeutiques adaptées à la temporalité de la VVC (82 %, n=269), et un rôle lié au psycho traumatisme :

- orienter vers des structures spécialisées en psycho traumatisme (94 %, n=307) ;
- considérer la VVC comme toute victime de psycho-traumatisme (83 %, n=273) ;
- intégrer le psycho-traumatisme dans la prise en charge globale des pathologies chroniques (70 %, n=230).

Les principaux freins à un accompagnement des VVC au cabinet étaient le manque de temps pour 70% (n=229) des répondants, le manque de formation ou de connaissance pour 69% (n=101), la réticence des patientes victimes à se confier ou à accepter une aide ou l'ambivalence de la victime pour 67% (n=220), et la méconnaissance ou l'inexistence du réseau local d'aide pour 62% (n=203) des répondants. Les autres freins sont détaillés dans le *Tableau 3*.

Obstacle à l'accompagnement	Oui (%)
Manque de temps / de disponibilité	229 (70 %)
Manque de formation / de connaissances sur le sujet	227 (69 %)
Ambivalence / réticence des patientes victimes à accepter une aide	220 (67 %)
Réseau local d'aide et d'accueil des victimes méconnu ou inexistant	203 (62 %)
L'auteur des violences fait partie de ma patientèle	90 (27%)
Absence de cotation spécifique	66 (20 %)
Crainte des retombées médico-légales	56 (17 %)
Crainte d'être affecté émotionnellement / être déstabilisé	51 (16 %)
Crainte pour ma propre sécurité vis à vis de l'auteur des violences	38 (12 %)
Problématique sociale plus que médicale : rôle du généraliste limité au dépistage	24 (7 %)
Aucun obstacle	4 (1 %)

Tableau 3 : Obstacles à l'accompagnement des femmes VVC (n=328, choix multiples)

Les réponses libres (n=15) ont révélé d'autres freins, soulignant la pluralité des obstacles auxquels les médecins font face dans l'accompagnement, liés à :

- la relation médecin-patiente (par ex. peur d'altérer la relation) ;
- la position du médecin (sentiment d'illégitimité, complexité des situations, difficultés de repérage) ;
- l'organisation du système de soins ou du partenariat (relations compliquées avec les forces de l'ordre, délais de prise en charge psychologique).

Une question ouverte invitait les médecins à préciser vers quels types de structures ou de professionnels ils pourraient orienter une patiente identifiée comme VVC, en dehors des situations d'urgence, afin d'identifier les ressources qu'ils connaissent ou mobilisent spontanément. Au total, 224 réponses ont été recueillies, comprenant plusieurs propositions chacune, soit 546 occurrences d'orientation. Le tableau des résultats classés en sous catégories est détaillé en *Annexe 5*, et les catégories sont présentées dans la *Figure 5*. Les structures associatives sont largement citées (176 occurrences), ainsi que les professionnels en santé mentale.

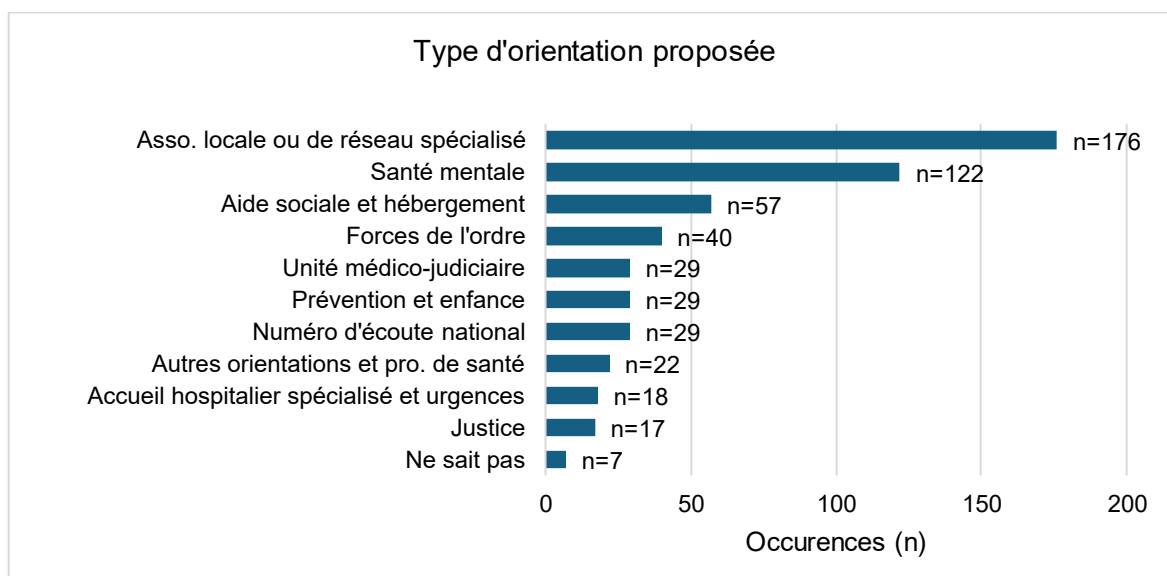


Figure 5 : Type d'orientation proposée par les 224 médecins généralistes (n=224, 546 occurrences)

Parmi les répondants, 73% des médecins (n=240) déclaraient avoir déjà suivi, dans leurs cabinets, une patiente connue comme étant VVC. Parmi ces 240 généralistes, cinq questions spécifiques ont exploré leurs pratiques et leurs représentations relatives au suivi de ces patientes.

Perception du lien entre l'existence de VC et différents facteurs ou pathologies (Figure 6)

La quasi-totalité des médecins ayant déjà suivi une femme victime associait les VC à des troubles anxio-dépressif (95 %, n=229) et des troubles du sommeil ou une fatigue chronique (92 %, n=221). Les liens avec les maladies chroniques inflammatoires ou rhumatologiques (58 %, n=139) et les facteurs de risque cardiovasculaires (42 %, n=100) étaient moins souvent évoqués.

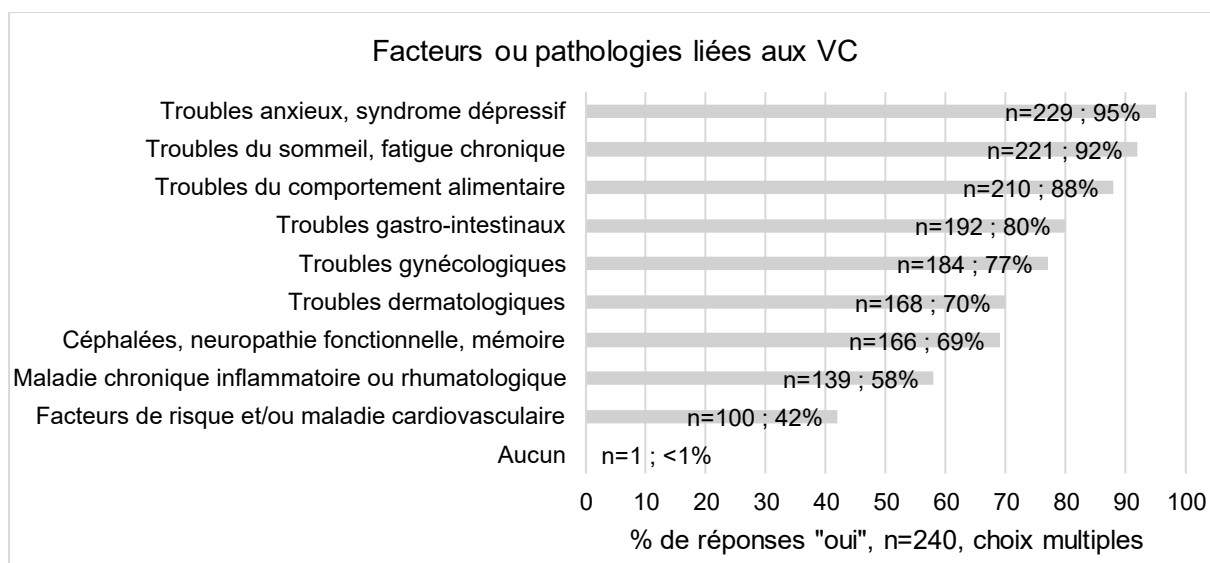


Figure 6 : Facteurs ou pathologies liées aux VC d'après les généralistes, lors du suivi des patientes (n=240, choix multiples)

Utilisation d'outils ou de guides spécifiques pour la prise en charge des VVC après le repérage

Parmi les 240 médecins interrogés, la majorité ne recourt pas à des outils spécifiques pour la prise en charge des VVC après dépistage : 60 % (n=143) agissent de manière intuitive et 37 % (n=89) déclarent ne pas être formés ou ne pas en connaître. Seuls 14

% (n=34) utilisent des outils d'évaluation de la gravité : le guide HAS, la grille EVA, le Vademecum, et la grille *Danger Assessment*. D'autres mentionnent des guides d'entretien ou des protocoles internes. Enfin, 9 % (n=21) ont répondu librement, citant notamment le Violentomètre (n=8) et la plateforme Déclic Violences (n=4).

Conduite à tenir lors de la première consultation de suivi avec une patiente VVC

Parmi les 240 médecins interrogés, l'écoute active était considérée comme un rôle central par 97 % des médecins (n=232). Les autres modalités de prise en charge recueillaient des taux d'adhésion supérieurs à 60 % (*Figure 7*).

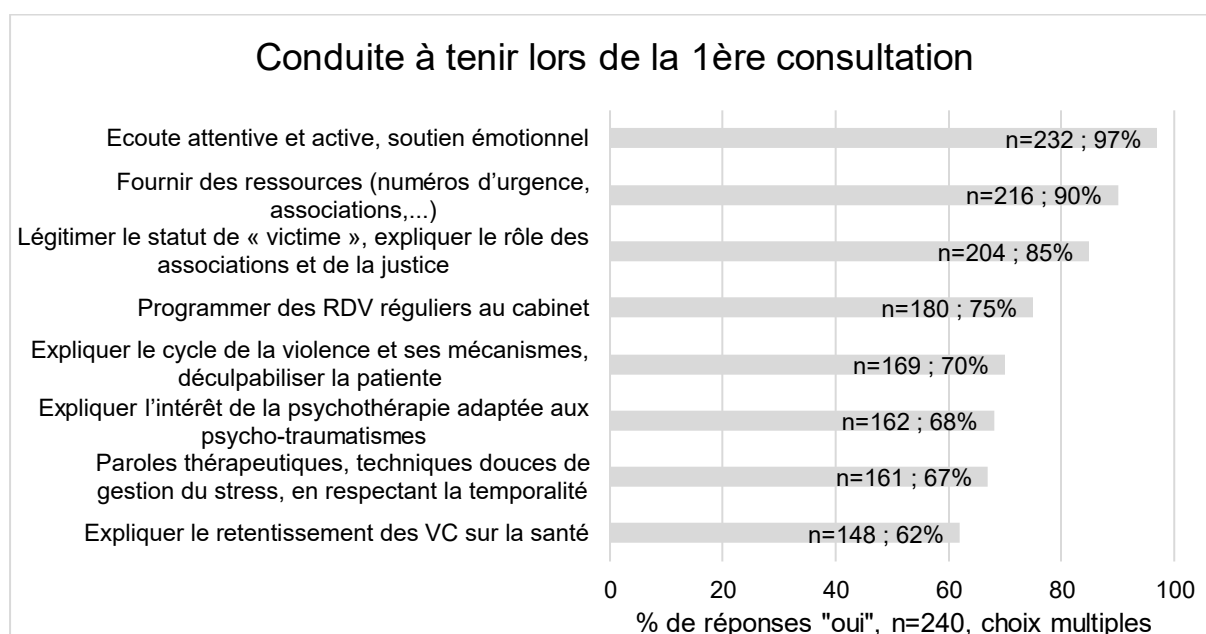


Figure 7 : Rôle du médecin généraliste lors de la première consultation de suivi avec une patiente VVC (n=240, choix multiples)

Action et/ou suivi lors des consultations avec une femme VVC, en dehors de l'urgence

La grande majorité des médecins déclarait respecter la temporalité de la victime (83 %, n=198), orienter vers d'autres professionnels (82 %, n=197), et réévaluer le danger (80 %, n=193). En revanche, la prise en charge du retentissement sur la santé globale est déclarée par seulement 52 % des répondants (n=124) (*Figure 8*).

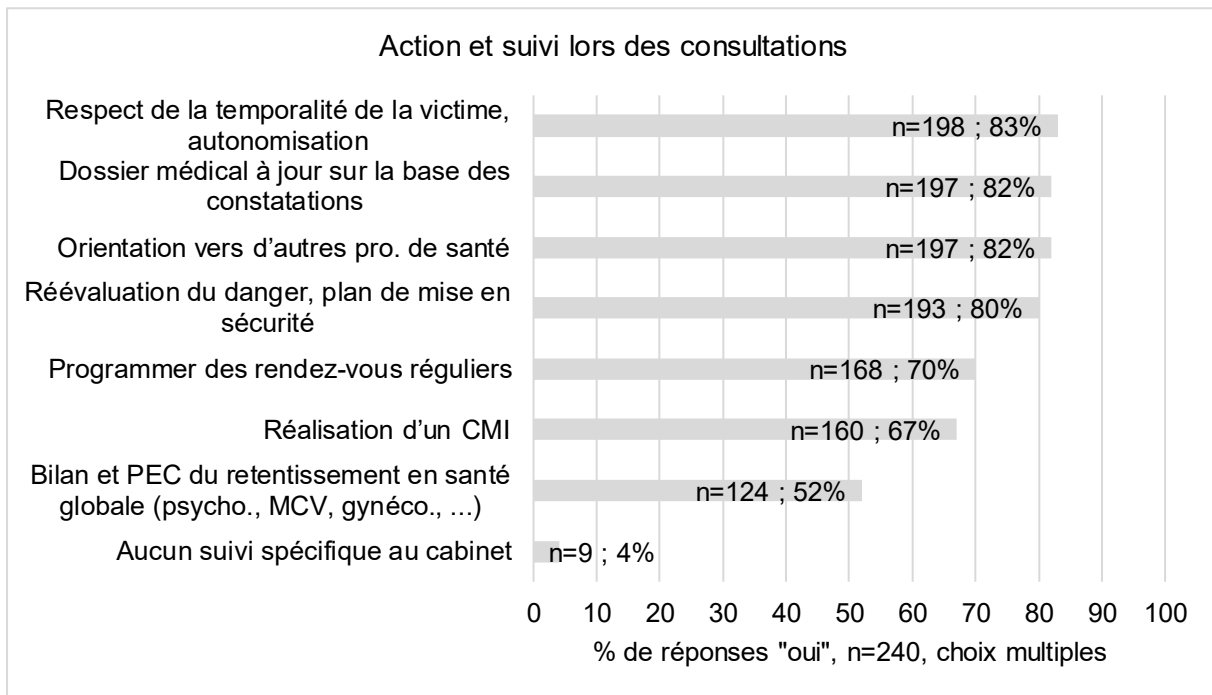


Figure 8 : Action et/ou suivi proposé(e)s par le généraliste dans l'accompagnement des femmes VVC, en dehors de l'urgence (n=240, choix multiples)

Actions entreprises par le généraliste en cas de danger imminent (Figures 9 et 10)

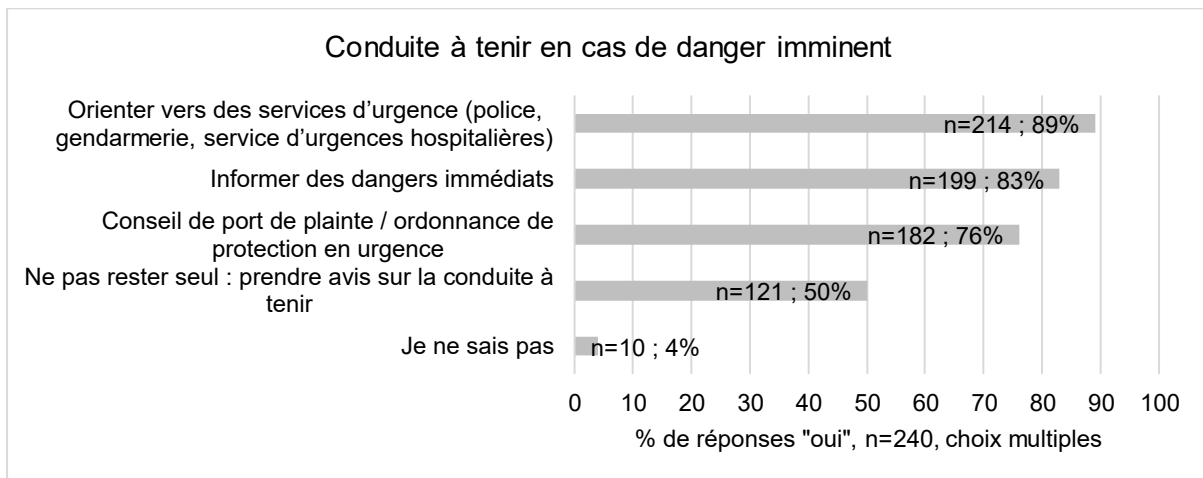


Figure 9 : Actions entreprises par le généraliste en cas de danger imminent dans un contexte de VC (n=240, choix multiples)

En cas de danger imminent, un signalement était effectué avec l'accord de la patiente dans 62 % des cas (n=148). Seuls 36% (n=87) réalisaient un signalement sans cet accord, sous deux conditions principales :

- vulnérabilité de la patiente (déficience physique ou psychique, grossesse) : 30% des cas (n=73) ;

- situation d'emprise : 27% des cas (n=64).

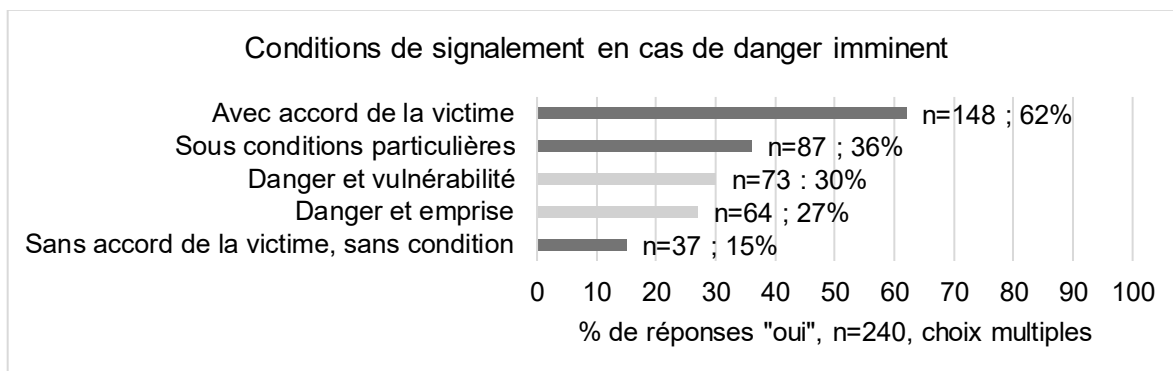


Figure 10 : Conditions de signalement par le médecin généraliste en cas de danger imminent dans un contexte de VC (n=240, choix multiples)

D. Besoins et perspectives d'amélioration

La majorité des médecins (80%, n=261) considéraient utiles d'obtenir un carnet d'adresse ou des contacts directs avec les correspondants. Une formation courte était envisageable pour 69 % (n=226), tandis que 17 % (n=57) l'étaient pour une formation longue. Seuls 1 % (n=4) des médecins se sentaient suffisamment formés (Figure 11).

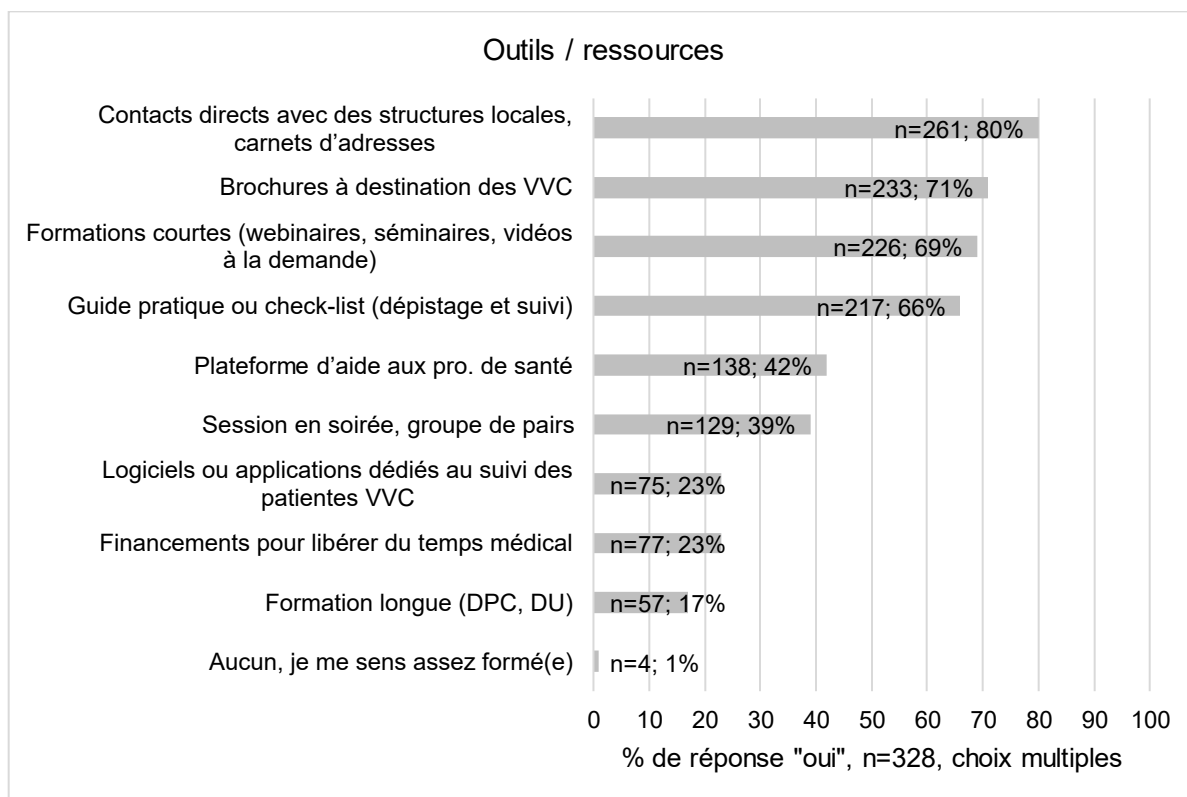


Figure 11 : Outils ou ressources considérées utiles pour le médecin généraliste dans la PEC des VVC (n=328, choix multiples)

Le principal frein au suivi d'une formation était le manque de temps (73 %, n=241) (*Figure 12*).

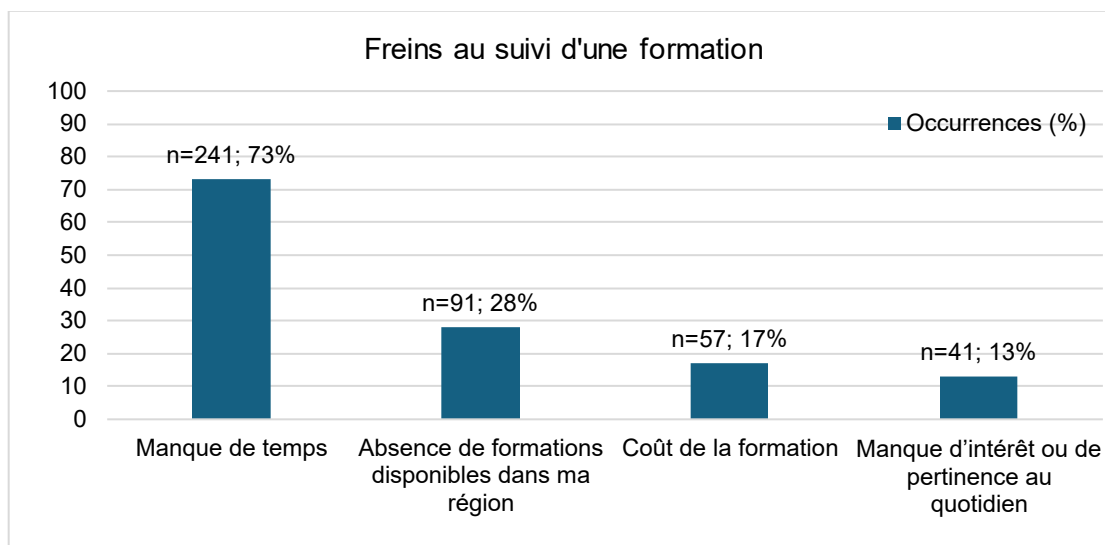


Figure 12 : Freins au suivi d'une formation sur les VC (n=328)

Les réponses libres (n=31) évoquaient : une surcharge thématique en médecine générale, une perte de revenus, et des formations axées uniquement sur l'urgence. 18 médecins précisait qu'il n'y avait aucun frein ou qu'une formation était déjà suivie.

Pour finir, les participants étaient invités à suggérer une amélioration ou une ressource supplémentaire pour mieux accompagner les VVC, sous forme de question ouverte. Sur les 328 questionnaires complets, 65 réponses ont été recueillies, rassemblant 85 propositions, détaillées dans l'Annexe 6. Les médecins proposaient principalement de nouveau la mise à disposition d'un guide des ressources locales en ligne (n=17), une formation systématique, concrète et pratique (n=13), et le contact d'un interlocuteur dédié aux situations de VC (n=13).

E. Analyses statistiques

Les analyses statistiques visent à identifier les facteurs associés aux différentes pratiques, besoins et freins des médecins face aux VC.

1. Facteurs influençant l'aisance dans le repérage et la prise en charge

Comparaison de l'aisance dans le repérage et la PEC des VVC vis-à-vis de l'âge des répondants (Tableau 4)

		Age des répondants		
		≤ 34 ans (n=177)	35-49 ans (n=97)	≥ 50 ans (n=54)
Aisance	Oui	55 (31 %)	36 (37 %)	24 (44 %)
	Non	122 (69 %)	61 (63 %)	30 (56 %)

Tableau 4 : Aisance déclarée et groupe d'âge des répondants, p -value=0,2 ($Chi^2=3,5$).

L'aisance déclarée pour le repérage et la PEC des VC ne diffère pas significativement selon l'âge des médecins ($p = 0,2$). Parmi les répondants âgés de ≤ 34 ans, 31 % se déclarent à l'aise, contre 37 % chez les 35-49 ans et 44 % chez les ≥ 50 ans.

Comparaison de l'aisance dans le repérage et la PEC des VVC vis-à-vis du statut professionnel (Tableau 5)

Les internes et remplaçants ont été regroupés dans une seule catégorie, comme précisé dans la partie Méthodes.

		Interne ou remplaçant (n=147)	Installé (n=181)
		Aisance pour le repérage et la PEC des VVC	Oui 39 (27 %)
	Non 108 (73 %)	105 (58 %)	

Tableau 5 : Aisance déclarée et statut des répondants, p -value=0,005 ($Chi^2=7,8$).

Le statut professionnel était significativement associé au fait de se sentir à l'aise pour le repérage et la prise en charge des VC ($p = 0,005$), les médecins installés se déclarant plus souvent à l'aise que les remplaçants ou internes (42% et 27% respectivement).

2. Suivi des femmes VVC

Comparaison du taux de déclaration de suivi d'une patiente VVC par les généralistes en fonction de leur statut (Tableau 6)

	Interne ou remplaçant (n=147)	Installé (n=181)
A déjà suivi une VVC	78 (53 %)	162 (89 %)
N'a jamais suivi une VVC	69 (47%)	19 (11 %)

Tableau 6 : Suivi d'une patiente VVC par le généraliste en fonction du statut des généralistes, $p < 0,001$ ($Chi^2 = 53$).

Le suivi déclaré d'au moins une patiente VVC diffère significativement selon le statut professionnel. Parmi les médecins installés, 89 % ont déjà suivi une patiente VVC, contre 53 % des internes ou remplaçants.

Comparaison du taux de déclaration de suivi d'une patiente VVC par les généralistes en fonction du milieu d'origine de leur patientèle (Tableau 7)

	Milieu dont est issue la patientèle		
	Rural (n=84)	Urbain (n=91)	Mixte ou NSP (n=153)
A déjà suivi une VVC	67 (80 %)	73 (80 %)	100 (65 %)
N'a jamais suivi une VVC	17 (20 %)	18 (20 %)	53 (35 %)

Tableau 7 : Suivi d'une patiente VVC par le généraliste en fonction du milieu d'origine de sa patientèle, $p = 0,012$ ($Chi^2 = 8,9$). (NSP : ne sait pas)

Le fait d'avoir déjà suivi une patiente victime de VC variait significativement selon le milieu d'origine de la patientèle ($p = 0,012$). Les médecins déclarant une patientèle exclusivement rurale ou urbaine rapportaient plus fréquemment avoir déjà suivi une patiente VVC (80 % dans chaque cas) que ceux ayant une patientèle mixte (65 %).

Comparaison entre la réalisation du repérage et le suivi des femmes VVC (Tableau 8)

	A déjà suivi une VVC (n=240)	N'a jamais suivi de VVC (n=88)
Pratique le repérage des VC (n=195)	159	36
Ne réalise pas de repérage des VC (n=133)	81	52

Tableau 8 : Repérage des VC et suivi des femmes VVC, $p < 0,001$ ($Chi^2 = 16,1$) (n=328)

Parmi les médecins pratiquant le repérage des VC, 82 % (159/195) ont déjà assuré le suivi d'au moins une patiente victime, contre 61 % (81/133) des médecins ne pratiquant pas de repérage ($p < 0,001$). Réciproquement, le repérage des VC était plus fréquent chez les médecins ayant déjà suivi au moins une patiente VVC (66 %, 159/240) que chez ceux n'ayant jamais suivi de patiente (41 %, 36/88), soulignant une association significative entre repérage et suivi.

Comparaison entre l'aisance déclarée et les pratiques rapportées lors de la première consultation, du suivi effectué et des mesures en cas de danger immédiat (Annexes 7A, 7B et 7C)

Ces analyses portent sur les 240 médecins ayant déjà suivi une patiente VVC au cabinet (« oui » à C1).

Les médecins se déclarant à l'aise dans le repérage et la prise en charge des patientes VVC réalisaient plus fréquemment certaines actions concrètes : débiter un travail thérapeutique dès la première consultation (75 % vs 61 %, $p = 0,04$) et légitimer le statut de victime en présentant les ressources disponibles (91 % vs 81 %, $p = 0,04$), réévaluer le danger (88 % vs 75 %, $p = 0,02$) et évaluer le retentissement global sur la santé (61 % vs 45 %, $p = 0,02$). Ils réalisaient plus souvent un signalement sans accord de la victime en cas de vulnérabilité (39 % vs 24 %, $p = 0,02$) ou en cas d'emprise (36 % vs 20 %, $p < 0,01$).

3. Participation aux formations et impact sur les pratiques

Comparaison des formations effectuées vis-à-vis du statut professionnel dans le repérage et la PEC des VVC (Tableau 9)

Les médecins considérés comme ayant effectué au moins une formation sont ceux déclarant avoir réalisé une auto-formation, suivi une sensibilisation, et/ou bénéficié d'une formation courte ou longue.

	≥ 1 formation (n=259)	Aucune formation (n=69)
Internes et remplaçants	121 (47 %)	138 (53 %)
Installés	26 (38 %)	43 (62 %)

Tableau 9 : Formation effectuée et statut des répondants, p -value = 0,2 ($Chi^2 = 1,5$)

La proportion de médecins ayant suivi au moins une formation ne différait pas significativement selon le statut (82 % chez les internes et remplaçants, 76 % chez les médecins installés, $p = 0,2$).

Comparaison des formations effectuées vis-à-vis de l'expérience ou non du suivi d'une VVC au cabinet (Tableau 10)

	≥ 1 formation (n=259)	Aucune formation (n=69)
A déjà suivi une VVC	200 (77 %)	40 (58 %)
N'a jamais suivi une VVC	59 (23 %)	29 (42 %)

Tableau 10 : Formation effectuée et suivi d'une VVC, p value = 0,002 ($Chi^2 = 9,3$)

Les médecins formés étaient significativement plus souvent confrontés au suivi d'une patiente VVC que les non formés (77 % vs 58 %, $p = 0,002$).

Comparaison des formations effectuées vis-à-vis de l'aisance dans le repérage et la PEC des VVC (Tableau 11)

		≥ 1 formation (n=259)	Aucune formation (n=69)
Aisance	Oui	104 (40 %)	11 (16 %)
	Non	155 (60 %)	58 (84 %)

Tableau 11 : Formation effectuée et aisance des répondants dans le repérage et la PEC des VVC, p -value < 0,001 ($Chi^2 = 13$).

Les médecins ayant suivi au moins une formation sur les VC se déclarent significativement plus à l'aise pour le repérage et la PEC que ceux n'ayant suivi aucune formation (40 % vs 16 %, $p < 0,0001$).

Lorsque l'on regarde l'aisance déclarée en fonction des type de formations effectuées (Annexe 8), les médecins déclarant une aisance avaient significativement plus souvent réalisé une formation courte (25 % vs 9 %, $p < 0,001$), une auto-formation (49 % vs 35 %, $p = 0,01$), une sensibilisation (72 % vs 61 %, $p = 0,047$), que ceux ne se déclarant pas à l'aise. L'effet des formations longues n'a pas pu être correctement analysé en raison du faible nombre de médecins concernés (effectif attendu < 5).

Perception des rôles du médecin selon les formations effectuées (Tableau 12)

		>=1 formation (n=259)	Aucune formation (n=69)	p-value (Chi ²)
Considérer le traitement du psycho-traumatisme dans la PEC des maladies chroniques	Oui	191 (74 %)	39 (57 %)	p=0,009 (7)
	Non	68 (26 %)	30 (43 %)	
Considérer les VC comme pourvoyeur de psycho-traumatisme	Oui	219 (85 %)	54 (78 %)	NS
	Non	40 (15 %)	15 (22 %)	
Orientation vers pro. du psycho-traumatisme	Oui	242 (93 %)	65 (94 %)	N/A
	Non	17 (7 %)	4 (6 %)	
Initier le traitement par des paroles thérapeutiques, respect de la temporalité	Oui	214 (83 %)	55 (80 %)	NS
	Non	45 (17 %)	14 (20 %)	
Etre un interlocuteur de première ligne, aider à sortir du silence	Oui	249 (96 %)	65 (94 %)	N/A
	Non	10 (4 %)	4 (6 %)	

Tableau 12 : Formation effectuée et perception des rôles du généraliste

Les médecins formés déclaraient plus fréquemment considérer le traitement du psycho-traumatisme comme faisant partie intégrante de la PEC des maladies chroniques que les médecins non formés (74 % vs 57 %, p = 0,009). Pour les autres perceptions des rôles, les proportions de réponses positives étaient élevées aussi bien chez les médecins formés que non formés. Aucune différence statistiquement significative n'était retrouvée, et pour certains items les effectifs insuffisants dans les réponses négatives ne permettaient pas une interprétation statistique fiable.

Pratiques lors de la première consultation, suivi et mesures en cas de danger immédiat, selon les formations reçues (Annexes 9A, 9B et 9C)

Ces analyses portent sur les 240 médecins ayant déjà suivi une patiente VVC au cabinet (« oui » à C1). La réalisation d'au moins une formation n'était globalement pas associée aux pratiques déclarées lors de la première consultation, du suivi ou en situation de danger immédiat. Quelques différences significatives apparaissaient : les médecins formés rapportaient plus souvent débiter un travail thérapeutique dès la première consultation (88 % vs 56 %, p < 0,01) et respecter la temporalité de la victime dans le suivi (86 % vs 68 %, p = 0,01). Pour l'ensemble des autres items, aucune différence significative n'était observée.

Comparaison des formations effectuées vis-à-vis des obstacles à l'accompagnement des VVC (Tableau 13)

Les obstacles ont été analysés selon les catégories définies dans la section Méthodes.

		≥ 1 formation (n=259)	Aucune formation (n=69)	p-value (Chi ²)
Obstacles à l'accompagnement	Contraintes organisationnels	Oui	230 (89 %)	NS
		Non	29 (11 %)	
	Manque de compétences	Oui	223 (86 %)	P=0,02 (5)
		Non	36 (14 %)	
	Crainte des conséquences	Oui	132 (51 %)	NS
		Non	127 (49 %)	
	Représentations du rôle	Oui	17 (7 %)	NS
		Non	242 (93 %)	
	Aucun obstacle	Oui	4 (2 %)	N/A
		Non	255 (98 %)	

Tableau 13 : Formation effectuée et obstacles au suivi d'une VVC (n=328)

Seul le frein regroupant le manque de compétences était significativement moins fréquent chez les médecins ayant suivi au moins une formation (86 % vs 97 %, p = 0,02). De façon plus détaillée (*Annexe 10*), le manque de connaissances était déclaré par 65 % des médecins formés contre 84 % des non formés (p = 0,004), tandis que la réticence des patientes à se confier ou à accepter une aide était plus souvent rapportée par les médecins non formés (75 % vs 65 %) sans différence significative.

4. Obstacles à la formation et besoins prioritaires

Comparaison des freins existants à la formation pour les médecins formés et non formés (Tableau 14)

		≥ 1 formation (n=259)	Aucune formation (n=69)	p-value (Chi ²)
Freins à la formation	Manque de temps	Oui	190 (73 %)	NS
		Non	69 (27 %)	
	Manque d'intérêt	Oui	31 (12 %)	NS
		Non	228 (88 %)	
	Coût	Oui	46 (18 %)	NS
		Non	213 (82 %)	
	Absence de formation disponible	Oui	69 (27 %)	NS
		Non	190 (73 %)	

Tableau 14 : Freins existants à la formation pour les médecins formés et non formés (n=328)

Parmi les médecins n'ayant jamais suivi de formation sur les VC, les freins déclarés ne diffèrent pas significativement de ceux rapportés par les médecins formés. Le manque de temps est le frein le plus souvent cité dans les deux groupes (74 % chez les non formés et 73 % chez les formés).

Comparaison des outils et ressources demandés par les médecins pour l'amélioration de la PEC des VVC, en fonction de leur statut (Tableau 15)

			Internes et remplaçants (n=147)	Installés (n=181)	p-value (Chi ²)
Type d' outils ou de ressources demandées	Formations, sessions courtes	Oui	128 (87 %)	140 (77 %)	NS
		Non	19 (13 %)	41 (23 %)	
	Outils	Oui	139 (95 %)	157 (87 %)	NS
		Non	8 (5 %)	24 (13 %)	
	Contacts directs	Oui	128 (87 %)	133 (73 %)	p=0,004 (8,4)
		Non	19 (13 %)	48 (27 %)	
	Financements	Oui	38 (26 %)	39 (22 %)	NS
		Non	109 (74 %)	142 (78 %)	
	Aucun	Oui	1 (1 %)	3 (2 %)	N/A
		Non	146 (99 %)	178 (98 %)	

Tableau 15 : Outils ou ressources demandées en fonction du statut des médecins (n=328)

Les internes et remplaçants sont plus nombreux que les médecins installés à déclarer avoir besoin de formations et sessions en soirée (87 % vs 77 %) et d'outils pratiques (95 % vs 87 %). Ces résultats ne sont pas significatifs.

Les internes et remplaçants sont également plus demandeurs de contacts directs avec des professionnels ou structures spécialisées (87 % vs 73 %) que les médecins installés et cette différence est significative (p = 0,004).

Comparaison des outils et ressources demandés par les médecins pour l'amélioration la PEC des VVC, en fonction de leur aisance (Tableaux 16)

Les outils ou ressources ont été analysés selon les catégories définies dans la section Méthodes.

		Aisance			p-value (Chi ²)
		Oui (n=115)	Non (n=213)		
Type d' outils ou de ressources demandées	Formations tous types	Oui	87 (76 %)	181 (85 %)	p=0,053 (3,7)
		Non	28 (24 %)	32 (15 %)	
	Outils	Oui	100 (87 %)	196 (92 %)	NS
		Non	15 (13 %)	17 (8 %)	
	Contacts directs	Oui	86 (75 %)	175 (82 %)	NS
		Non	29 (25 %)	38 (18 %)	
	Financements	Oui	33 (29 %)	44 (21 %)	NS
		Non	82 (71 %)	169 (79 %)	
	Aucun	Oui	3 (3 %)	1 (1 %)	N/A
		Non	112 (97 %)	212 (99 %)	

Tableau 16 : Outils ou ressources demandées en fonction de l'aisance des médecins (n=328)

Lorsqu'on regroupe les solutions proposées en grandes catégories (formations en soirée, outils, contacts directs, financements), aucune n'était significativement associée au niveau d'aisance déclaré pour la prise en charge des VVC. Lorsque l'on examine les besoins de manière détaillée (*Annexe 11*), les médecins se déclarant moins à l'aise pour le repérage et la PEC des VC expriment davantage le besoin de :

- formations courtes (73 % vs 61 %, p = 0,02) ;
- guides pratiques ou check-lists (71 % vs 57 %, p < 0,01) ;
- plateformes d'aide aux professionnels (46 % vs 34 %, p < 0,03).

Comparaison de la perception des obstacles à l'accompagnement des VVC selon l'expérience de suivi des médecins (Tableau 17)

		A déjà suivi une VVC (n=240)		N'a jamais suivi une VVC (n=88)		p-value (Chi ²)
		Oui	Non	Oui	Non	
Obstacles au suivi des VVC	Frein organisationnel	Oui	207 (86 %)	85 (97 %)		p=0,01 (6)
		Non	33 (14 %)	3 (3 %)		
	Manque de compétences	Oui	209 (87 %)	81 (92 %)		NS
		Non	31 (13 %)	7 (8 %)		
	Crainte conséquences	Oui	110 (46 %)	49 (56 %)		NS
		Non	130 (54 %)	39 (44 %)		
	Absence de considération du rôle de PEC	Oui	14 (6 %)	10 (11 %)		NS
		Non	226 (94 %)	78 (89 %)		
	Aucun frein	Oui	4 (2 %)	0 (0 %)		N/A
		Non	236 (98 %)	88 (100 %)		

Tableau 17 : Perception des obstacles à l'accompagnement des VVC et expérience de suivi antérieur (n=328).

La perception de certains freins au suivi des patientes VVC varie selon l'expérience de suivi du médecin. Un frein organisationnel est plus souvent rapporté par les médecins n'ayant jamais suivi de patiente VVC (97 %) que par ceux ayant déjà suivi une patiente (86 %), avec une différence statistiquement significative ($p = 0,01$).

Si on regarde les obstacles au suivi de façon détaillée (*Annexe 12*), on remarque que les médecins n'ayant jamais suivi de patiente VVC signalent plus souvent :

- un manque de formation ou de connaissances sur le sujet (84 % vs 64 %, $p < 0,001$) ;
- un réseau local d'aide et d'accueil des victimes méconnu ou inexistant (81 % vs 55 %, $p < 0,001$) ;
- des craintes liées aux retombées médico-légales (25 % vs 14 %, $p = 0,03$).

Comparaison de l'obstacle au suivi en lien avec la méconnaissance ou l'inexistence du réseau local d'aide, vis à vis du milieu d'origine de la patientèle (Tableau 18)

	Milieu d'origine de la patientèle		
	Rural (n=84)	Urbain (n=91)	Mixte ou NSP (n=153)
Obstacle au suivi lié au réseau local	53 (63 %)	52 (57 %)	98 (64 %)
Absence d'obstacle au suivi lié au réseau local	31 (37 %)	39 (43 %)	55 (36 %)

Tableau 18 : Réseau local inexistant ou méconnu et milieu d'origine de la patientèle, $p = 0,54$ ($Chi^2 = 1,2$) (NSP : ne sait pas)

La proportion de médecins déclarant un obstacle lié au réseau local ne diffère pas significativement selon le milieu de leur patientèle (57% en milieu urbain, 63% en rural, 64% en mixte).

V. Discussion

A. Synthèse des résultats

1. Rôle et place du médecin généraliste

D'après nos résultats, deux tiers des médecins ne se sentent pas à l'aise avec le repérage et la prise en charge des VC, ou ne se positionnent pas sur leur aisance. Pourtant, plus de la moitié des médecins déclarent pratiquer le repérage, et près des trois quarts ont déjà suivi une patiente identifiée comme VVC. Moins de 10 % estiment que leur rôle se limite au dépistage, considérant les VC comme un problème sociétal plus que médical.

Les résultats montrent une association entre le repérage des VC et l'accompagnement des victimes, suggérant un continuum clinique où le repérage constitue une porte d'entrée vers l'accompagnement, et où l'expérience du suivi renforce en retour la vigilance et les capacités de repérage. Bien que l'étude ne permette pas de savoir si repérage et suivi concernaient la même patiente, l'exposition clinique semble instaurer un cycle vertueux, sensibilisant les médecins aux signaux d'alerte et à la fréquence des violences dans leur patientèle.

Nos résultats montrent également que les médecins installés déclarent plus fréquemment un sentiment d'aisance dans le repérage et la prise en charge des VVC, ainsi qu'une expérience de suivi, comparativement aux internes et aux remplaçants. Cette différence peut s'expliquer par une plus grande autonomie, la continuité des soins et l'existence d'une relation de confiance avec les patientes. Cependant, ces résultats peuvent être influencés par l'effet d'ancienneté, la question portant sur l'ensemble de la carrière. Une analyse annuelle du nombre de patientes suivies pourrait affiner cette comparaison.

Les médecins déclarant une patientèle exclusivement urbaine ou rurale rapportent plus souvent avoir suivi des patientes VVC que ceux ayant une patientèle mixte. L'absence de différence entre les patientèles urbaines et rurales concorde avec les enquêtes

nationales, qui ne mettent pas en évidence d'influence majeure du milieu sur la prévalence des VC (6). La proportion plus faible dans les patientèles mixtes, très hétérogènes, doit être interprétée avec prudence, pouvant refléter un biais de réponse plutôt qu'une réelle différence d'exposition.

Les taux élevés d'adhésion aux propositions concernant la première consultation montrent que les médecins se reconnaissent un rôle de soutien et d'accompagnement, au-delà du repérage. La quasi-totalité des médecins ayant déjà suivi une patiente VVC déclarent adapter leur suivi au contexte. Deux tiers envisagent d'intégrer la PEC du psycho traumatisme lié aux VC dans la prise en charge et le suivi des pathologies chroniques, mais seule la moitié proposent une évaluation globale de santé. Si la majorité associent les VC à des troubles anxiodépressifs, du sommeil ou digestifs, peu font le lien avec des pathologies chroniques (31,32,35–39) (inflammatoires, rhumatologiques, cardiovasculaires).

L'aisance déclarée semble favoriser certaines pratiques, notamment celles liées à la relation médico-patiente et à la compréhension du phénomène de violence. Les médecins se déclarant à l'aise signalent plus souvent les situations de danger et intègrent les pathologies chroniques dans une évaluation globale, bien que les effectifs soient faibles. Cependant, ce ressenti subjectif reste un facteur parmi d'autres et n'assure pas à lui seul l'application complète des recommandations.

2. Obstacles au suivi global et à l'accompagnement des VVC

Les principaux obstacles au suivi des patientes VVC identifiés dans cette étude sont le manque de temps et le manque de formation, en concordance avec la littérature existante (76,79). D'autres obstacles existent : si la majorité des médecins déclarent respecter la temporalité de la patiente, la réticence des femmes à accepter de l'aide et leur ambivalence sont perçues comme des obstacles majeurs, comme décrit dans les études qualitatives (78,79).

Bien que les réponses libres concernant l'orientation des patientes VVC soient très largement axées vers les associations locales, la méconnaissance ou l'absence perçue de réseau d'aide local apparaît comme un frein transversal également important. La proportion de cet obstacle varie légèrement selon le milieu d'exercice, sans différence significative entre zones urbaines, rurales ou mixtes. Ces résultats suggèrent un déficit global de lisibilité et d'appropriation des dispositifs existants, indépendant du territoire, et mettent en évidence un possible décalage entre les pratiques déclarées et les pratiques effectives.

Les craintes médico-légales ou sécuritaires sont peu exprimées, et environ deux tiers des médecins déclarent rédiger un CMI (certificat médical initial), ce qui contraste avec certaines études antérieures (81). En revanche, seule la moitié signalent une situation de danger avec le consentement de la victime, et un tiers sans son consentement dans les situations prévues par la loi, traduisant une méconnaissance persistante des procédures de signalement. Il convient toutefois de noter qu'un biais lié à la formulation du questionnaire, ayant inclus les femmes enceintes parmi les situations de vulnérabilité alors qu'elles n'en font pas légalement partie, a pu influencer les réponses : certains médecins ont pu ne pas cocher par prudence, tandis que d'autres l'ont fait à tort.

Les médecins n'ayant jamais suivi de patiente VVC perçoivent davantage le manque de formation, la méconnaissance ou l'inexistence des réseaux d'aide ou les risques médico-légaux. Il n'est pas possible de savoir si ces freins constituent de véritables obstacles empêchant certains médecins de prendre en charge des patientes VVC, ou s'ils ne reflètent qu'une perception théorique, ces médecins n'ayant à priori jamais été confrontés au suivi réel de patientes victimes. Pour les médecins ayant déjà accompagné des patientes VVC, ces freins semblent correspondre à des difficultés rencontrées dans leur pratique, qui ont pu les mettre en difficulté sans toutefois les empêcher d'assurer la PEC.

3. Place des formations liées aux VC

- **Impact des formations**

Plus des trois quarts des médecins avaient suivi au moins une formation liée aux VC, mais seuls 3% avaient assisté à une formation longue. Les deux tiers avaient bénéficié au moins d'une sensibilisation.

Le fait d'avoir suivi une formation ne diffère pas selon le statut professionnel. Les formations n'ont pas été analysées finement selon leur durée, leur contenu ou leur modalité, ce qui limite l'interprétation de leur impact. Elles peuvent varier notamment pour les sessions de sensibilisation selon les contenus proposés en faculté de médecine ou au niveau local.

Tous les types de formation sont associés à un sentiment d'aisance supérieur par rapport à l'absence de formation, bien que des différences apparaissent selon le format. Les sensibilisations courtes semblent apporter un gain limité mais réel, soulignant l'intérêt d'un apport rapide de connaissances. L'auto-formation apparaît également bénéfique, possiblement en lien avec un biais d'auto-sélection ou avec un réel apport des ressources autodidactes, soulignant l'intérêt de formations ciblées. Les formations courtes de quelques jours sont celles qui sont le plus souvent associées à une aisance accrue, pouvant refléter l'effet combiné de la motivation personnelle et l'importance de contenus pratiques et directement applicables. Le faible effectif de médecins ayant suivi une formation longue limite l'analyse, mais souligne la rareté de ces formations.

Les médecins ayant déjà suivi au moins une formation sur les VC déclaraient plus fréquemment être confrontés à des patientes VVC. Un lien bidirectionnel est probable : la formation peut favoriser le repérage et l'ouverture de la parole, tandis que l'exposition clinique peut inciter à se former. La sensibilisation à la prévalence des VC pourrait ainsi encourager une démarche de formation proactive.

Les médecins formés rapportent significativement moins que leurs collègues non formés le manque de connaissances, ainsi que la réticence des patientes comme obstacles à la prise en charge. Cela peut refléter, chez les médecins formés, une meilleure intégration de l'ambivalence et de la réticence des patientes à accepter de l'aide, comme étant habituels dans le contexte des VC. Cela traduit une meilleure compréhension des enjeux relationnels et émotionnels et confirme que la formation constitue le premier levier perçu pour favoriser l'accompagnement. Les autres obstacles — organisationnels, émotionnels, systémiques— persistent même chez les médecins formés, soulignant que leur levée nécessite des stratégies complémentaires à la formation seule.

L'analyse statistique de l'impact des formations sur l'identification des pathologies associées aux VC n'a pas été réalisée. Une analyse plus ciblée de cette question, pourrait être envisagée dans le cadre d'une étude ultérieure.

Nos résultats montrent que la majorité des praticiens, formés ou non, reconnaissent les VC comme une source de psycho traumatisme et adhèrent aux principes relationnels fondamentaux tels que les paroles thérapeutiques et le respect de la temporalité. Les médecins ayant bénéficié d'une formation intègrent plus fréquemment le traitement du psycho traumatisme dans la prise en charge des pathologies chroniques, traduisant une approche longitudinale, dépassant la gestion immédiate des situations de violence, tant pour les VC actuelles que passées.

La formation n'était pas associée à des différences significatives lors de la première consultation, du suivi ou en situation de danger immédiat, pour la majorité des pratiques déclarées. Plusieurs éléments permettent d'interpréter ces résultats :

1. la population des médecins non formés était beaucoup plus faible (40 vs 200 pour les formés), ce qui impose une interprétation prudente des comparaisons ;
2. les taux très élevés d'adhésion aux principes d'orientation vers des professionnels spécialisés et de positionnement en première ligne montrent des pratiques qui

semblent admises et appliquées par la plupart des généralistes. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, pouvant refléter : un effet de désirabilité sociale, une adhésion théorique aux recommandations, un biais de sélection (les répondants étant potentiellement plus sensibilisés à cette problématique), ou bien de réelles pratiques homogènes, cela sans préjuger de leur mise en œuvre effective ;

3. Concernant les consultations de suivi et les situations d'urgence, aucun effet significatif de la formation n'a été observé. Cela pourrait traduire des formations insuffisamment efficaces, par exemple centrées sur le dépistage et l'orientation notamment dans le cadre des sensibilisations.
4. L'absence de distinction entre les différents types de formation limite l'identification des formats les plus efficaces et peut masquer l'impact de certains, soulignant la nécessité d'études futures dédiées.

- **Freins aux formations**

Moins de 10 % des médecins évoque un manque d'intérêt de la formation en pratique quotidienne. Le manque de temps constitue un frein central au suivi des formations pour presque trois quarts des médecins, et un quart d'entre eux évoquent l'absence de formation disponible dans leur région. Cela suggère que les difficultés relèvent avant tout de contraintes organisationnelles plutôt que d'un désengagement.

Contrairement à ce que l'on pouvait anticiper, les médecins non formés ne déclarent pas davantage de freins à la formation que ceux ayant déjà suivi une formation. Les obstacles tels que le manque de temps, le coût ou la disponibilité des formations sont partagés par l'ensemble des répondants, suggérant que l'absence de formation ne s'explique pas uniquement par ces facteurs. Il est possible que les médecins déjà formés disposent d'une motivation intrinsèque plus forte ou d'une sensibilité accrue au sujet, leur permettant de dépasser ces contraintes et de mobiliser les ressources disponibles pour se former, notamment via l'auto-formation.

4. Besoins des médecins

Plus des trois quarts des médecins expriment le besoin de mieux identifier les interlocuteurs locaux, avec des contacts directs et des carnets d'adresse, ce qui permettrait d'orienter efficacement les patientes et de coordonner la prise en charge, en cohérence avec les données qualitatives existantes (78). Deux tiers des généralistes demandent également un accès simplifié à des outils pratiques et actualisés comme des guides pratiques ou des check-lists pour le repérage ou le suivi. Moins d'un quart des médecins se dit prêt à suivre une formation longue, mais les formations courtes (webinaires, séminaires, vidéos à la demande) sont plébiscitées par plus des deux tiers d'entre eux.

Les médecins se déclarant moins à l'aise pour le repérage et la prise en charge des VVC expriment un besoin accru de ressources concrètes : formations courtes, guides pratiques, check-lists ou plateformes d'aide aux professionnels. L'absence de différence significative pour les autres types de ressources montre que les médecins, se déclarant à l'aise ou non, expriment l'utilité de contacts directs avec les structures locales et des carnets d'adresse.

Finalement, les internes et les remplaçants apparaissent globalement plus demandeurs de ressources que les médecins installés, en particulier de formations structurées, d'outils opérationnels et de contacts avec le réseau. Ces besoins peuvent s'expliquer par une connaissance moindre des réseaux locaux et un besoin accru d'accompagnement face à des situations complexes comme les VC.

Ces constats appellent à des implications pratiques pour soutenir les médecins généralistes dans leur rôle au quotidien.

B. Implications pratiques : adopter un rôle proactif

Si les besoins exprimés concernent principalement l'amélioration du réseau local, l'accès à des outils concrets et les formations courtes, ils reflètent majoritairement la volonté des médecins de bien repérer et orienter les patientes, ce qui constitue une étape logique pour ceux qui n'ont pas encore reçu de formation spécifique. Mais le rôle du généraliste ne s'arrête pas là : il s'agit de développer une prise en charge proactive, visant à interrompre le cycle des violences avant qu'elles ne s'aggravent, et à offrir une prise en charge intégrée au suivi global.

1. Initier la prise en charge

En dehors des situations de danger imminent, la prise en charge ne consiste pas à "stopper" les violences, mais à les reconnaître. Il s'agit de prendre du recul face à l'impression d'urgence de la prise en charge lorsqu'une patiente témoigne de VC, pour accueillir sa parole et amorcer un accompagnement en respectant sa temporalité et sa volonté. L'OMS parle d'« appui de première ligne » (69), qui comprend dans tous les cas :

- Une écoute active et empathique, en créant un climat de confiance (seul à seul avec la patiente), où la parole peut émerger progressivement ;
- L'usage de paroles thérapeutiques : affirmer le statut de victime et aider à déculpabiliser « vous n'êtes pas responsable et c'est interdit par la loi ce qu'il vous fait (a fait) subir », valider les émotions ;
- L'évaluation des risques, la proposition d'un CMI et la protection si nécessaire (*cf. page 64*).

Trois situations se présentent :

- En cas de violences actuelles supposées mais non reconnues par la patiente (notamment dans les formes psychologiques ou sexuelles, souvent niées ou minimisées), en dehors d'un danger immédiat : le médecin doit exprimer une disponibilité et une écoute, poser des mots sur les violences et leurs conséquences,

afin d'aider la victime à débiter une prise de conscience de son statut, et informer de l'existence de ressources comme les associations locales, le CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles) ou le 3919. Une consultation de suivi peut être prévue (69).

- En cas de violences actuelles avérées, la priorité est la sécurité et la mise à l'abri si nécessaire. La suite concerne l'initiation de la prise en charge à travers l'écoute active et empathique, et l'organisation du suivi.
- En cas de violences passées, le travail thérapeutique peut viser le dépistage et l'orientation spécialisée pour traitement d'un psycho traumatisme éventuel, ou du stress résiduel (82).

2. Agir en cas de danger

Lors de la première consultation ou des suivantes, la sécurité de la victime doit être réévaluée. Le médecin peut conseiller à la victime la demande d'une ordonnance de protection en urgence ou non, et également aider à la demande d'un hébergement d'urgence. Un signalement au Procureur doit être effectué selon trois cas :

- si la victime le souhaite, donc avec son accord ;
- si la victime est dans une situation de vulnérabilité (en raison de son âge avancé ou d'un handicap) ;
- si la victime est dans une situation de danger imminent et que l'emprise exercée par l'auteur des violences ne lui permet pas de s'extraire des violences, apprécié « en conscience » par le médecin.

Le médecin doit rechercher l'accord de la victime si cela est possible. La grossesse ne représente pas un critère de vulnérabilité, mais un critère de danger. Un vadémécum publié en 2020 par l'Ordre des Médecins, le Ministère de la Justice et la HAS, fournit des outils pratiques (83).

3. Organiser le suivi au cabinet

Le cheminement et la prise de conscience des patientes peuvent être longs. Dans tous les cas, il est indispensable de maintenir un suivi longitudinal centré sur la santé globale, en proposant des consultations de suivi comprenant :

- Une information sur ses droits, le mécanisme des violences, l'emprise, les conséquences des VC, ainsi que les recours existants (associations, 3919, dépôt de plainte) ;
- Une évaluation des besoins et préoccupations de la victime, qui aide à la formulation d'une demande de soutien qui soit la sienne ;
- La proposition de la rédaction d'un CMI, qui peut être laissé dans le dossier médical ; la mention de l'ITT (incapacité totale de travail) n'est pas indispensable mais conseillée¹⁷ ; les informations récoltées peuvent servir à la victime pour la constitution d'un dossier dans l'avenir ;
- Une bonne tenue du dossier médical avec possibilité d'insérer les dires de la patiente entre guillemets, les suspicions personnelles sur l'origine de troubles ;
- L'intégration systématique de la question des violences dans la réflexion diagnostique, notamment face à certaines pathologies, et même lorsque la patiente ne consulte pas pour cela ;
- Un dépistage des troubles associés, notamment des addictions.

Pour les internes et les médecins remplaçants, il est nécessaire d'effectuer des transmissions orales ou écrites, secrètes, au médecin référent, afin d'assurer la continuité de la PEC.

¹⁷ Selon l'art. 222-13 du Code pénal. les VC constituent des délits quelques soit la durée de l'ITT en raison de la qualité de l'auteur. Sur le CMI, concernant l'ITT, il est possible de préciser « sous réserve de complications ultérieure » et émettre des réserves quant à l'évolution notamment psychologique (81).

Dans un but de prévenir l'aggravation des VC et d'éviter leur acutisation, si elles sont actuelles, il faudra également :

- Une réévaluation du danger, de l'emprise, et de la protection (signalement, orientation vers services d'urgences, une UMJ (unité médico-judiciaire) ou les forces de sécurité, proposer la demande d'une ordonnance de protection), en prenant en compte les projets ou contexte de séparation ;
- Une discussion d'un « plan de sécurité » avec signes d'alerte et zones de sureté (69).
- Discuter d'une contraception adaptée et d'une contraception d'urgence, prescrire un dépistage des IST.

Dans le contexte de VC et notamment via le contrôle coercitif, les consultations de suivi peuvent représenter un risque pour la patiente, les informations administratives (feuilles de soins, paiements) pouvant être utilisées par le conjoint violent pour surveiller, restreindre ou manipuler l'accès aux soins et aux ressources financières. La mise en place d'une consultation anonymisée au cabinet et prise en charge à 100% constitue une solution à envisager.

4. Comprendre la temporalité de la victime

Les réticences d'une victime à accepter de l'aide, ainsi que son ambivalence, et parfois sa longue prise de conscience peuvent mettre en difficulté les médecins généralistes et générer un sentiment d'impuissance. Ces attitudes peuvent toutefois être mieux comprises à travers :

- Une meilleure compréhension des mécanismes des VC, expliquant notamment ce que l'auteur met en place pour que la victime ne se détache pas de lui : contrôle coercitif, emprise, culpabilité, banalisation, cycle de la violence avec phase de réconciliation ;
- Une prise en compte des conséquences des VC sur la victime : comportements contradictoires, hypervigilance et sentiment de menace ;

- La connaissance des facteurs pouvant déclencher une action : phase de tension ou de justification du cycle de la violence, escalade des VC, prise de conscience des aides possibles, infidélité ;
- La connaissance des freins à quitter l'auteur des violences : attachement à l'auteur, souci de l'unité familiale pour les enfants, isolement sans opportunité d'aide, inégalités sociales, absence de source de revenu, menaces graves et peur des représailles ;
- La connaissance du mécanisme de la rupture évolutive : la séparation est un processus qui s'inscrit dans des allers-retours fréquents. Ces départs multiples font partie du cycle de violence, jusqu'à la rupture définitive (22) ;
- Une meilleure compréhension du refus de plainte : honte, culpabilité, sentiment de responsabilité de l'échec familial et jugement des enfants, peur de ne pas être entendue (surtout dans les milieux favorisés).

Comprendre ces mécanismes permet d'expliquer l'incapacité apparente de certaines femmes à s'extraire seules des violences, sans jamais placer la responsabilité de ces violences sur les victimes, mais bien sur l'auteur. L'opposition serait moins perçue comme un obstacle au suivi, permettant au médecin d'accueillir plus facilement une patiente en adaptant son discours et sa posture, et de l'accompagner selon sa temporalité, même si la patiente ne reconnaît pas son état de victime. Il peut également tenter de repérer les indices de motivation au changement (type entretien motivationnel), et les encourager.

Par ailleurs, renforcer les connaissances des médecins sur ces mécanismes permet un repérage plus précoce et une meilleure protection des femmes. Cette compréhension facilite l'identification et l'accompagnement dès les premières stratégies de contrôle de l'auteur. Le contrôle coercitif, par exemple, précède très souvent les violences physiques et les féminicides (84,85). Elle permet également d'agir avant l'apparition de violences constituées et durables, ou, en cas de violences déjà présentes, de prévenir leur escalade vers des formes plus graves.

5. Encourager l'aide extérieure

Qu'il s'agisse de violences actuelles ou passées, les victimes sollicitent peu les dispositifs d'aide : selon l'étude VRS (6), moins de 10% des VVC avaient rencontré une association d'aide, environ 15% avait contacté un service social, et un tiers avait consulté un psychiatre ou un psychologue, les forces de l'ordre sont également peu sollicités. En revanche, trois quarts d'entre elles en avaient parlé à un proche, ressource qui peut constituer un levier d'accompagnement important.

Selon la dernière étude disponible (86), 1 victime sur 5 avait consulté son médecin suite à des violences, en faisant un interlocuteur de première ligne. Le médecin traitant peut alors endosser un rôle de tiers de confiance, non pas en prescrivant une conduite à tenir, mais en offrant un espace d'écoute sécurisant et empathique, et en soutenant la compréhension que peut avoir la patiente de sa propre situation. A partir des dires de la patiente, il peut valoriser les ressources extérieures, en aidant à rationaliser la situation (« vous n'êtes pas responsable », qualifier juridiquement les actes de l'auteur) et aider la patiente à envisager les différentes options possibles sans décider pour elle, en rappelant qu'accepter l'aide permet de reprendre du contrôle : lieux d'écoute, d'accueil et d'orientation (LEAO), port de plainte, etc. Le médecin peut également encourager la patiente à mobiliser ou à (r)établir son réseau de soutien (famille, amis, proches de confiance).

Ces démarches, bien qu'elles impliquent de s'ouvrir à autrui, offrent un appui permettant aux patientes de retrouver progressivement une capacité d'action et d'envisager leurs propres solutions. Elles contribuent à la sortie de l'emprise dans les situations de violences actuelles et favorisent la reconstruction lorsque les violences sont passées, à condition de respecter la temporalité de la patiente.

6. Du symptôme à la parole : clés thérapeutiques

Les conséquences durables des VC justifient un dépistage systématique des violences actuelles et passées, mais aussi une prise en compte des violences comme déterminant essentiel de la santé des femmes (31,32,35–39). En effet, La compréhension des mécanismes du stress (87) et des modifications épigénétiques pouvant favoriser l'apparition ou l'aggravation de pathologies chroniques, encourage à prendre en compte les VC dans la PEC globale. Ainsi, dans le cadre d'une pathologie chronique, ou même lorsqu'aucune étiologie organique n'explique un symptôme ou un tableau clinique répété, l'ouverture de la parole sur les violences subies, actuelles ou passées, et l'explication de leurs conséquences sur la santé, peut constituer une étape clé. Elle permet d'atténuer les symptômes et redonner sens à des troubles physiques ou fonctionnels jusque-là inexplicables, favorisant ainsi une amélioration du vécu. Parfois, le corps « parle » à la place des mots et faire le lien avec des VC permet d'aider des patientes en errance thérapeutique (40).

En présence de signes d'alerte, le médecin peut s'appuyer sur les symptômes pour ouvrir le dialogue. Si aucune violence n'est signalée mais que des indices persistent, en dehors du danger immédiat, il est conseillé de ne pas insister, de maintenir un discours ouvert, d'indiquer les aides existantes et de noter les observations dans le dossier médical.

Le taux élevé de psycho traumatisme chez les VVC implique la nécessité de le prendre en compte dans la prise en charge (43,45) : comprendre et expliquer le psycho traumatisme donne du sens aux symptômes, renforce l'alliance thérapeutique et oriente vers des thérapies adaptées permettant de guérir la mémoire traumatique. Reconnaître traitement du psycho traumatisme comme part entière du traitement des pathologies chroniques est essentiel. Des échelles d'évaluation peuvent-être utilisées.

C. Implications pratiques : agir sur les obstacles des médecins

1. Les formations, un levier évolutif

Nos résultats plaident en faveur de l'intégration systématique d'au moins un dispositif de formation dans le cursus médical, la formation initiale et le début de carrière apparaissant comme des périodes clés pour développer des compétences. Le manque de temps, constituant un frein important à la formation, peut être expliqué en partie par les limites structurelles ainsi que par l'étendue et à la diversité des connaissances à acquérir en médecine générale. De nombreux sujets nécessitent une formation continue, et le temps alloué à chacun est limité. Cependant, pour influencer durablement la prise en charge et l'intégration des pathologies chroniques, la formation sur les VC ne peut se limiter à des procédures ponctuelles ou à une sensibilisation théorique, même si ces premières étapes restent essentielles pour mieux connaître le phénomène.

D'une part, des modules de formation, tels que présentés ci-après, pourraient être dispensés dès le deuxième cycle des études médicales puis intégrés à la formation des internes de médecine générale, comme proposé par d'autres études (88), à l'instar d'autres sujets médicaux fréquents. Pour une portée concrète, leur contenu et leur dispensation pourrait être en lien avec les professionnels de santé du terrain (travailleurs sociaux, psychologues formés, etc.), voire des patientes VVC souhaitant témoigner de leur vécu.

En dehors des universités, les formations pourraient inclure des modules en auto-formation accessibles via des plateformes en ligne ¹⁸ :

- des exemples concrets pour mieux repérer les violences (proposé par plusieurs associations : *cestpasviolent.com* par ex.) ;

¹⁸ Comme le propose la plateforme violencesantefemme.fr

- des mises en situation concrètes pour apprendre à aborder les VC en consultation, s'inspirant du dépistage du risque suicidaire : oser poser la question et comprendre son impact notamment sur l'ouverture de la parole ;
- des modules fondés sur une compréhension élargie de la stratégie de l'auteur afin de la déconstruire dès les premiers signes : contrôle coercitif, emprise, ainsi que sur le cycle de la violence, et la temporalité de la victime ;
- des cas cliniques interactifs centrés sur le suivi et la communication, l'apprentissage de « phrases types » ;
- un module première consultation avec découverte de violences passées ou actuelles, et un module concernant le suivi (par ex. sur *violencesanteffemme.fr*),
- des notions théoriques sur le lien entre les VC et l'apparition ou l'aggravation de maladie chroniques.

Pour les médecins déjà sensibilisés et souhaitant approfondir leurs connaissances, des formations complémentaires de quelques jours ou sous forme de séminaires pourraient inclure une approche plus médicale du psycho traumatisme et de ses conséquences, ainsi que des stratégies d'accompagnement longitudinales.

D'autre part, si tous les freins aux formations, tels que le coût ou le manque de temps, ne pourront pas être totalement levés, la motivation des médecins généralistes peut être renforcée en les sensibilisant à la réalité : la prévalence élevée des VC en population générale en fait un problème fréquent dans leur patientèle, soulignant l'importance de former les praticiens malgré ces contraintes. Cette motivation pourrait être soutenue par des facteurs facilitateurs, tels que la visibilité des formations, les incitations institutionnelles, l'intégration au développement professionnel continu (DPC), l'adaptation au rythme et aux contraintes des médecins, ainsi que la valorisation de leur rôle dans la prise en charge des patientes VVC.

2. Le travail en réseau

Le travail en réseau permet d'offrir aux patientes une aide réellement adaptée à leurs besoins et de maintenir un suivi au long cours, centré sur la santé globale et les objectifs de la médecine générale. Le médecin y occupe une place essentielle, sans se substituer aux autres professionnels (justice, sécurité, social). Il bénéficie également de ce maillage comme d'un soutien indispensable, lui permettant de ne pas rester isolé face à des situations complexes et chroniquement éprouvantes.

Plusieurs formes d'aides existent :

- les Maisons des Femmes : accompagnement global, psychologique, médical, juridique, social ;
- les CIDFF ;
- les LEAO, notamment les associations locales (soutien, suivi et hébergement d'urgence), parfois en réseau, comme Solidarité Femmes ou France Victime ;
- les numéros d'urgence (15, 3919) ;

La méconnaissance ou l'absence de structures d'aide constitue un frein à l'accompagnement des patientes VVC, tant pour les médecins exerçant en zone rurale qu'en zone urbaine, car :

- la répartition des ressources est inégale ; en dehors des zones urbaines, l'accès à ces dispositifs est souvent limité voire inexistant, tout comme l'accès à des professionnels qualifiés spécifiquement (forces de l'ordre, psychologues formés au psycho traumatisme, avocats spécialisés) ;
- les délais d'accès à certaines associations locales, à l'hébergement d'urgence, ou aux professionnels formés sont allongés en raison du manque de moyens financiers et de ressources humaines, compliquant l'orientation et l'accompagnement des victimes (89,90).

Dans ce contexte, l'accompagnement pourrait être plus facilement pluriprofessionnel en aire urbaine, tandis qu'en zone rurale, il repose davantage sur le médecin généraliste, dont le rôle d'initiateur proactif de la prise en charge des VVC apparaît d'autant plus central.

Il est donc nécessaire de poursuivre la création et le soutien des associations dédiées à la prise en charge des patientes VVC, malgré un contexte de restrictions budgétaires et de baisse des subventions publiques (91). En parallèle, le développement de réseaux locaux structurés, s'appuyant sur des répertoires actualisés et des liens directs avec les intervenants (psychologues formés, travailleurs sociaux, forces de l'ordre, avocats), suppose également la formation de ces professionnels. Une mise en relation entre les intervenants et les médecins pourrait se faire via les mairies, les CPTS et les ARS, l'organisation de visite des locaux d'accueil.

Ces réseaux permettraient de renforcer la cohérence des parcours, la connaissance mutuelle et le sentiment d'aisance, de sécurité et de légitimité des médecins dans l'accompagnement des VVC. Pour les médecins exerçant en zone rurale, le développement et la diffusion élargie de dispositifs d'aide à l'accompagnement apparaissent essentiels, permettant un accès direct à des réponses rapides et opérationnelles (comme le 3919 ou la « plateforme de signalement »).

Concernant les démarches, la patiente VVC doit être encouragée à déposer plainte ou, a minima, à s'informer sur ses droits et les recours juridiques existants. En l'absence de dépôt de plainte, une orientation vers une unité médico-judiciaire reste possible, même sans réquisition.

3. Utilisation d'outils

- **A destination des médecins**

Dans notre étude, l'inconfort émotionnel lié à la prise en charge des VVC ne semble pas être un frein (moins d'un quart des médecins), contrastant avec les études qualitatives

(78,92), probablement en raison des limites du format quantitatif pour explorer la subjectivité. Le partage d'expériences entre collègues et le travail en réseau reste une aide importante décrite (92).

La compensation financière des consultations longues, bien que considérée secondaire dans nos résultats, constitue un levier intéressant pour encourager la réorganisation du temps de travail, encourager l'accompagnement des VVC et valoriser la complexité de ces PEC (par ex. comme la cotation d'évaluation d'une dépression).

La programmation de consultations de suivi permettrait de libérer du temps en diminuant la pression de devoir tout aborder lors d'une consultation unique, tout en respectant la temporalité de la patiente. Le manque de temps, principal frein identifié, peut également être partiellement compensé par le recours à des ressources externes facilitant la prise en charge, la formation et l'orientation :

- les plateformes et sites spécialisés : *violencesantefemme.fr*, pour des modules de formation courtes en ligne ; *cn2r.fr* et *memoiretraumatique.fr* des informations sur le psycho traumatisme et les coordonnées de professionnels formés ;
- la cartographie et la coordination locale : *declicviolences.fr* propose une carte interactive des structures locales (non à jour pour tous les territoires) ; certaines ARS, CPTS ou associations locales recensent les acteurs disponibles et créent parfois des protocoles locaux et des parcours dédiés ;
- les guides pratiques : le *Vademecum* (Ministère de la Santé, HAS et Ordre des Médecins), pour les démarches de signalements : notice, fiche à remplir, aide à l'évaluation du danger et de l'emprise ; le kit « *Anna* » de la Miprof ; le Manuel clinique de l'OMS et ONU Femmes, qui propose des repères pratiques, des check-lists et des conseils pour l'appui de première ligne, l'évaluation du danger, l'examen clinique, le suivi psychique, la prise en charge du stress, de la dépression, du TSPT et des traitements d'urgence (69)

La diffusion et l'appropriation de ces outils permet d'unifier les pratiques, de gagner en efficacité en consultation et de renforcer la cohérence à l'échelle territoriale, tout en constituant un soutien théorique pour les médecins.

- **A destination des patientes : informer et favoriser l'autonomie**

Pour les patientes, les applications comme *Mémo de Vie* et *App'Elles*, permettent de sécuriser des données, d'alerter des proches et d'obtenir des informations pratiques, en complément des numéros d'urgence et d'écoute, notamment le 3919.

Afin de favoriser un climat propice à la parole, de nombreux supports sont disponibles, notamment dans les salles d'attente.

- le violentomètre, affiché ou utilisé comme support au discours médical, aide à faire évoluer la perception des violences
- les affiches et supports audiovisuels, illustrant des situations de VC et mentionnant les numéros d'urgence, informent les patientes et témoignent de l'ouverture du médecin sur ce sujet.
- les brochures : près des trois quarts des médecins de notre étude en sont demandeurs ; elles servent d'appui à la discussion mais ne remplacent ni la parole ni l'écoute (93). De plus, le manque de discrétion de certains supports peut mettre la patiente en danger vis-à-vis de l'auteur des violences.

Le recours aux LEAO, notamment les associations spécialisées, ainsi qu'aux services sociaux, permet un accompagnement concret au-delà de l'information et orientation : aide à l'ouverture d'un compte bancaire, demande de l'aide universelle d'urgence, mise en lien avec un avocat spécialisé, accès à des groupes de parole. Les patientes peuvent également utiliser la « plateforme de signalement en ligne », offrant un échange par chat avec des policiers ou gendarmes formés.

La mise en place d'un accueil dédié assuré par un(e) infirmier(e) formé(e), voire de pratique avancée (IPA), sur le modèle des IPA en addictologie, pourrait être envisagée au sein de structures telles que la PMI ou le planning familial local.

Enfin, l'OMS rappelle que l'aide pratique favorise l'émergence des besoins émotionnels des patientes VVC, et réciproquement, le travail sur les aspects émotionnels améliore leur autonomie face aux contraintes pratiques (69). À ce titre, des outils simples et non intrusifs peuvent être proposés pour aider la patiente à réguler le stress :

- des exercices de respiration ou de cohérence cardiaque ;
- des techniques de relaxation musculaire
- l'apprentissage de stratégies d'ancrage sensoriel ;
- la sophrologie, les techniques de méditation
- l'activité sportive ou la prescription de séance d'activité physique adaptée (94).

D. Limites et forces de l'étude

1. Forces de l'étude

Notre étude présente plusieurs qualités :

Pertinence du sujet et originalité : Cette recherche répond à un besoin d'amélioration de la prise en charge globale des patientes et propose une approche innovante dépassant le repérage et l'orientation. Elle se distingue par sa portée nationale, alors que les études françaises existantes sont majoritairement régionales et qualitatives.

Approche pratique et transférable : la perception élargie du rôle du médecin, rapportée par les participants, est cohérente avec les recommandations existantes. Les besoins exprimés (organisation du temps, formation) concordent avec d'autres travaux. Les résultats permettent de dégager plusieurs axes d'action concrets et opérationnels.

Méthodologie structurée : le questionnaire a été réalisé après lecture de plusieurs recommandations et travaux, incluant des données qualitatives. Il était transversal et couvrait : le repérage, l'accompagnement, les freins, les formations, les besoins, en lien

avec des thématiques centrales comme le psycho traumatisme. Il a été testé par des médecins de chaque statut. La dispersion nationale était bonne et la taille de l'échantillon se rapprochait du nombre de sujets nécessaire (pour IC 95%), permettant une analyse pertinente et fiable des pratiques déclarées, tout en tenant compte des limites inhérentes aux études par questionnaire. Des efforts ont été faits pour limiter les biais de formulation, en utilisant des questions neutres et des options variées.

2. Limites de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, qui a donc un faible niveau de preuve scientifique. Il existe différents biais et limites :

Biais de recrutement lié au mode de diffusion : tous les médecins généralistes n'ont pas eu accès au questionnaire et le nombre exact de praticiens sollicités n'est pas connu.

Biais de sélection, de volontariat et de non-réponse : les répondants étaient possiblement plus sensibilisés ou intéressés par le sujet que les non-répondants, ce qui limite la généralisation des résultats. Le biais de non-réponse ne peut pas être estimé en raison du mode de recrutement.

Biais déclaratif et de suggestion : Les réponses reflètent la perception des médecins de leur propre pratique et peuvent diverger de la réalité. Les options proposées pouvaient influencer le choix des réponses, notamment sur la prise en charge des VVC.

Représentativité limitée : proportion de femmes élevée dans l'échantillon par rapport à celle dans la population nationale des médecins (*Annexe 13*, 73 % chez les médecins installés vs 52 % en France en 2025 (95)) et surreprésentation des internes par rapport à la population générale des médecins (35% pour environ 10% des médecins dont internes en France¹⁹). Les questionnaires incomplets ont été exclus des analyses ; et il

¹⁹ Au total, environ 9650 internes de médecine générale en 2025 si on considère 3 promotions ; Journaux officiels électroniques authentifiés n° 0166 du 20/07/2022, n° 0179 du 04/08/2023, n° 0162 du 09/07/2024

n'est pas possible de savoir pourquoi les médecins ont arrêté de répondre. Enfin, le nombre de réponses était légèrement inférieur au seuil théorique de 385.

Biais d'information et de réponse : la distance des patientèles avec un structure d'aide, le moyen d'y accéder et le fait de ne pas en connaître a été posé dans la même question, de ce fait beaucoup de réponses sont manquantes (24% et 46% respectivement), rendant l'analyse difficile. Nous ne pouvons pas déterminer pourquoi certains médecins déclarent ne pas travailler avec une structure spécialisée, ou n'en connaissent pas.

Méthodologie : les questions modélisées pour évaluer les pratiques n'ont pas été testées dans d'autres études. Certains termes (« global », « spécialisé ») pouvaient être interprétés différemment selon les répondants, et le cadre temporel des violences (actuelles ou passées) n'était pas toujours précisé.

VI. Conclusion

Les VC concernent au moins 272 000 femmes et sont responsables d'une morbi-mortalité à long terme, aujourd'hui de mieux en mieux connue et reconnue.

Cette étude met en évidence le rôle central et pluriel du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes VVC. Le repérage constitue un rôle de base en soins primaires, mais reste insuffisamment réalisé et souvent source de manque d'aisance, tant dans sa mise en œuvre que dans la suite de la prise en charge. Le suivi et la prise en charge globale des femmes VVC représentent un axe majeur mais insuffisamment connu, incluant l'orientation vers les dispositifs adaptés, l'accompagnement dans le temps et la prévention des conséquences à long terme. Cette approche implique une évaluation de l'impact psycho-traumatique sur la santé globale en réalisant une prise en charge à la fois immédiate et prolongée. Le rôle de protection apparaît également essentiel, en situation de danger immédiat comme dans l'information sur les conséquences liées aux VC.

Toutefois, nos résultats mettent en évidence un décalage persistant entre l'implication déclarée, le sentiment d'aisance et la mise en œuvre d'une prise en charge réellement globale. Plusieurs freins à l'implication des médecins généralistes sont identifiés : le manque de temps, de connaissances, notamment sur les mécanismes des violences conjugales et leurs conséquences sur la santé globale, ainsi que la méconnaissance ou l'absence de réseaux d'aide. A l'inverse, les formations spécifiques ont un impact positif sur l'aisance et les pratiques des médecins, notamment les formations courtes plutôt que les sensibilisations, mais leur impact reste limité, probablement en raison d'une approche restreint dans sa portée. Cette étude présente toutefois un biais de sélection, les répondants étant probablement plus sensibilisés au sujet, limitant la généralisation des résultats.

Ces résultats soulignent la nécessité de formations structurées et systématiques, dès le deuxième cycle des études médicales, poursuivies en troisième cycle pour les internes de médecine générale, puis tout au long de la formation continue. Elle devrait comprendre des modules considérant une approche globale en intégrant les trois rôles du généraliste, et les enjeux du suivi à long terme. En perspective, l'évaluation plus précise de l'impact des différents formats de formation permettrait d'adapter au mieux les dispositifs proposés aux contraintes et aux besoins théoriques et pratiques des généralistes.

Finalement, l'enjeu réside certes dans la levée des freins à la formation mais aussi dans le renforcement des facteurs facilitateurs et motivationnels favorisant l'engagement des médecins. Les résultats mettent également en évidence le besoin d'une meilleure structuration et connaissance des réseaux d'accompagnement, avec des liens directs entre les intervenants, impliquant, en tant que réponse à un problème de santé publique, une action des pouvoirs publics dans le développement des structures et la formation des professionnels de tous les domaines impliqués.

Enfin, malgré les avancées médico-socio-judiciaires, la stabilité des chiffres des VC et des féminicides souligne l'urgence d'actions de prévention des violences intra familiales, et l'intensification du dépistage en amont auprès des enfants, des femmes et des couples, dans une approche globale et sociétale.

Références bibliographiques

1. Ministère de l'Intérieur, SSMSI. L'enquête Genese [Internet]. Paris; 2022 [cité 10 nov 2025]. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-GENESE>
2. Ministère de l'Intérieur, SSMSI. Info rapide n°56 - Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité : quasi-stabilisation en 2024 [Internet]. Paris; 2025 [cité 9 nov 2025]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-56-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-quasi-stabilisation-en-2024>
3. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. 2023 [cité 10 nov 2025]. Violences conjugales : la HAS appelle les médecins à se saisir pleinement du sujet. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3473528/fr/violences-conjugales-la-has-appelle-les-medecins-a-se-saisir-pleinement-du-sujet
4. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. 2016 [cité 9 août 2025]. Dépistage : objectif et conditions. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
5. OMS. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2021 [cité 5 août 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
6. Ministère de l'Intérieur, SSMSI. « Vécu et ressenti en matière de sécurité », Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité - Rapport d'enquête - édition 2024 [Internet]. 2025 [cité 9 nov 2025]. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-Victimation-delinquance-et-sentiment-d-insecurite-Rapport-d-enquete-edition-2024>
7. MiPROF. Lettre n°25 - Les violences sexistes et sexuelles [Internet]. 2025 [cité 25 nov 2025]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2025-11/Lettre-violences-sexistes-et-sexuelles-novembre-2025.pdf>
8. Brown E, Dupuis J, Mazuy M. Chapitre 5 : Au sein du couple, des situations de violence genrées et asymétriques. In: Debauche A, Hamel C, éditeurs. Violences et rapports de genre : Enquête sur les violences de genre en France (Virage) [Internet]. Paris: Ined Éditions; 2020 [cité 8 août 2025]. p. 183-215. (Grandes Enquêtes). Disponible sur: <https://books.openedition.org/ined/14874>
9. Mullner P, Mazuy M. Facteurs sociaux de vulnérabilité face à la violence conjugale et sortie de la violence : analyses détaillées de parcours féminins. Popul Vulnérables [Internet]. 12 juill 2023 [cité 2 déc 2025];(9). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/popvuln/4124>
10. García-Cuéllar MM, Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J. The prevalence of intimate partner violence against women with disabilities: a systematic review of the literature. Disabil Rehabil. janv 2023;45(1):1-8.
11. Bellot A, Muñoz-Rivas MJ, Botella J, Montorio I. Factors Associated with Revictimization in Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. Behav Sci. févr 2024;14(2):103.

12. OMS. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. 2012 [cité 6 août 2025]. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/86253/WHO_RHR_12.38_fre.pdf;sequence=1
13. Glass N, Laughon K, Campbell J, Block CR, Hanson G, Sharps PW, et al. Non-fatal strangulation is an important risk factor for homicide of women. *J Emerg Med*. oct 2008;35(3):329-35.
14. Délégation aux Victimes. Morts violentes au sein du couple 2024 [Internet]. 2025 [cité 10 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/300372.pdf>
15. J. Trinquart. Chapitre 5. Prise en charge à l'Unité Médico-Judiciaire des femmes victimes de violences conjugales. In: *Violences conjugales et famille*. Dunod; 2016. p. 41-51.
16. MiPROF. Lettre n°21 - Santé des femmes [Internet]. 2024 [cité 12 nov 2025]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2024-06/Miprof-Observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes-Lettre-sante-des-femmes-2024.pdf>
17. Perrone R. Violence et abus sexuels dans la famille : Comprendre les mécanismes pour accompagner les victimes et les agresseurs. In: *Violence et abus sexuels dans la famille : Comprendre les mécanismes pour accompagner les victimes et les agresseurs* [Internet]. 6^e éd. ESF éditeur; 2022 [cité 7 août 2025]. p. 23-115. Disponible sur: <https://univ-scholarvox-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/book/88934744>
18. Lapierre S, Côté I. La typologie de la violence conjugale de Johnson. *L'encadrement Juridique de la Pratique Professionnelle*, 140. Intervention. 2014;(140):69-79.
19. Gruev-Vintila A, Corboux E. Qu'est-ce que le « contrôle coercitif » ? [Internet]. 2024 [cité 26 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/esprit-de-justice/qu-est-ce-que-le-controle-coercitif-5150470>
20. Cn2r. Contrôle coercitif : 5 choses à savoir [Internet]. 2024 [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://cn2r.fr/5-choses-a-savoir-pour-comprendre-le-controle-coercitif/>
21. Boyet S. L'emprise [Internet]. Association Les Papillons. 2024 [cité 7 août 2025]. Disponible sur: <https://www.associationlespapillons.org/post/l-emprise-1>
22. Walker L. Battered Women Syndrome and Self-Defense. *Notre Dame J Law Ethics Public Policy*. 2012;6(2):321.
23. Salmona M. Chapitre 10. Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. In: *Violences conjugales et famille* [Internet]. Dunod; 2016 [cité 26 nov 2025]. p. 98-107. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100749386-page-98>
24. Cn2r. Cn2r. [cité 15 sept 2025]. Dissociation peritraumatique. Disponible sur: https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2022/09/Article_dissociation_peritraumatique.pdf

25. Mécanismes [Internet]. [cité 6 août 2025]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/mecanismes.html>
26. Feresin M, Bastiani F, Beltramini L, Romito P. The Involvement of Children in Postseparation Intimate Partner Violence in Italy: A Strategy to Maintain Coercive Control? *Affilia*. nov 2019;34(4):481-97.
27. SOS violence conjugale. 6 formes de violence conjugale post-séparation [Internet]. SOS violence conjugale. [cité 9 sept 2025]. Disponible sur: <https://sosviolenceconjugale.ca/fr/articles/6-formes-de-violence-conjugale-post-separation>
28. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cité 25 août 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/85239>
29. Chandan JS, Thomas T, Raza K, Bradbury-Jones C, Taylor J, Bandyopadhyay S, et al. Intimate Partner Violence and the Risk of Developing Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome. *J Interpers Violence*. nov 2021;36(21-22):NP12279-98.
30. Chandan JS, Keerthy D, Gokhale KM, Bradbury-Jones C, Raza K, Bandyopadhyay S, et al. The association between exposure to domestic abuse in women and the development of syndromes indicating central nervous system sensitization: A retrospective cohort study using UK primary care records. *Eur J Pain*. 2021;25(6):1283-91.
31. Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C, Taylor J, Bandyopadhyay S, Nirantharakumar K. Risk of Cardiometabolic Disease and All-Cause Mortality in Female Survivors of Domestic Abuse. *J Am Heart Assoc*. 18 févr 2020;9(4):e014580.
32. Mason SM, Wright RJ, Hibert EN, Spiegelman D, Jun HJ, Hu FB, et al. Intimate Partner Violence and Incidence of Type 2 Diabetes in Women. *Diabetes Care*. 13 avr 2013;36(5):1159-65.
33. Scott-Storey KA, Hodgins M, Wuest J. Modeling lifetime abuse and cardiovascular disease risk among women. *BMC Cardiovasc Disord*. 16 oct 2019;19(1):224.
34. Stene LE, Jacobsen GW, Dyb G, Tverdal A, Schei B. Intimate partner violence and cardiovascular risk in women: a population-based cohort study. *J Womens Health* 2002. mars 2013;22(3):250-8.
35. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *Int J Fam Med*. 2013;2013(1):e313909.
36. W. Jones B, Rossi SL, Goralski JL, Martin SL. Associations between IPV and non-communicable diseases: a systematic review. *BMC Public Health*. 30 sept 2025;25(1):3216.
37. Goldberg X, Espelt C, Porta-Casteràs D, Palao D, Nadal R, Armario A. Non-communicable diseases among women survivors of intimate partner violence: Critical

- review from a chronic stress framework. *Neurosci Biobehav Rev.* 1 sept 2021;128:720-34.
38. Bailo P, Piccinini A, Barbara G, Caruso P, Bollati V, Gaudi S. Epigenetics of violence against women: a systematic review of the literature. *Environ Epigenetics* [Internet]. 8 nov 2024 [cité 13 janv 2025];10(1). Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1093/eep/dvae012>
 39. González-Martínez C, Haarkötter C, Carnero-Montoro E, Lorente JA, Lorente M. Epigenetic changes produced in women victims of intimate partner violence: A systematic review. *Womens Health.* 1 août 2024;20:17455057241290335.
 40. Stubbs A, Szoeki C. The Effect of Intimate Partner Violence on the Physical Health and Health-Related Behaviors of Women: A Systematic Review of the Literature. *Trauma Violence Abuse.* oct 2022;23(4):1157-72.
 41. Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C, Russell R, Bandyopadhyay S, Nirantharakumar K, et al. Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. *Br J Psychiatry.* oct 2020;217(4):562-7.
 42. Lowe P, Humphreys C, Williams SJ. Night terrors: women's experiences of (not) sleeping where there is domestic violence. *Violence Women.* juin 2007;13(6):549-61.
 43. Fernández -Fillol C, Pitsiakou C, Perez -Garcia M, Teva I, Hidalgo- Ruzzante N. Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: risk factors related to symptoms and diagnoses. *Eur J Psychotraumatology.* 2021;12(1):e2003616.
 44. Aide psychologique : traitements et thérapies du TSPT - Cn2r [Internet]. 2022 [cité 13 nov 2025]. Disponible sur: <https://cn2r.fr/jai-besoin-daide/chercher-de-laide/>
 45. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatology.* 27 oct 2017;8(sup5):1353383.
 46. Smith PH, Homish GG, Leonard KE, Cornelius JR. Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav.* juin 2012;26(2):10.1037/a0024855.
 47. Cn2r, Fédération Addiction. Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et trouble de l'usage de substance (TUS) [Internet]. [cité 15 sept 2025]. Disponible sur: https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2025/04/TSPT_TUS.pdf
 48. Iraola E. Recours au soin gynécologique et perceptions de l'examen pelvien après des violences conjugales et sexuelles [Internet] [phdthesis]. Université Sorbonne Paris Nord; 2024 [cité 30 août 2025]. Disponible sur: <https://hal.science/tel-04825396>
 49. Reingle Gonzalez JM, Jetelina KK, Olague S, Wondrack JG. Violence against women increases cancer diagnoses: Results from a meta-analytic review. *Prev Med.* 1 sept 2018;114:168-79.

50. Pinton A, Hanser AC, Metten MA, Nisand I, Bettahar K. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées ? *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 juill 2017;45(7):416-20.
51. Salmona M. Chapitre 7. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales: Une urgence humaine et de santé publique. In: *Violences conjugales et famille* [Internet]. Dunod; 2021 [cité 3 déc 2025]. p. 64-76. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100810055-page-64>
52. Santé Publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018 [Internet]. 2024 [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-7e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
53. Haute Autorité de Santé. Situation particulière de vulnérabilité : femme enceinte victime de violences au sein du couple [Internet]. 2024 [cité 30 août 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/reco411_grossesse_vulnerabilite_fiche_violence_couple_cd_2024_01_11_vd.pdf
54. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. *J Womens Health*. 1 janv 2015;24(1):100-6.
55. Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S, Brown S. Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2012;119(3):315-23.
56. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, et al. Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Front Psychiatry*. 12 août 2016;7:138.
57. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1000 premiers jours [Internet]. 2020 [cité 13 sept 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
58. Perroud N. Maltraitance infantile et mécanismes épigénétiques. *Inf Psychiatr*. 28 nov 2014;90(9):733-9.
59. Esteves KC, Jones CW, Wade M, Callerame K, Smith AK, Theall KP, et al. Adverse Childhood Experiences: Implications for Offspring Telomere Length and Psychopathology. *Am J Psychiatry*. 1 janv 2020;177(1):47-57.
60. Conseil de l'Europe. Sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul), Droits des enfants [Internet]. 2019 [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://edoc.coe.int/fr/droits-des-enfants/7870-droits-des-enfants-convention-d-istanbul.html>
61. Coutanceau R, Salmona M, Hirigoyen MF. *Violences conjugales et famille* [Internet]. Dunod; 2021 [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://univ-scholarvox-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/book/88921008>

62. Déclic Violence. Déclic Violence. [cité 8 sept 2025]. Les conséquences sur les enfants exposés aux violences. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/p/les-consequences-sur-les-enfants-exposes-aux-violences>
63. Catherine Cavalin, Psytel, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes. Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012 [Internet]. 2014 [cité 8 août 2025] p. 102 p. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/295801068_Etude_relative_a_l'actualisation_du_chiffrage_des_repercussions_economiques_des_violences_au_sein_du_couple_et_leur_incidence_sur_les_enfants_en_France_en_2012
64. Ina. 1er août 2003 : la mort de Marie Trintignant sous les coups de Bertrand Cantat [Internet]. ina.fr. 2023 [cité 10 août 2025]. Disponible sur: <https://www.ina.fr/ina-eclair-actu/femicide-marie-trintignant-bertrand-cantat-vilnius-noir-desir>
65. Jaspard M, L'Équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Popul Sociétés. 1 janv 2001;364(1):1-4.
66. Roger Henrion, Ministère de la Santé. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. 2001 [cité 25 août 2025]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/014000292.pdf>
67. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Méthode Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2019 [cité 22 janv 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3107787/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple-recommandations
68. Lazimi G. Chapitre 6. Rôle des généralistes dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violences. In: Violences conjugales et famille [Internet]. Paris: Dunod; 2016 [cité 23 mai 2024]. p. 52-63. Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100749386-p-52.htm>
69. OMS, ONU Femmes. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle [Internet]. 2014 [cité 9 août 2025] p. 112. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf
70. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Comment repérer - évaluer [Internet]. 2019 [cité 9 août 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf
71. Santé Publique France. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool) [Internet]. 2021 [cité 9 août 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>

72. Centre Hubertine Auclert. Le Violentomètre [Internet]. Centre Hubertine Auclert. [cité 25 août 2025]. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/egalitheque/publication/le-violentometre>
73. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Comment agir [Internet]. 2019 [cité 9 août 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_agir_092019.pdf
74. Ministère de la Transformation et de la Fonction publique. Permettre aux médecins de mieux repérer les femmes victimes de violences conjugales [Internet]. 2022 [cité 27 avr 2024]. Disponible sur: https://www.modernisation.gouv.fr/files/2022-11/Rapport%20Permettre%20aux%20m%C3%A9decins%20de%20mieux%20rep%C3%A9rer%20les%20femmes%20victimes%20de%20violences%20conjugales_0.pdf
75. Haute Autorité de Santé. Le repérage des violences conjugales en médecine générale : point de vue des femmes françaises [Internet]. 2023 [cité 9 août 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/synthese_resultats_t1_enquete_bva-has_-_violences_conjugales_-_novembre_2023_-_vf.pdf
76. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires?: quelles réponses peut-on apporter? [Internet] [Thèse d'exercice - Médecine générale]. Lorraine; 2018. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931810v1>
77. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, De Beco A, Chastaing J et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. *Médecine*. 2024;10(9):423-8.
78. Coutelle M. Prise en charge des patientes victimes de violences conjugales en cabinet de médecine générale. [Internet] [Thèse d'exercice - Médecine générale]. Nantes; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03764291v1>
79. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer*. 2010;21(92):75-81.
80. Besin A. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice - Médecine générale]. Lille; 2021 [cité 23 août 2025]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM350.pdf
81. Vaile L. Eléments influençant le médecin généraliste à la rédaction ou non d'un certificat médical initial dans le cadre des violences intra familiales [Internet] [Thèse d'exercice - Médecine générale]. Lille; 2024 [cité 4 août 2025]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2024/2024ULILM054.pdf
82. Cn2r. Mémo médecins généralistes - Repérer, accompagner et orienter les patients atteints de trouble de stress post-traumatique (TSPT) [Internet]. [cité 14 nov 2025]. Disponible sur: https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2022/12/Ressource_MG_memo.pdf

83. Ministère de la Justice, Haute Autorité de Santé, Conseil National de l'Ordre des médecins. Secret médical et violences au sein du couple - Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal [Internet]. 2020 [cité 27 avr 2024] p. 41. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf
84. Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale (RMFVVC). Le contrôle coercitif, un levier pour mieux repérer et intervenir en contexte de violence conjugale [Internet]. 2022 [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://maisons-femmes.qc.ca/wp-content/uploads/2023/03/RMFVVC-revue-litterature-contrôle-coercitif.pdf>
85. Monckton Smith J, Szymanska K, Haile S. Exploring the Relationship between Stalking and Homicide [Internet]. University of Gloucestershire; 2017 [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.suzylampugh.org/Handlers/Download.ashx?IDMF=1a6cf4d9-0df5-42be-8b02-4bdbd75fa264>
86. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2017 [Internet]. 2017 [cité 12 nov 2025]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2017>
87. Ramdani C. Les maladies induites par le stress. Rev Déf Natl. 28 avr 2023;(HS4):32-40.
88. Rault P. Évaluation d'une formation spécifique aux soins des victimes de violences en ambulatoire par un échantillon d'internes de médecine générale à Lille [Internet] [Thèse d'exercice - Médecine générale]. Lille; 2024 [cité 15 déc 2025]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2024/2024ULILM096.pdf
89. Délégation aux droits des femmes. Femmes et ruralités : en finir avec les zones blanches de l'égalité. Lutte contre les violences conjugales : la "double peine " des femmes rurale, partie B [Internet]. 2021 [cité 22 déc 2025]. Report No.: n° 60 (2021-2022), tome I. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-060-1/r21-060-1.html>
90. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. 2023 nov [cité 22 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/axe-1-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes>
91. Fondation des Femmes. Enquête sur l'impact des restrictions budgétaires sur l'accompagnement des femmes victimes de violences [Internet]. 2025 [cité 16 déc 2025]. Disponible sur: <https://fondationdesfemmes.org/fdf-content/uploads/2025/08/FDF-Rapport-Enquete-12pages-WEB3.pdf>
92. Iparaguirre J, Al Sheikh Hassan L. Evaluation de la place du site violencesantefemme.fr dans la stratégie de dépistage et de prise en charge des victimes de violences sexuelles par les médecins généralistes [Thèse d'exercice - Médecine générale]. Nantes; 2024.

93. Rolland MA, Gignon M. [Immunization educational game in general practice waiting rooms. A comparative study]. *Sante Publique Vandoeuve--Nancy Fr.* 2015;27(2):159-65.
94. Vidal [Internet]. 2020 [cité 14 nov 2025]. Les traitements de l'état de stress post-traumatique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/etat-stress-post-traumatique-espt/traitements.html>
95. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). 237 200 médecins sont en activité en France au 1er janvier 2025 [Internet]. 2025 [cité 20 déc 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees/250728-DATA-demographie-des-medecins>

Annexes



Annexe 1A : Figure « Power and Control Wheel » traduite en français, proposée par le Domestic Abuse Intervention Project (<https://www.theduluthmodel.org/>)

É COUTER (LISTEN)	Écoutez la femme attentivement, avec empathie et sans porter de jugement.
S' INFORMER (INQUIRE) DES BESOINS ET DES PRÉOCCUPATIONS	Évaluez ses différents besoins et préoccupations – émotionnels, physiques, sociaux et pratiques (par exemple garde des enfants) – et répondez-y.
V ALIDER (VALIDATE)	Montrez-lui que vous la comprenez et que vous la croyez. Assurez-la qu'elle n'est pas responsable.
A MÉLIORER (ENHANCE) LA SÉCURITÉ	Étudiez un plan pour la protéger contre des dommages supplémentaires si la violence se manifeste à nouveau.
S OUTENIR (SUPPORT)	Soutenez-la en l'aidant à accéder à des informations, à des services et à l'appui social.

Annexe 1B : Tableau « Le soutien de première ligne » issu du Manuel clinique « Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle », par l'OMS et ONU Femmes (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf)

Annexe 2A : Questionnaire publié via LimeSurvey à destination des médecins généralistes

Bonjour, je suis Gayané TONI CLAUDEL, interne en médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise une enquête via un questionnaire sur les pratiques, les perceptions et les attentes des médecins généralistes et internes de médecine générale dans la prise en charge globale et le suivi des femmes victimes de violences conjugales.

Cette recherche scientifique est centrée sur la prise en charge au-delà du dépistage et en parallèle de l'orientation vers des structures dédiées, afin de prévenir l'aggravation des violences et d'accompagner les patientes de façon globale au cabinet.

Votre participation est précieuse et contribuera à une meilleure compréhension et amélioration des dispositifs de santé.

Pour participer à l'étude, vous devez être médecin généraliste avec un exercice libéral au moins partiel, ou interne de médecine générale, en France.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes environ.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de rectification.

Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Merci pour votre participation,

Partie A : I. Votre profil et contexte d'exercice

A1. Quel est votre statut actuel ?

- Interne en médecine générale
- Médecin généraliste installé
- Médecin généraliste remplaçant

A2. Vous sentez-vous à l'aise face au repérage et à la prise en charge des victimes de violences conjugales ?

- Oui / Non / Je ne sais pas

A3. A quel genre vous identifiez-vous ?

- Femme / Homme / Autre (possibilité de préciser)

A4. Quel âge avez-vous ?

- Menu déroulant de 20 à 74 ans

A5. Dans quel département exercez-vous actuellement ?

- Menu déroulant : de 01 Ain à 976 Mayotte

A6. Au cours de votre parcours professionnel ou universitaire, avez-vous bénéficié d'informations ou d'une formation concernant les violences conjugales ? Si oui, de quelle manière ?

- Sensibilisation courte (ex. conférence, cours, groupe de pairs).
- Formation spécifique courte (ex. 1 à 2 jours).
- Formation spécifique longue (DU, FMC...)
- Auto-formation (ex. vidéos, plateformes, réseaux sociaux, lecture d'articles).
- Je n'ai pas bénéficié de formation en lien avec ce sujet

A7. Vous estimez que votre patientèle féminine est issue d'un contexte :

Aide :

rural : faible densité de population, éloignement des pôles de services et d'emploi, ancrage local urbain : forte densité de population, proche des pôles de services et d'emploi mixte : les deux catégories sont représentées dans votre patientèle féminine

- Majoritairement rural
- Majoritairement urbain
- Mixte
- Je ne sais pas

A8. Quelle est la distance approximative entre votre lieu d'exercice et la structure d'aide aux victimes de violences conjugales la plus proche ?

Quels sont les moyens pour y accéder ?

deux réponses attendues (distance et moyen de transport)

- Moins de 20 km / 20–50 km / Plus de 50 km
- Accessible en transports en commun (bus, métro, TER) / Accessible en voiture uniquement
- Je ne travaille pas dans un cadre défini par des structures proches ou je n'en connais pas

Partie B: II. Repérage et dépistage des violences conjugales

B1. Lors de vos consultations, interrogez-vous vos patientes sur la présence éventuelle de violences conjugales ?

- Oui / Non

B2. Dans quelles situations posez-vous des questions pour dépister des violences conjugales ?

- Systématiquement, lors des questions sur les antécédents et facteurs de risque
- Lors de la première consultation avec une nouvelle patiente
- Au cours du suivi gynécologique
- Dans un contexte particulier (cochez pour plus de choix)
 - .notion de violences dans l'enfance
 - .conduites addictives
 - .précarité ou handicap
 - .patientes jeunes et adolescentes
 - .grossesse ou post-partum
 - .séparation ou divorce
 - .existence d'une maladie chronique (vasculaire, rhumatologique, dermatologique,...)
- Si présence de signes d'alerte
- En fonction de mon ressenti ou de plaintes spécifiques

Partie C: III. Actions et suivi après le dépistage

C1. Avez-vous déjà réalisé le suivi d'une patiente connue comme étant victime de violences conjugales ?

concerne le suivi au cabinet, sur une ou plusieurs consultations pour les internes : au cours de vos stages en cabinet

- Oui / Non

C2. Selon vous, le rôle de tout médecin généraliste vis à vis des femmes victimes de violences conjugales devrait ou pourrait être :

- Etre un interlocuteur de première ligne pour permettre à la victime de sortir du silence
- Initier le traitement par des paroles thérapeutiques, en respectant la temporalité de la victime
- Orienter la victime vers des structures et personnels qualifiés en psycho-traumatisme
- Considérer la patiente victime de violences conjugales comme toute victime de psycho-traumatisme (accident, attentat, etc.), sans juger de sa responsabilité
- Considérer le traitement du psycho traumatisme dû aux violences conjugales comme faisant partie de la prise en charge des maladies chroniques de la patiente

C3. Quels sont ou seraient, selon vous, les obstacles à un accompagnement des femmes victimes de violences conjugales au cabinet après le dépistage ?

- Manque de temps ou de disponibilité
- Absence de cotation spécifique
- Manque de formation ou de connaissances sur le sujet
- Réseau local d'aide et d'accueil des victimes méconnu ou inexistant
- Crainte pour ma propre sécurité vis à vis de l'auteur des violences
- L'auteur des violences fait partie de ma patientèle
- Crainte d'être affecté émotionnellement, déstabilisé
- Crainte des retombées médico-légales
- Réticence des patientes victimes à se confier ou à accepter une aide, ambivalence de la victime

- Considérer que le rôle du médecin généraliste est limité au dépistage des violences conjugales, problématique sociale plus que médicale

- Aucun obstacle, je me sens bien équipé(e)
- Autre (possibilité de préciser)

C4. Vers quels types de structures ou de professionnels pourriez-vous orienter une patiente identifiée comme victime de violences conjugales pour un accompagnement global, en dehors de l'urgence ? (question ouverte)

C5. Quels facteurs ou pathologies identifiez-vous comme pouvant être lié aux violences conjugales lors du suivi d'une patiente victime ?

- Troubles du sommeil, fatigue chronique
- Céphalées chroniques, neuropathie fonctionnelle (ex. fourmillements), pertes de mémoire
- Troubles anxieux, syndrome dépressif
- Troubles gastro-intestinaux (ex. syndrome de l'intestin irritable)
- Troubles du comportement alimentaire
- Troubles gynécologiques (ex. endométriose, incontinence, dyspareunie)
- Maladie chronique inflammatoire ou rhumatologique (ex. douleurs diffuses, fibromyalgie)
- Facteurs de risque et/ou maladie cardiovasculaire (ex. tabagisme, dyslipidémie, obésité, HTA)
- Troubles dermatologiques (ex. eczéma chronique, psoriasis, dermatillomanie, alopecie)
- Aucun

C6. Dans votre pratique, utilisez-vous des outils ou guides spécifiques pour la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales après dépistage ?

- Oui, des outils d'évaluation de la gravité
 - .Guide de repérage et d'évaluation des risques graves de la HAS
 - .Vademecum "Secret médical et violences au sein du couple" (Ministère de la Justice, Conseil de l'Ordre et HAS)
 - .grille Danger Assessment
 - .grille EVA (Évaluation des Violences auprès des Adultes)
 - .autres outils
- Oui, des guides d'entretien (ex. recommandations HAS).
- Oui, des fiches pratiques ou protocoles internes à ma structure
- Non, je procède de manière intuitive
- Non, je ne suis pas formé(e) pour utiliser ce type d'outils ou je n'en connais pas.
- Autre (possibilité de préciser)

C7. Lors de la ou des premières consultations de suivi avec une patiente victimes conjugales (en dehors de l'urgence), il vous semble pertinent de :

- Avoir une écoute attentive et active, procurer un soutien émotionnel
- Débuter le traitement par des paroles thérapeutiques, des techniques douces de gestion du stress, en respectant la temporalité de la victime
- Expliquer le cycle de la violence et ses mécanismes, déculpabiliser la patiente
- Expliquer le retentissement des violences sur la santé mentale et physique

- Expliquer l'intérêt de la psychothérapie adaptée aux psycho-traumatismes
- Légitimer le statut de « victime », expliquer le rôle des associations et de la justice
- Fournir des ressources (numéros d'urgence, associations spécialisées,...)
- Programmer des rendez-vous réguliers au cabinet

C8. Quels types d'actions ou de suivi proposez-vous par la suite pour accompagner une patiente victime de violences conjugales, en dehors de l'urgence ?

- Réévaluation du danger (danger immédiat, situation d'emprise, ...), établissement d'un plan de mise en sécurité
- Respect de la temporalité de la victime, favoriser l'autonomisation, expliquer que la victime reste libre d'agir, si et quand elle le souhaite
- Orientation vers d'autres professionnels : psychologue, kinésithérapeute, ...
- Bilan et prise en charge du retentissement sur sa santé globale (ex. évaluation psychologique, cardio-vasculaire, gynécologique, etc.)
- Réalisation d'un certificat médical initial
- Tenir le dossier médical à jour sur la base de mes constatations
- Programmer des rendez-vous réguliers au cabinet
- Aucun suivi spécifique au cabinet, maintien d'un suivi classique

C9. Lorsque vous identifiez un danger imminent dans une situation de violences conjugales, que faites-vous ?

- J'informe la victime des dangers immédiats J'oriente la victime vers des services d'urgence (police, gendarmerie, service d'urgences hospitalières, refuges, etc.)

- Je conseille de porter plainte, et/ou de demander une ordonnance de protection en urgence
- Si la victime l'accepte, je réalise un signalement avec son accord
- Je réalise un signalement même sans l'accord de la victime si...
 - .présence d'une vulnérabilité (déficience physique ou psychique, état de grossesse) chez une patiente en incapacité de se protéger
 - .présence d'un danger immédiat, et patiente victime dans l'incapacité de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences
 - .dans tous les cas si danger imminent
- Je ne reste pas seul(e) : je prends contact avec un service spécialisé pour avis sur la conduite à tenir
- Je ne sais pas

Partie D: IV. Besoins et perspectives d'amélioration

D1. Quels outils ou ressources vous seraient personnellement utiles pour améliorer votre prise en charge des femmes victimes de violences conjugales au cabinet ?

- Formations courtes (webinaires, séminaires, vidéos à la demande)
- Formation longue (DPC, DU)
- Session en soirée, sous forme de groupe de pairs
- Guide pratique ou check-list pour le dépistage et le suivi
- Brochures à destination des patientes victimes
- Contacts directs avec des structures locales d'aide et correspondants, carnets d'adresses
- Logiciels ou applications dédiés au suivi des patientes victimes de violences conjugales
- Financements pour libérer du temps médical dédié
- Plateforme d'aide aux professionnels de santé

- Aucun, je me sens assez formé(e)
- Autre (possibilité de préciser)

D2. Quels sont, selon vous, les freins principaux pour suivre une formation sur les violences conjugales ?

- Manque de temps
- Manque d'intérêt ou de pertinence perçue dans ma pratique quotidienne
- Coût de la formation
- Absence de formations disponibles dans ma région
- Autre (possibilité de préciser)

Partie E: V. Suggestions

E1. Si vous pouviez proposer une amélioration ou une ressource supplémentaire pour mieux accompagner les victimes de violences conjugales, laquelle serait-elle ? (réponse facultative)

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : xxxx@univ-lille.fr

Pour accéder à des courtes formations vidéos en ligne gratuitement, violencesantefemme.fr

Pour d'autres d'informations concernant les violences conjugales, declicviolence.fr

Le vade-mecum de la réforme de 2020 concernant le secret médical dans le contexte des violences au sein du couple, avec fiche de signalement et notice : PDF du vademecum sur le site du Conseil National de l'Ordre des médecins



Enquête : La prise en charge au cabinet des femmes victimes de violences conjugales

Dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale, je réalise une étude descriptive sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge et l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales, au delà du dépistage et de l'orientation.

Je recherche également quels seraient les besoins des médecins généralistes face à cette problématique de santé publique et sociale.

Je souhaite recueillir des données dans plusieurs régions françaises, concernant les médecins généralistes (installés ou remplaçants) et les internes en médecine générale.

Merci pour votre collaboration

TONI CLAUDEL Gayané
interne de médecine générale à Lille
tonyclaudel@univ-lille.fr



A destination des médecins et internes en médecine générale

Etude prévue de mars à juin 2025

Questionnaire sur LimeSurvey

Temps estimé 5 minutes

Ressources en fin de questionnaire



<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/428244?lang=fr>

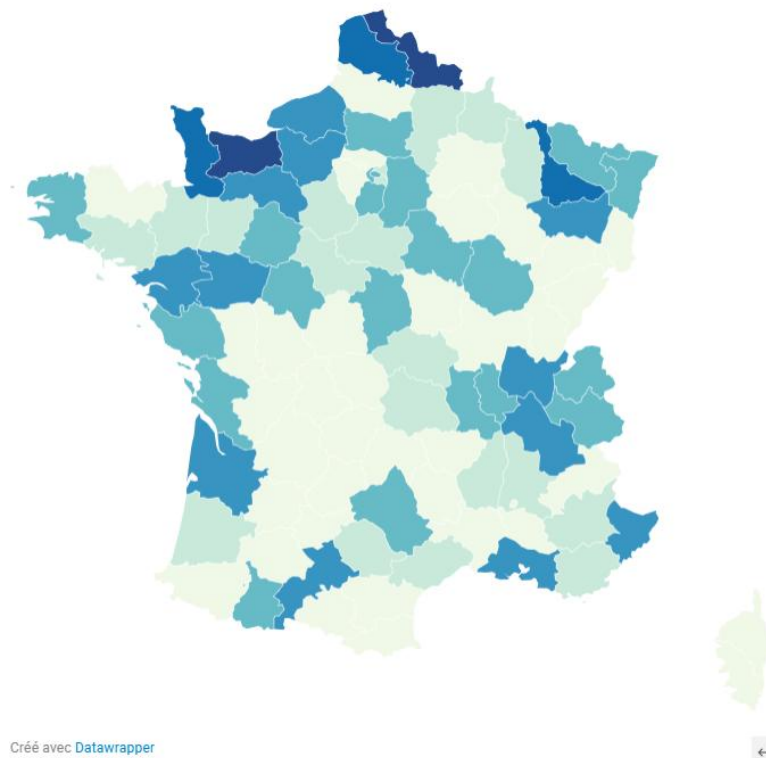
Annexe 2B : Flyer envoyé par mail et publié via les réseaux sociaux, avec QR-Code menant au questionnaire.

	Internes (n=115)	Remplaçants (n=32)	Installés (n=181)
≤ 34 ans	111 (97 %)	29 (91 %)	37 (20 %)
35-49 ans	4 (3 %)	3 (9 %)	90 (50 %)
≥ 50 ans	0 (0 %)	0 (0 %)	54 (30 %)

Annexe 3 : Répartition des médecins selon le statut et le groupe d'âge (p < 0,0001, Chi² = 184)

Répartition des répondants

Nombre de répondants par
département métropolitain



Créé avec [Datawrapper](#)



Annexe 4 : Carte de répartition géographique des répondants en France métropolitaine (n=320).

A noter : dans les DROM, 3 médecins exerçant en Guadeloupe et 5 à La Réunion ont répondu (n=8).

Sous-catégorie d'orientation des VVC	Nombre d'occurrences	Catégorie
Association locale	109	Asso. locale ou de réseau spécialisé
Psychologue/Psychiatre	84	Santé mentale
Réseau d'associations spécialisées ²⁰	61	Asso. locale ou de réseau spécialisé
Forces de l'ordre (police, gendarmerie, cellules spécialisées)	40	Forces de l'ordre
Structure médico-sociale/Assistante social	36	Aide sociale et hébergement
CMP	34	Santé mentale
Numéro d'écoute national (3919)	29	Numéro d'écoute national
Médico-social (PMI, planning familial)	29	Aide sociale et hébergement
UMJ	29	Unité médico-judiciaire
Structure d'aide à l'hébergement (d'urgence ou non)	21	Aide sociale et hébergement
Avocat/Justice	17	Justice
Accueil en centre hospitalier ²¹	14	Accueil hospitalier spécialisé et urgences
Autre profession médicale et para-médicale ²²	9	Autres orientations et pro. de santé
Ne sait pas	7	Ne sait pas
Groupe de parole	6	Association locale
Consultation en psycho traumatisme ²³	5	Santé mentale
Urgences	4	Accueil hospitalier spécialisé et urgences
Conseillère conjugale	3	Autres orientations et pro. de santé
Aide à l'orientation : site declic violences	3	Autres orientations et pro. de santé
Lui-même	2	Autres orientations et pro. de santé
Médecine non conventionnelle	2	Autres orientations et pro. de santé
Mairie	1	Autres orientations et pro. de santé
Plateforme sécurisation documents	1	Autres orientations et pro. de santé
Thérapie de couple	1	Autres orientations et pro. de santé
TOTAL	546	

Annexe 5 : Tableau des orientations proposées pour les patientes identifiées comme VVC, question ouverte, classement par catégorie de réponses, 546 occurrences parmi les 324 réponses.

²⁰ Structures spécialisées comme : France Victimes, Solidarité Femmes, Maison des Femmes ou les CIDFF

²¹ Hors UMJ et CRP

²² Sage-femme, gynécologue-obstétricien, kinésithérapeute, infirmière Asalée, CSAPA etc.

²³ Par ex. en CRP (Centre Régional du Psychotrauma)

Propositions	Occurrences
Guide ressources locales en ligne	17
Formation systématique, concrète, pratique	13
Interlocuteur dédié	13
Autre*	11
Améliorer le repérage	5
Cotation dédiée/temps	5
Accès aux soins de santé mentale	4
Affichages/flyer patientes	4
Guide via CPTS	4
Connaitre le réseau personnellement	3
Formation des forces de l'ordre	3
Plateforme de signalement	3

Annexe 6 : Tableau du regroupement des propositions libres concernant les ressources supplémentaires pour mieux accompagner les VVC (65 participants, 85 propositions)

* : augmenter le nombre de structures, création d'un réseau spécialisé pour toutes formes de violences intra familiales, application stricte des sanctions pénales pour les auteurs, augmenter le nombre d'hébergement d'urgence, et diffuser plus largement le "téléphone grave danger".

		Aisance déclarée		p-value (Chi ²)
		Oui (n=100)	Non (n=140)	
Attitude lors de la 1ère consultation	Ecoute attentive, active, soutien émotionnel	96 (96 %)	136 (97 %)	NS
	Débuter le traitement : paroles thérapeutiques, techniques douces de gestion du stress, et respect de la temporalité	75 (75 %)	86 (61 %)	p=0,04 (4,3)
	Expliquer le cycle de la violence et ses mécanismes, déculpabiliser	76 (76 %)	93 (66 %)	NS
	Expliquer le retentissement des violences sur la santé mentale et physique	67 (67 %)	81 (58 %)	NS
	Expliquer l'intérêt de la psychothérapie adaptée aux psycho-traumatismes	74 (74 %)	88 (63 %)	NS
	Légitimer le statut de « victime », expliquer le rôle des associations et de la justice	91 (91 %)	113 (81 %)	p=0,04 (4)
	Fournir des ressources (numéros d'urgence, associations spécialisées, ...)	88 (88 %)	128 (91 %)	NS
	Programmer des rendez-vous réguliers au cabinet	81 (81 %)	99 (71 %)	NS

Annexe 7A : Aisance déclarée et attitude lors de la première consultation avec une VVC (n=240).

	Aisance déclarée		p-value (Chi ²)	
	Oui (n=100)	Non (n=140)		
Type d'action ou de suivi	Réévaluation du danger, établissement d'un plan de mise en sécurité	88 (88 %)	105 (75 %)	p=0,02 (5,5)
	Respect de la temporalité, autonomisation, liberté d'agir	87 (87 %)	111 (79 %)	NS
	Orientation vers d'autres professionnels	80 (80 %)	117 (84 %)	NS
	Bilan et prise en charge du retentissement sur sa santé globale	61 (61 %)	63 (45 %)	p=0,02 (5,4)
	Réalisation d'un CMI	77 (77 %)	83 (59 %)	
	Tenir le dossier médical à jour	88 (88 %)	109 (78 %)	NS
	Programmer des rendez-vous réguliers	74 (74 %)	94 (67 %)	NS
	Aucun suivi spécifique	5 (5 %)	4 (3 %)	N/A

Annexe 7B : Aisance déclarée et attitude lors du suivi d'une VVC (n=240)

	Aisance déclarée		p-value (Chi ²)	
	Oui (n=100)	Non (n=140)		
Action en cas de danger imminent	Informers des dangers immédiats	86 (86 %)	113 (81 %)	NS
	Orienter vers des services d'urgence (sécurité, hôpitaux, logements)	88 (88 %)	126 (90 %)	NS
	Conseils : port de plainte, ordonnance de protection en urgence	79 (79 %)	103 (74 %)	NS
	Signalement avec accord de la VVC	68 (68 %)	80 (57 %)	NS
	Signalement sans accord de la VVC si présence d'un danger immédiat et vulnérabilité	39 (39 %)	34 (24 %)	p=0,02 (5,3)
	Signalement sans accord de la VVC si présence d'un danger immédiat et emprise	36 (36 %)	28 (20 %)	p<0,01 (6,8)
	Signalement sans accord de la VVC dans tous les cas si danger imminent	19 (19 %)	18 (13 %)	NS
	Contact avec un service spécialisé pour avis sur la conduite à tenir	46 (46 %)	75 (54 %)	NS
	Je ne sais pas	1 (1 %)	9 (6 %)	N/A

Annexe 7C : Aisance déclarée et attitude du médecin en cas de danger immédiat (n=240)

		Aisance déclarée		
		Oui (n=115)	Non (n=213)	p-value (Chi ²)
Sensibilisation	Oui	83 (72 %)	129 (61 %)	p=0,047 (3,9)
	Non	32 (28 %)	84 (39 %)	
Formation courte	Oui	29 (25 %)	19 (9 %)	p<0,001 (14,6)
	Non	86 (75 %)	194 (91 %)	
Auto-formation	Oui	56 (49 %)	74 (35 %)	p=0,01 (5,5)
	Non	59 (51 %)	139 (65 %)	
Formation longue	Oui	6 (5 %)	5 (2 %)	N/A
	Non	109 (95 %)	208 (98 %)	

Annexe 8 : Tableau de concordance entre la réalisation ou non d'un type de formation et l'aisance déclarée, n=328

		Formation réalisée		p-value (Chi ²)
		Oui (n=200)	Non (n=40)	
Attitude lors de la 1 ^{ère} consultation	Ecoute attentive, active, soutien émotionnel	194 (97 %)	38 (95 %)	NS
	Débuter le traitement : paroles thérapeutiques, techniques douces de gestion du stress, et respect de la temporalité	142 (71 %)	19 (48 %)	p<0,01 (7,3)
	Expliquer le cycle de la violence et ses mécanismes, déculpabiliser	114 (57 %)	25 (63 %)	NS
	Expliquer le retentissement des violences sur la santé mentale et physique	122 (61 %)	26 (65 %)	NS
	Expliquer l'intérêt de la psychothérapie adaptée aux psycho-traumatismes	134 (67 %)	28 (70 %)	NS
	Légitimer le statut de « victime », expliquer le rôle des associations et de la justice	168 (84 %)	36 (90 %)	NS
	Fournir des ressources (numéros d'urgence, associations spécialisées, ...)	182 (91 %)	34 (85 %)	NS
	Programmer des rendez-vous réguliers au cabinet	155 (78 %)	25 (63 %)	NS

Annexe 9A : Formation réalisée et attitude lors de la première consultation avec une VVC (n=240)

		Formation réalisée		p-value (Chi ²)
		Oui (n=200)	Non (n=40)	
Type d'action ou de suivi dans la suite de la PEC	Réévaluation du danger, établissement d'un plan de mise en sécurité	165 (83 %)	28 (70 %)	NS
	Respect de la temporalité, autonomisation, expliquer la liberté d'agir	171 (86 %)	27 (68 %)	p=0,01 (6,3)
	Orientation vers d'autres professionnels	162 (81 %)	35 (88 %)	NS
	Bilan et prise en charge du retentissement sur sa santé globale	109 (55 %)	15 (38 %)	NS
	Réalisation d'un CMI	136 (68 %)	24 (60 %)	NS
	Tenir le dossier médical à jour	167 (84 %)	30 (75 %)	NS
	Programmer des rendez-vous réguliers	145 (73 %)	23 (58 %)	NS
	Aucun suivi spécifique	9 (5 %)	0 (0 %)	N/A

Annexe 9B : Formation réalisée et attitude lors du suivi d'une VVC (n=240)

		Formation réalisée		p-value (Chi ²)
		Oui (n=200)	Non (n=40)	
Action en cas de danger imminent	Informers des dangers immédiats	165 (83 %)	34 (85 %)	NS
	Orienter vers des services d'urgence (sécurité, hôpitaux, logements)	179 (90 %)	35 (88 %)	NS
	Conseils : port de plainte, ordonnance de protection en urgence	152 (76 %)	30 (75 %)	NS
	Signalement avec accord de la VVC	124 (62 %)	24 (60 %)	NS
	Signalement sans accord de la VVC si présence d'un danger immédiat et d'une vulnérabilité	64 (32 %)	9 (23 %)	NS
	Signalement sans accord de la VVC si présence d'un danger immédiat, et emprise	57 (29 %)	7 (18 %)	NS
	Signalement sans accord de la VVC dans tous les cas si danger imminent	33 (17 %)	4 (10 %)	NS
	Contact avec un service spécialisé pour avis sur la conduite à tenir	99 (50 %)	22 (55 %)	NS
	Je ne sais pas	4 (2 %)	6 (15 %)	N/A

**Annexe 9C : Formation réalisée et attitude du médecin en cas de danger immédiat
(n=240)**

		Formation réalisée (n=259)	Aucune formation (n=69)	p-value (chi ²)
Freins à la prise en charge des VVC	Manque de temps ou de disponibilité	187 (72 %)	42 (61 %)	NS
	Absence de cotation spécifique	53 (20 %)	13 (19 %)	NS
	Manque de formation ou de connaissances sur le sujet	169 (65 %)	58 (84 %)	p=0,004 (8,2)
	Réseau local d'aide et d'accueil des victimes méconnu ou inexistant	158 (61 %)	45 (65 %)	NS
	Crainte pour ma propre sécurité	33 (13 %)	5 (7 %)	NS
	L'auteur des violences fait partie de ma patientèle	71 (27 %)	19 (28 %)	NS
	Crainte d'être affecté émotionnellement, déstabilité	46 (18 %)	5 (7 %)	NS
	Crainte des retombées médico-légales	44 (17 %)	12 (17 %)	NS
	Réticence des patientes victimes à se confier ou à accepter une aide, ambivalence	168 (65 %)	52 (75 %)	NS
	Considérer que le rôle du médecin généraliste est limité au dépistage	17 (7 %)	7 (10 %)	NS
	Aucun obstacle	4 (2 %)	0 (0 %)	N/A

Annexe 10 : Tableau de concordance entre la réalisation ou non d'un type de formation et les obstacles à l'accompagnement des VVC, n=328

		Aisance pour le repérage et la PEC		p-value (Chi ²)
		Oui (n=115)	Non (n=213)	
Type d'outils ou de ressources demandées	Formations courtes (webinaires, séminaires, vidéos)	70 (61 %)	156 (73 %)	p = 0,02 (4,8)
	Guide pratique / check-list	65 (57 %)	152 (71 %)	p < 0,01 (6,7)
	Plateforme d'aide aux professionnels	39 (34 %)	99 (46 %)	p < 0,03 (4,3)
	Session en soirée, groupe de pairs	46 (40 %)	83 (39 %)	NS
	Logiciels ou appli. dédiés au suivi	19 (17 %)	56 (26 %)	NS
	Formations longues (DPC, DU)	22 (19 %)	35 (16 %)	NS
	Brochures patientes	76 (66 %)	157 (74 %)	NS
	Contacts directs avec intervenants	86 (75 %)	175 (82 %)	NS
	Financements	33 (29 %)	44 (21 %)	NS
	Aucune aide	3 (3 %)	1 (<1 %)	N/A

Annexe 11 : Tableau de concordance entre le niveau d'aisance et les outils ou ressources demandées par le généraliste, n=328

	A déjà suivi une VVC (n=240)	N'a jamais suivi de VVC (n=88)	p-value (Chi ²)
obstacle au suivi des patientes VVC	Manque de temps ou de disponibilité	167 (70 %)	62 (70 %) NS
	Absence de cotation spécifique	54 (23 %)	12 (14 %) NS
	Manque de formation ou de connaissances	153 (64 %)	74 (84 %) p<0,001 (11,6)
	Réseau local d'aide et d'accueil des victimes méconnu ou inexistant	132 (55 %)	71 (81 %) p<0,001 (17)
	Crainte pour ma propre sécurité	32 (13 %)	6 (7 %) NS
	L'auteur des violences fait partie de ma patientèle	64 (27 %)	26 (30 %) NS
	Crainte d'être affecté émotionnellement, déstabilisé	37 (15 %)	14 (16 %) NS
	Crainte des retombées médico-légales	34 (14 %)	22 (25 %) p=0,03 (4,6)
	Réticence des patientes victimes à se confier ou à accepter une aide, ambivalence	162 (68 %)	58 (66 %) NS
	Considérer que le rôle du médecin généraliste est limité au dépistage	14 (6 %)	10 (11 %) NS

Annexe 12 : Tableau de concordance entre les obstacles à l'accompagnement des VVC et l'expérience antérieure de suivi (n=328)

	Interne en MG (n=115)	MG remplaçant (n=32)	MG installé (n=181)
Femmes	98 (85 %)	29 (91 %)	133 (73 %)
Hommes	16 (14 %)	3 (9 %)	48 (27 %)
Autre	1 (<1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Annexe 13 : Tableau de concordance entre le statut et le genre des médecins généralistes (MG)

Annexe 14 : Journal de bord personnel

Février 2024

- premiers contacts avec Dr MATIS Richard, discussion autour du thème de la thèse (violences faites aux femmes (VFF))
- sujet affiné, recentré sur les violences conjugales, contact avec le Dr Léna Hassan pour discussion autour de sa thèse sur les violences sexuelles (VS) - qualitative en focus groupes, sur le site violencesantefemmes.fr
- Bibliographie, lectures d'articles

Mars 2024 - contacts avec Gynécologie Sans Frontières

Avril 2024

- remise en question sur la méthodologie
- Poursuite de la bibliographie, recherches

Mai 2024 - suite des visio avec Dr MATIS et décision méthodo., point sur la fiche de thèse

Juin 2024 - correction de la fiche de thèse et envoi à la faculté

25/05/2024 - validation de la fiche de thèse par la faculté

Juin 2024 à novembre 2024 - réflexions autour de la modification de la question de recherche, ébauche d'un questionnaire

Novembre 2024

- visio avec le directeur de thèse pour mise au point, difficultés dans mes recherches, doute sur leur pertinence.
- Participation à une soirée conférence en lien avec une thèse sur les CMI dans le cadres des VFF au cabinet de médecine générale, au tribunal judiciaire de Cambrai

Décembre 2024 : on axe le questionnaire sur un état des lieux, avec des questions orientant sur la pratique en général, à destination des médecins peu sensibilisés "au delà du dépistage et de l'orientation".

Janvier 2025 : avancement du questionnaire, nouveau visio pour faire le point

Début février, codage du questionnaire sur LimeSurvey, difficultés techniques ayant retardé la publication.

18/02/2025 : phase de test - activation du questionnaire

19/02 : désactivation pour modifications, puis réactivation pour la suite des tests

- testé par 3 internes, 2 médecin installées, 1 médecin remplaçant, et le directeur de thèse (en supprimant la réponse de ce dernier puisqu'il n'est pas médecin généraliste)
- modifications de quelques tournure de phrase sans en changer le sens et correction d'une faute de frappe
- proposition de faire des groupes d'âge : avis auprès d'une statisticienne qui m'explique qu'il est plus simple de faire des groupes lors des stats
- proposition de placer les données démographiques en fin de questionnaire : dans le but d'obtenir les réponses des parties II et III, si quelqu'un ne termine pas le questionnaire. Cependant pour mon projet les réponses âge et exercice sont importants et nécessaire donc nous les laissons en partie I.
- Création d'un visuel pour partage, QR-Code

22/02 : lancement du questionnaire

De février au 1er juillet 2025

- Recueil de données
- recherche des adresses de CPTS dans toutes les régions de France
- envoi échelonné aux CPTS des différentes régions + aux facultés + aux URPS
- post Linked'In relayé par plusieurs personnes, relance 1 fois en juin.
- posts sur les groupes facebook de différentes facultés et groupes de remplaçants, quand autorisation
- Participation à des conférences sur les violences conjugales (associations, CHRU Lille)
- Poursuite des recherches notamment outils, ébauche d'un plan d'écrit
- Visite des locaux de l'association SOLFA Lille

1er juillet 2025 : clotûre du questionnaire

Août à décembre 2025 :

- analyse des données et écriture
- participation à une soirée de sensibilisation autour des VC

AUTEURE : Nom : CLAUDEL TONI

Prénom : Gayané

Date de soutenance : 23 janvier 2026

Titre de la thèse : Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, au-delà du repérage et de l'orientation. Une étude observationnelle.

Thèse - Médecine - Lille - 2026

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : violences conjugales, violences entre partenaires intimes, féminicide, médecine générale

Résumé :

Introduction : En France en 2024, 272 400 femmes ont été victimes de violences conjugales (VC). Ces dix dernières années ont vu des avancées sociétales et législatives importantes. En médecine générale, le repérage des VC et l'orientation des patientes sont encouragés. Cette recherche étudie le rôle du généraliste dans la suite de la prise en charge (PEC) des victimes, l'impact des formations et les besoins des praticiens.

Matériel et Méthodes : Etude quantitative observationnelle via questionnaire anonyme, élaboré après bibliographie, diffusé via les réseaux sociaux et groupements de médecins, de février à juillet 2025 en France. Analyse avec Excel® et Python® ; indépendance des variables testée par Chi², significativité si $p < 0,05$.

Résultats : 2/3 des médecins ne sont pas à l'aise avec le repérage et la PEC des VC ou ne se positionnent pas. Plus de 1/2 pratiquent le repérage et près des 3/4 ont déjà suivi une victime. Plus de 70% identifient un rôle dans l'initiation et la suite de la PEC. Seul 1/2 proposent une évaluation de la santé globale. Le lien entre VC et certaines pathologies chroniques est reconnu pour 40% à 90% selon la pathologie.

3/4 avaient déjà suivi une formation, surtout une sensibilisation.

Les obstacles au suivi sont : manque de temps, de formation, difficulté à comprendre les mécanismes des VC, méconnaissance des structures pour la PEC globale. Les médecins formés sont plus à l'aise face aux VC (40% vs 16% des non formés, $p < 0,01$, si formation courte plus que sensibilisation) et déclarent plus souvent : considérer le psycho traumatisme 74% vs 57%, respecter la temporalité 86% vs 68%, $p < 0,01$, avoir un rôle en première consultation, mais des lacunes persistent. Ils sont demandeurs de formations courtes, guides pratiques, contacts directs avec les structures.

Conclusion : Les généralistes ont un rôle de PEC globale et durable. La formation systématique (2^e et 3^e cycle des études médicales, puis formation continue) est nécessaire, intégrant les rôles multiples des médecins, au-delà de la PEC initiale. Le développement et la connaissance des structures est indispensable.

Composition du Jury :

Président : Professeur Claire MOUNIER-VEHIER

Asseseurs : Professeur Guillaume VAIVA

Docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse : Docteur Richard MATIS