

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 6 mai 2020

par

Leslie LELONG

née le 9 mai 1990, à Limoges

**Repérage et orientation des femmes victimes de violences
conjugales en Limousin en 2019 :**

les réseaux disponibles et attentes des femmes victimes envers leur
médecin généraliste

Thèse dirigée par Madame la Docteur Karen RUDELLE

Examineurs de la thèse :

Mme la Professeur Nathalie DUMOITIER

Présidente

M. le Professeur François PARAF

Juge

M. le Professeur Philippe NUBUKPO

Juge

Mme la Docteur Karen RUDELLE

Juge





Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 6 mai 2020

par

Leslie LELONG

née le 9 mai 1990, à Limoges

**Repérage et orientation des femmes victimes de violences
conjugales en Limousin en 2019 :**

les réseaux disponibles et attentes des femmes victimes envers leur
médecin généraliste

Thèse dirigée par Madame la Docteur Karen RUDELLE

Examineurs de la thèse :

Mme la Professeur Nathalie DUMOITIER

Présidente

M. le Professeur François PARAF

Juge

M. le Professeur Philippe NUBUKPO

Juge

Mme la Docteur Karen RUDELLE

Juge

Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 01 octobre 2019

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VERNEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIODTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL

DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BEN AHMED Sabrina	CHIRURGIE VASCULAIRE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE PATHOLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LERAT Justine	O.R.L.
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	--

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan (du 1er septembre 2019 au 31 août 2022)

LAUCHET Nadège (du 1er septembre 2017 au 31 août 2020)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule (du 1er septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2018 au 31.08.2020

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2020

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2021

MERLE Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2020

TREVES Richard du 01-09-2019 au 31-08-2021

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2020

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2019 au 31.08.2020

VIROT Patrice du 01.09.2019 au 31.08.2020

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1er novembre 2019

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIAHI Edouard	MEDECINE NUCLEAIRE
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE

BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhou	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE

LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIODTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIODTHERAPIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

*A Tallulah,
ce travail est une petite pierre à l'édifice d'un monde que j'espère plus juste et équitable
pour toi.*

*A toutes les femmes et leurs filles,
pour que l'émancipation ne soit plus qu'un concept.*

« La femme naît et demeure égale à l'homme en droits. »

Olympe de Gouges (1748-1793)

« La femme n'est victime d'aucune mystérieuse fatalité : il ne faut pas conclure que ses ovaires la condamnent à vivre éternellement à genoux ».

Simone de Beauvoir (1908-1986)

Remerciements

A la Professeur Nathalie DUMOITIER,

Professeur des Universités de Médecine Générale,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous en remercie. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

Au Professeur François PARAF

Professeur des Universités de Médecine Légale et Droit de la Santé, Praticien Hospitalier,

Je suis heureuse de vous compter parmi les membres de mon jury. Merci de vous être intéressé à mon travail alors qu'il n'était encore qu'un projet. Merci de votre implication dans ce sujet. Je vous assure de mon profond respect.

Au Professeur Philippe NUBUKPO

Professeur des Universités d'Addictologie, Praticien Hospitalier,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Vous trouverez là un témoignage de mon estime.

A la Docteur Karen RUDELLE,

Chef de clinique associée en Médecine Générale,

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail, de m'avoir ramenée dans le chemin de l'objectivité durant tout ce travail de thèse qui m'a particulièrement tenu à cœur. Je salue ton calme olympien et ta bonne humeur permanente. C'est avec plaisir que j'ai partagé ce travail avec toi.

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont participé à ce travail : les associations sans qui ce projet n'aurait jamais pu aboutir, Mesdames les Déléguées Départementales aux Droits des Femmes et à l'Égalité qui m'ont soutenue dans ce travail de longue haleine, enfin et surtout, je remercie toutes les femmes qui ont accepté de participer à ce travail, de répondre à nos questions pour nous permettre de nous améliorer.

Je tiens à remercier toutes les équipes qui m'ont formée et particulièrement les équipes de médecine et SSR du Dorat, les mobylettes, les équipes des Urgences d'Ussel, Dr Jardel pour m'avoir initiée à la médecine, Dr Jean-Claude Etilé pour m'avoir convaincue d'exercer en campagne, Dr Delphine Larroque pour son engagement auprès des femmes, Dr Gaëlle Bouyoux pour sa bienveillance et son investissement auprès des familles, Dr Chrystelle Martin pour son soutien et son combat pour un monde plus juste, Dr Isabelle Debacque pour son marrainage, Dr Philippe Nicot pour son œil critique et ses encouragements, Dr Pierre-Jean Baudot pour sa confiance et sa sérénité.

A ma famille,

Je suis particulièrement fière de pouvoir profiter de la présence de mes grand-mères. Je reconnais en vous une certaine fougue de liberté qui m'inspire depuis toujours. Je suis particulièrement émue d'avoir le grand bonheur de compter mes deux parents en cette occasion exceptionnelle. Merci de m'avoir inculquée des principes d'égalité, de partage et d'amour. Merci de m'accorder infailliblement votre soutien. Je resterai toujours cette petite bavarde et curieuse, votre belette. Je suis heureuse de vous partager avec mon frère dont je suis immensément fière. Je remercie mes oncles, tantes et cousins. Je tiens à vous tous, autant que vous êtes.

A ma belle-famille, à laquelle je suis ravie d'être liée.

Au père de ma fille, mon partenaire, mon ami et mon amoureux qui a fait preuve d'une patience infinie.

A mes ami·e·s,

La vie est précieuse et parsemée de merveilleuses rencontres. Si d'un coup d'ailes de papillon tout s'envolait, je n'aurais pas partagé toute ma scolarité avec mes ami·e·s de toujours qui m'ont apporté fous rires et bonne humeur pendant nos années d'insouciance. Sans vous, je n'aurais certainement pas rencontré Bastien, ni choisi le parcours médical. Je n'y aurais pas rencontré mes chères amies de soirées, de galère, de travail puis de vie. Sans mon amoureux, je n'aurais jamais eu Tallulah. Alors, le papillon va bien vite remballer ses ailes et retourner dans son cocon parce qu'il est hors de question que je me passe de l'un·e seul·e de vous. Je remercie chacune et chacun d'avoir fait de moi une femme épanouie, comblée et particulièrement fière de présenter ici l'aboutissement de toutes ces années d'étude au travers d'une thèse que je considère militante.

A Bastien, La Boule, Nounouille, Titi, Inès, Sitou, Maé, Morgane, Camille et Hélène, Nyfa, Miloche, P'tite Ma, Rox et Ju, Claire et Psy, Thibaut et Fédé, Vivien, Elise, Aurélie et IB, Osios, Dany, Marc et Dany, Boubou et sa clique d'hurluberlus.

Liste des abréviations

ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

ANSM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ARAVIC : Association de Réinsertion des délinquants et d'Aide aux Victimes en Corrèze

ARSL : Association de Réinsertion Sociale en Limousin

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

AVIMED : Association d'aide aux Victimes et de MEDIation

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CAF : Caisse des Allocations Familiales

CDAD : Centre Départemental d'Accès aux Droits

CFCV : Collectif Féministe Contre le Viol

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

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

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CVS : Cadre de Vie et Sécurité

DDFE : Délégué.e. Départemental.e aux Droits des Femmes et à l'Égalité

DOM : Département d'Outre-Mer

ECN : Épreuves Classantes Nationales

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

FDFA : Femmes pour le Dire Femmes pour Agir

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

FNCIDFF : Fédération Nationale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

HAS : Haute Autorité de Santé

HCEfh : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

HME : Hôpital Mère Enfant

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISCG : Intervenants Sociaux en Commissariats et en brigades de Gendarmerie

ITT : Incapacité Totale de Travail

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

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

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

ONU : Organisation des Nations Unies

PACS : PActe Civil de Solidarité

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU: Services d'Accueil d'Urgence

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SSMSI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

TGD : Téléphone Grave Danger

TGI: Tribunal de Grande Instance

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

UTAS : Unité Territoriale d'Action Sociale

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction.....	24
Généralités.....	25
I. Les moyens de lutte contre les violences conjugales.....	39
I.1. Les symboles.....	39
I.2. Les numéros nationaux.....	39
I.2.1. Les numéros d'urgence.....	39
I.2.2. Les numéros d'écoute, d'information et d'orientation.....	39
I.3. Les réseaux nationaux.....	41
I.3.1. FNCIDFF Fédération Nationale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles.....	41
I.3.2. FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes.....	41
I.3.3. France Victime : Fédération nationale des associations d'aide aux victimes.....	41
I.3.4. CFCV Collectif Féministe Contre le Viol.....	42
I.3.5. MFPF Mouvement Français pour le Planning Familial.....	42
I.3.6. Femmes solidaires.....	42
I.3.7. FDFA Femmes pour le Dire Femmes pour Agir.....	42
I.3.8. Voix de femmes.....	43
I.3.9. Fédération Nationale GAMS.....	43
I.4. Le réseau existant en Limousin.....	44
I.4.1. En Corrèze.....	44
I.4.2. En Creuse.....	48
I.4.3. En Haute-Vienne.....	51
II. Matériel et méthode.....	55
II.1. Le type d'étude.....	55
II.2. Les hypothèses.....	55
II.3. Les objectifs.....	55
II.4. Les autorisations.....	55
II.5. Les associations.....	56
II.6. La durée de l'étude.....	56
II.7. Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	56
II.8. L'organisation au sein des structures.....	56
II.9. Le questionnaire.....	56
II.10. Le remplissage et le recueil.....	57
II.11. Les analyses statistiques.....	57
II.12. L'étude de faisabilité préalable.....	57
II.13. Diagrammes de flux.....	58
III. Résultats.....	60
III.1. Population étudiée.....	60
III.1.1. Age des répondantes.....	60
III.1.2. Nombre d'enfant(s).....	61
III.1.3. Types de violences subies.....	61
III.1.4. Orientation vers les structures de soutien.....	62
III.2. Caractéristiques de consultations.....	63
III.2.1. Nombre de consultations chez le·la médecin généraliste dans l'année.....	63
III.2.2. Motifs de consultation chez le·la médecin généraliste dans l'année.....	64
III.3. Dépistage des violences conjugales.....	65
III.3.1. Abord des violences conjugales avec le·la médecin généraliste.....	65
III.3.2. Souhait de dépistage par le·la médecin généraliste.....	66
III.3.3. Un des rôles du·de la médecin généraliste.....	66
III.3.4. Consultations en présence de l'auteur de violences.....	67
III.3.5. Influence du sexe du·de la médecin généraliste.....	68

III.4. Expression libre concernant les attentes envers le·la médecin généraliste.....	68
IV. Discussion.....	69
IV.1. Forces et limites de l'étude.....	69
IV.2. Population de l'échantillon.....	72
IV.3. Caractéristiques de consultations.....	74
IV.4. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste :.....	78
IV.5. Repérage des victimes.....	80
IV.6. Entraves au dialogue.....	82
IV.7. Perspectives.....	84
IV.7.1. L'étude AVIC-MG.....	84
IV.7.2. Répondre aux attentes : Améliorer le repérage et l'orientation des victimes. ...	84
IV.7.3. A plus grande échelle.....	87
Conclusion.....	89
Références bibliographiques.....	90
Annexes.....	98
Serment d'Hippocrate.....	121

Table des illustrations

Figure 1: Le cycle de la violence (94).....	27
Figure 2: Répartition des répondantes selon leur catégorie d'âge (n=34).....	60
Figure 3: Nombre d'enfant(s) par répondante (n=34).....	61
Figure 4: Types de violences subies.....	61
Figure 5: Personnes ayant orienté les femmes victimes vers l'association de soutien (n=33)	62
Figure 6: Nombre de consultation(s) chez le.la médecin généraliste dans l'année (n=32)...	63
Figure 7: Nombre de consultation(s) chez le.la médecin généraliste pour leur(s) enfant(s) (n=22).....	63
Figure 8: Motifs de consultation en médecin générale des douze derniers mois des femmes victimes de violences conjugales consultant les structures spécialisées.....	64
Figure 9: Abord des violences conjugales en consultation avec le.la médecin généraliste (n=33).....	65
Figure 10: Souhait de dépistage par le.la médecin généraliste (n=33).....	66
Figure 11: Avis des répondantes quant au rôle de dépistage des médecins généralistes (n=29).....	66
Figure 12: Liens entre médecin généraliste et auteur de violences en consultation (n=33)...	67
Figure 13: Conditions de consultation vis-à-vis de l'auteur des violences (n=10).....	67
Figure 14: Influence du genre du.de la médecin sur la facilité à parler des violences subies (n=25).....	68
Figure 15: Répartition du nombre de morts violentes au sein du couple en France en 2018	100
Figure 16: Ratio entre le nombre de morts et la population par département d'après l'Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, 2018.....	101
Figure 17: Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois selon l'âge, d'après les résultats de l'ENVEFF.....	102
Figure 18: Roue du pouvoir et du contrôle.....	103
Figure 19: Campagne d'information du Plan global de lutte contre les violences faites aux femmes (2005-2007).....	104
Figure 20: Campagne d'information du plan global triennal de lutte contre les violences faites aux femmes (2008-2010).....	104
Figure 21: Campagne du plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes (2011 – 2013).....	104
Figure 22: Campagne d'information du 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019).....	104
Figure 23: Campagne du plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes (2011 – 2013).....	104
Figure 24: Campagne du 4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016).....	104
Figure 25: Note d'information.....	115
Figure 26: Affiche salle d'attente.....	116

Table des tableaux

Tableau 1: Freins liés aux professionnel-le-s de santé, d'après les travaux de la Dr Manon Dautrevaux.....	36
Tableau 2: Freins liés au cadre professionnel, d'après les travaux de la Dr Manon Dautrevaux.....	36
Tableau 3: Freins liés à la victime, d'après les travaux de la Dr Manon Dautrevaux.....	36
Tableau 4: Attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste.....	68
Tableau 5: Victimes de violences conjugales enregistrées par les forces de sécurité en 2018.	99
Tableau 6: Contacts des réseaux nationaux d'aide aux victimes de violences conjugales. .	105
Tableau 7: Contacts du réseau de soins de proximité en Corrèze.....	106
Tableau 8: Contacts du réseau médico-social de proximité de Corrèze.....	106
Tableau 9: Contacts du réseau judiciaire de proximité de Corrèze.....	108
Tableau 10: Contacts du réseau de soins de proximité en Creuse.....	109
Tableau 11: Contacts du réseau médico-social de proximité de Creuse.....	109
Tableau 12: Contacts du réseau judiciaire de proximité de Creuse.....	110
Tableau 13: Contacts du réseau de soins de proximité en Haute-Vienne.....	111
Tableau 14: Contacts du réseau médico-social de proximité de Haute-Vienne.....	111
Tableau 15: Contacts du réseau judiciaire de proximité de Haute-Vienne.....	113
Tableau 16: Expression libre concernant les attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste.....	120

Introduction

Les violences conjugales constituent un problème de santé publique pour lequel les médecins généralistes peuvent avoir une place centrale quant au dépistage et à l'orientation des victimes. « *Un consensus existe sur le fait que la consultation médicale chez le médecin généraliste est un outil précieux pour rompre le cycle de la violence* » (1). La réalité des statistiques ne peut que nous mettre face à la responsabilité des médecins généralistes. De nombreuses thèses ont déjà mis en évidence leur réticence au dépistage (2). Un des freins soulevés dans les différentes thèses est le manque de connaissance des réseaux pour une orientation optimale. En effet, il n'existe pas, à notre connaissance, de répertoire spécifiquement destiné aux professionnel·le·s de santé. Notre travail s'est attaché à référencer les structures de soutien du Limousin spécialisées dans l'aide aux victimes des violences conjugales. D'autre part, nous nous sommes questionnées sur les attentes des victimes envers leur médecin généraliste.

Cette thèse ne traitera qu'une partie des victimes de violences conjugales. Les violences pédiatriques ne seront pas abordées car constituent un sujet à part entière. D'autre part, bien que les violences conjugales puissent exister envers les hommes, elles ne seront pas non plus abordées. En effet, en 2018, 88 % des victimes de violences conjugales enregistrées par la gendarmerie ou les services de police sont des femmes (3). (Un tableau récapitulatif est disponible en annexe 1.) Il semble ainsi pertinent de se consacrer à cette partie des victimes. La thèse s'intéressera donc tout particulièrement aux femmes victimes de violences conjugales.

En préambule, nous définirons les violences conjugales et leurs mécanismes de mise en place, nous décrirons les politiques publiques et recommandations médicales élaborées et dresserons un état des lieux des violences conjugales du point de vue de la médecine générale.

La première partie de thèse sera consacrée à la présentation des réseaux de prise en charge de victimes de violences conjugales. Ces données seront diffusées grâce au site internet Déclicviolence (4). Ce site, créé en Auvergne, est destiné aux professionnel·le·s de santé. Il est d'ailleurs cité comme ressource par la Haute Autorité de Santé dans la recommandation de bonne pratique qui concerne le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple (5).

La seconde partie de thèse présentera l'étude AVIC-MG réalisée auprès des femmes victimes de violences conjugales en Limousin. Celle-ci a cherché à savoir si les femmes victimes de violences conjugales consultent leur médecin généraliste et quelles seraient leurs attentes vis à vis de cette dernière.

Généralités

1. Données épidémiologiques des violences conjugales

1.1 Les morts violentes

1.1.1 En France

Une femme meurt tous les 3 jours sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint (6). En France, durant l'année 2018, l'Étude nationale sur les morts violentes au sein d'un couple rapporte 195 tentatives d'homicide au sein du couple. Elle comptabilise 149 morts violentes dont 121 femmes, soit 81,2 % (7). Les morts se répartissent selon trois catégories : l'assassinat qui est prémédité, le meurtre qui est le fait de donner volontairement la mort à autrui et les violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de meurtres. Il est à noter que parmi les morts violentes de l'année 2018, les violences conjugales avaient été rapportées pour 77 victimes. C'est sans compter les décès par suicide des victimes de violences. D'autre part, la mortalité maternelle suite aux violences conjugales dans un contexte de grossesse n'est pas spécifiquement comptabilisée (8).

Dans 79,2 % des cas, l'auteur de violences est un homme. Concernant les 31 femmes auteures d'homicide, 15 d'entre elles étaient victimes de violences au sein du couple, soit 48,4 %. L'OMS rappelle que « *les femmes qui tuent leur partenaire intime masculin agissent souvent par autodéfense, après avoir subi des actes continus de violence et d'intimidation* » (9).

Si on ajoute à cela les homicides collatéraux (nouveaux partenaires ou membres de la famille), les violences conjugales sont responsables de 231 décès sur l'année 2018 (3).

La MIPROF soulève dans sa dernière Lettre de l'Observatoire des violences faites aux femmes que le nombre de décès tend à diminuer depuis les premières enquêtes. Entre 2006 et 2012, 150 à 180 féminicides ont été comptabilisés, tandis que depuis 2013 on en dénombre entre 120 à 130 (3). Durant l'année 2019, selon les sources et les définitions, on recense entre 121 et 149 féminicides.

1.1.2 En Limousin

En 2018, 16 victimes sont comptabilisées en Nouvelle-Aquitaine, une d'entre elles en Limousin, plus précisément en Haute-Vienne. En 2017, aucune victime de mort violente au sein d'un couple n'était à déplorer. En 2016, on en dénombrait une dans chacun des départements du Limousin (7). Cependant pour les rapports de 2016 et 2017, seules les morts au sein de couples officiels étaient recensées. Les cartes répertoriant les victimes par départements sont disponibles en annexe 2 et 3.

1.2 Les violences

L'Enquête Nationale des Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) est la première enquête statistique de grande ampleur réalisée en France (10). Elle s'est déroulée par téléphone, dans l'année 2000 auprès de 6970 femmes de 20 à 59 ans résidant en

métropole, hors institution (11). Elle a mis en évidence qu'une femme sur 10 vivant en couple était victime de violences conjugales. Ce chiffre était triplé pour les femmes qui ne sont plus en couple. La moitié des victimes de violences conjugales en parlait pour la toute première fois. L'enquête révélait également que les femmes étaient plus exposées aux violences dans leur vie de couple que dans les lieux publics ou au travail. (Les résultats sont disponibles en annexe 4.)

D'après l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) menée par l'INSEE, l'ONDRP, le SSMSI entre 2012 et 2018, 219 000 femmes entre 18 et 75 ans déclarent subir des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint (12). Toutes les catégories socio-professionnelles sont concernées.

Le cumul des enquêtes CVS menées entre 2015 et 2019 objective que 86 % des femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de violences conjugales ont subi des violences physiques. 80 % ont subi des atteintes psychologiques ou des agressions verbales. Les violences sexuelles concernaient 29% des victimes et 15 % des victimes ont subi à la fois des faits de nature physique et sexuelle (3).

L'enquête Virage (Violences et rapport de genre) menée en 2015 par l'INED auprès de 16000 femmes de 20 à 69 ans a montré qu'environ 2 % des femmes étaient victimes de violences conjugales de nature sexuelle (13).

« La grossesse est par ailleurs un moment clé pour le dépistage des violences : des violences sont constatées dans 3 à 8 % des grossesses et le taux de violences est encore 3 à 4 fois supérieur en cas de grossesse non désirée selon l'ENVEFF » (1).

Selon une enquête de l'Observatoire régional des violences faites aux femmes du Centre Hubertine Auclert, menée en 2017 et 2018 auprès de 302 femmes d'Île de France accompagnées par des structures spécialisées (ayant consulté en unité médico-judiciaire ou ayant consulté un·e avocat·e), 9 femmes victimes de violences conjugales sur 10 subissent également des cyberviolences de leur (ex-)partenaire. Les cyberviolences sont réparties comme suit : 93 % des femmes interrogées ont subi au moins une forme de cybercontrôle de la part de leur partenaire ou ex-partenaire, 82 % ont déjà subi au moins une fois du cyberharcèlement, 58 % des femmes ont subi au moins une forme de cyberviolence administrative, 34 % des femmes ont subi au moins une forme de cyberviolence sexuelle, 34 % ont subi des cyberviolences via leurs enfants (14).

« L'OMS a évalué que les femmes victimes de violences perdent entre 1 et 4 années de vie en bonne santé et que la prise en charge ambulatoire d'une femme victime coûte deux fois et demie plus cher que la prise en charge d'autres femmes » (1).

L'épidémiologie permet de mesurer l'envergure du phénomène sous ses différents aspects. Comme la plupart des faits de violences, il résulte de mécanismes parfois longs et complexes, qu'il est nécessaire d'étudier.

2. Les mécanismes de mise en place

Il existe plusieurs modèles expliquant les mécanismes d'installation des violences conjugales.

2.1 Le cycle de la violence

Le cycle de la violence est décrit par la psychologue Lenore Walker en 1979.

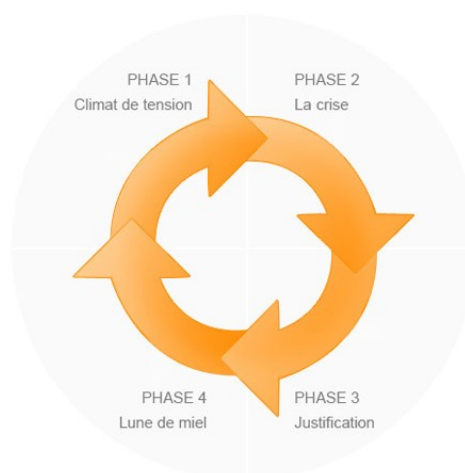
La première phase est dominée par la tension. L'un·e des partenaires crée un climat de peur en exprimant de l'impatience et de l'agressivité. La victime, anxieuse, craint l'explosion de violence et tente de répondre aux attentes de son·sa partenaire.

Puis la deuxième phase survient, celle de l'agression. Le·la partenaire humilie, blesse et domine la victime. Celle-ci ressent alors honte, peur et impuissance. Elle tente de se protéger comme elle peut : paralysie, défense, ou fuite.

Vient alors la troisième phase, celle de la justification. Le·la partenaire minimise son agression et fait admettre à la victime que la violence était légitime. La victime doute et finit par croire l'agresseur·euse. Elle modifie son attitude car croit être responsable.

Enfin, la phase de lune de miel se caractérise par l'accalmie. Le·la partenaire tente de regagner la confiance de la victime par des attentions. La victime croit alors à la perspective d'évolution et regagne espoir. Jusqu'à ce que le cycle se perpétue. Le cycle peut se répéter de plus en plus rapidement et de façon de plus en plus violente.

Figure 1: Le cycle de la violence (94)



2.2 La roue du pouvoir

La roue du pouvoir et du contrôle est décrite en 1981 (15). Ce modèle présente les huit techniques de domination exercées par le·la partenaire violent·e afin d'asseoir son pouvoir par le contrôle. On y retrouve la création d'un climat de peur et de tension, le recours à la violence verbale et psychologique, le recours à la violence physique, le recours aux

violences sexuelles, le recours à l'isolement, la minimisation et la négation des violences, le recours aux violences économiques et administratives ainsi que l'utilisation des enfants. Chaque technique correspond à des violences. (Le schéma de la roue du pouvoir est disponible en annexe 5.)

2.3 Dissociation et mémoire traumatique

La psychiatre Dr Muriel Salmona explique la genèse de l'emprise par la dissociation traumatique et la mémoire traumatique (16). Les violences conjugales créent un état de stress dépassé avec une sidération et une paralysie psychique. Vont alors se mettre en place des mécanismes de défense. D'une part, tant que la victime est au contact de l'agresseur·euse, il y a dissociation traumatique. Elle se traduit par « *une anesthésie émotionnelle et physique, un sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation, accompagné d'une perte des repères temporo-spatiaux* » (16). Selon la Dr Salmona, la dissociation traumatique annihile toute volonté à la victime. Il lui est donc « *très difficile de se projeter dans un autre espace, une autre vie, elle s'en sent incapable. Cet état facilite grandement l'emprise par l'agresseur qui en profite pour coloniser le psychisme de la victime et la réduire en esclavage* » (16). D'autre part, lorsque la victime n'est plus au contact de l'agresseur, et donc plus en dissociation traumatique, la mémoire traumatique se manifeste. C'est « *une mémoire émotionnelle des violences non intégrée et non consciente qui fait revivre à l'identique les pires moments de façon incontrôlée et envahissante* » (16). « *La victime, colonisée par ce discours, se sent coupable et honteuse, elle peut se croire folle, incapable et ressentir de la haine pour elle-même, ce qui rend toute prise de conscience de ses droits et toute révolte impossible.* »

La compréhension des mécanismes des violences conjugales est essentielle pour concevoir leur caractère chronique et complexe qui désarçonne souvent les professionnel·le·s de santé (2). De plus, il est intéressant de pouvoir l'expliquer aux victimes lors d'un dépistage afin de les déculpabiliser.

3. Définitions

Si les mécanismes de mise en place des violences conjugales sont capitaux à intégrer, il est d'autres concepts qui restent à préciser.

3.1 Conflit conjugal

La violence conjugale est différente du conflit conjugal. En effet, le conflit conjugal naît d'un désaccord, à partir duquel deux personnes égales, vont chacune tenter de se convaincre dans le but d'avoir raison à propos d'un sujet. Tandis que dans le cadre des violences conjugales, il existe un « *rapport de force ou de domination, basé sur un pouvoir asymétrique, vertical et rigide* » (17).

Le Professeur Roger Henrion rappelle que les violences conjugales se « *distinguent des conflits entre époux ou concubins, encore appelés « conjugopathies », par le caractère inégalitaire de la violence exercée par l'homme qui veut dominer, asservir, humilier son épouse ou sa partenaire* » (18).

3.2 Violences conjugales

Les violences conjugales, violences dans le couple ou encore violences entre partenaires intimes sont synonymes. Elles concernent les violences exercées par le·la conjoint·e ou partenaire, actuel·le ou précédent·e « *sans discrimination aucune, fondée notamment sur le sexe, le genre, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'âge, l'état de santé, le handicap, le statut marital, le statut de migrant ou de réfugié, ou toute autre situation* » (19).

L'administration française rappelle par l'intermédiaire du ministère de la justice qu'« *il y a violence conjugale quand la victime et l'auteur sont dans une relation sentimentale. Ils peuvent être mariés, concubins ou pacsés. Les faits sont également punis, même si le couple est divorcé, séparé ou a rompu son Pacs* » (20).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence d'un partenaire intime « *comme tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination* » (21).

Selon Amnesty international, « *les violences dans les relations intimes sont un ensemble de comportements, d'actes, d'attitudes, de l'un des partenaires ou ex-partenaires qui visent à contrôler et à dominer l'autre* » (22).

La HAS rappelle que « *la violence n'a pas d'intensité minimale puisqu'il n'y a pas de limite inférieure acceptable pour une blessure physique ou psychologique* » (23).

3.3 Violences à l'égard des femmes (ou liées au genre)

La France a ratifié la Convention du Conseil de l'Europe. Ce dernier s'est tenu à Istanbul en 2014. Il portait sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes. La Convention définit le terme « *violence à l'égard des femmes* » comme « *une violation des droits de l'homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes* », qui « *désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée* » (19).

D'autre part, la convention précise que « *le terme « genre » désigne les rôles, les comportements, les activités et les attributions socialement construits, qu'une société donnée considère comme appropriés pour les femmes et les hommes* » (19).

Si l'on souhaitait aller plus loin dans la compréhension des mécanismes de mise en place des violences conjugales, il faudrait sans doute étudier ces violences de genre. En effet, elles se retrouvent souvent utilisées pour légitimer voire banaliser les violences conjugales (23).

4. Les différents aspects des violences conjugales

Les violences conjugales peuvent prendre bien des formes qui, souvent se cumulent. Les plus visualisables sont probablement les violences physiques mais d'autres formes existent : les violences psychologiques, les violences sexuelles, les violences économiques, administratives et apparaissent également les cyberviolences. Sans oublier que les violences conjugales peuvent mener au décès des femmes.

4.1 Les violences physiques

Les violences physiques sont, selon la Convention du Conseil de l'Europe, « *les actes de violence physique commis intentionnellement à l'égard d'une autre personne* » (19). Il peut s'agir de bousculades, de pincements, de coups de poing ou de pied, de claques, de strangulations, de morsures, de brûlures, de torsions articulaires ou d'agression avec armes.

Nous pouvons ajouter à cela les mutilations génitales (excision, infibulation), les avortements et stérilisation forcés.

4.2 Les violences psychologiques et verbales

Les violences psychologiques selon la Convention du Conseil de l'Europe, sont définies comme tout acte commis intentionnellement, afin de « *porter gravement atteinte à l'intégrité psychologique d'une personne par la contrainte ou les menaces* » (19).

Il peut être question d'insultes, de cris, de menaces, d'intimidations, de chantage, d'interdictions, de harcèlement, d'imposition de croyance, d'extrême jalousie, de contrôle de déplacements. Il peut aussi y avoir des violences sur objet et sur animaux, comme la destruction de photos, d'objets ou de torture animale.

4.3 Les violences sexuelles

Les violences sexuelles sont définies comme « *la pénétration vaginale, anale ou orale non consentie, à caractère sexuel, du corps d'autrui avec toute partie du corps ou avec un objet ; les autres actes à caractère sexuel non consentis sur autrui ; le fait de contraindre autrui à se livrer à des actes à caractère sexuel non consentis avec un tiers* » (19). Ce qui comprend la contrainte à la prostitution.

4.4 Les violences économiques

Les violences économiques visent à réduire l'autonomie par la privation ou le contrôle des revenus, d'une activité professionnelle, ou le contrôle des dépenses.

4.5 Les violences administratives

Il existe également les violences administratives qui concernent notamment la confiscation de documents tels que la carte nationale d'identité, le permis de conduire, le livret de famille ou la carte vitale. S'ajoute à cela le mariage forcé.

4.6 Les cyberviolences

Les cyberviolences émergent avec les outils (ordinateur, smartphone,..) et espaces numériques (logiciels, applications, réseaux sociaux,...). Là encore, elles peuvent prendre plusieurs aspects :

- le cybercontrôle est défini comme les « *comportements répétés du·de la partenaire (ou ex) visant à connaître et vérifier régulièrement au moyen des outils numériques les déplacements et les relations sociales de sa·son partenaire (ou ex)* » (14)

Il comprend l'interdiction de communiquer, la confiscation de l'outil, l'utilisation de logiciel espion et l'obligation de divulguer les codes d'accès.

- le cyberharcèlement est l'« *utilisation d'appels, de SMS ou autres communications via les réseaux sociaux avec la volonté de faire du mal et qui par leur fréquence visent à envahir à distance le quotidien de sa partenaire (ou ex)* » (14).

Il peut s'agir d'insultes répétées, de menaces de violences ou de mort via les voies numériques.

- la cyberviolence sexuelle est l'« *utilisation de moyens technologiques pour filmer ou prendre des photos pendant un acte sexuel et menacer de les diffuser ou mettre la menace à exécution pendant la relation ou après la fin de celle-ci afin d'humilier* » (14).

- la cyberviolence économique représente l'ensemble des « *comportements facilités par les outils numériques visant à réduire l'autonomie financière et/ou à contraindre les démarches notamment administratives de sa partenaire (ou ex)* » (14).

Cela peut être la modification de « *mots de passe de compte bancaire ou administratif, de Pôle Emploi, de OFII, de la CAF afin d'en interdire l'accès ou pour un usage personnel* ». Il peut s'agir également « *d'utilisation d'informations privées obtenues sur son téléphone pour lui nuire* » (14).

-la cyberviolence via les enfants qui consiste à prendre « *contact avec les enfants pour continuer d'exercer un contrôle sur les actions et déplacements de sa·son partenaire (ou ex) et/ou pour la menacer* » (14).

4.7 Les féminicides (ou fémicides)

L'OMS définit plusieurs formes de féminicide.

- Le féminicide intime est l'homicide d'un partenaire intime féminin « *commis par un époux ou par un petit ami, actuel ou ancien* » (9).

- « *Les crimes liés à «l'honneur» impliquent une fille ou une femme qui est assassinée par un membre masculin ou féminin de sa famille parce qu'elle a ou est censée avoir commis une transgression sexuelle ou comportementale, notamment un adultère, des relations sexuelles ou une grossesse hors mariage – ou même parce qu'elle a été violée* » (9).

- Le féminicide lié à la dot est l'assassinat « *de jeunes mariées par des membres de leur belle-famille pour des conflits liés à la dot* » (9).

- « *Le féminicide non intime est commis par une personne qui n'est pas en relation intime avec la victime* » (9).

5. Le développement des politiques nationales de lutte contre les violences conjugales

Les politiques nationales de lutte contre les violences conjugales ont été mises en place après la publication des résultats de l'ENVEFF. Cinq plans interministériels se sont succédés (les affiches de certaines campagnes sont disponible en annexe 6).

Le premier plan (2005-2007) prévoyait le développement de lieux d'accueil de jour et de places d'hébergement d'urgence en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). Il a créé le 3919. Il engageait les professionnel·le·s à réaliser un entretien individuel systématique au quatrième mois de grossesse. Il suggérait l'écriture de recommandations pour les SAU et les Unités Médico-judiciaires (UMJ) (24).

Le second plan (2008-2010) proposait de fixer des règles déontologiques aux publicités, de sensibiliser le public aux mutilations sexuelles et mariages forcés. Il a instauré l'intervention auprès des auteurs de violences. Il stipulait la nécessité d'intensifier la formation des professionnel·le·s de santé en intégrant les violences conjugales dans une partie du programme national des étudiants en médecine (25).

Le troisième plan (2011-2013) a généralisé les « référent·e·s violences » sur tout le territoire. Il a entériné officiellement le 25 novembre comme la journée internationale de sensibilisation aux violences à l'égard des femmes. Il renouvelait la nécessité d'intégrer les violences aux formations des professionnel·le·s de santé. Il a organisé des campagnes de sensibilisation sur les violences sexistes et sexuelles au travail, la prostitution et la traite des êtres humains. Il a créé la MIPROF à qui l'on doit les Lettres de l'Observatoire national sur les violences faites aux femmes, les kits de formation et le site internet www.stop-violences-femmes.gouv.fr. (26)

Le quatrième plan (2014-2016) a instauré aux moments de dépôts de plainte, une mise en relation systématique des victimes avec une structure d'accompagnement (27). Il prévoyait que le 3919 fonctionne 24h/24 7j/7. Il généralisait le Téléphone Grave Danger. L'item Violences sexuelles est entré dans le programme des Épreuves Classantes Nationales (ECN) (1). Il prévoyait que les victimes puissent bénéficier d'une prise en charge à 100 % au titre de l'Affection Longue Durée. Il a saisi la Haute Autorité de Santé afin de se prononcer sur un protocole national de prise en charge des victimes de violences sexuelles.

Le cinquième plan (2017-2019) a interdit le recours à la médiation familiale. Une expérimentation est menée en zones rurales pour la prise en charge des transports vers les structures de prise en charge. Une campagne de communication est menée sur la déresponsabilisation des victimes. De nouveaux publics sont visés : les jeunes femmes et les femmes en situation de handicap, aussi une convention est prévue entre le 3919 et 3977. Les cyberviolences sont prises en compte et des enquêteurs de gendarmerie formés. Le plan a créé un parcours de sortie de prostitution.

Le premier grenelle des violences conjugales s'est déroulé entre septembre et novembre 2019. De nouvelles mesures sont proposées : la création d'une plateforme de géolocalisation des Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO), d'un dispositif électronique anti-rapprochement dans le cadre judiciaire, d'un retour sur expérience de l'ensemble des professionnel·le·s à chaque féminicide. Les armes seront désormais saisies dès le premier dépôt de plainte et la mise en place d'un·e référent·e violences conjugales au

sein des parquets encouragée. Une convention entre hôpitaux et forces de l'ordre sera à créer afin de permettre le dépôt de plainte dans les hôpitaux. Enfin, un nouveau site internet est lancé : www.arretonslesviolences.gouv.fr.

D'abord symptomatiques puis étiologiques, les plans de lutte se sont étoffés et diversifiés. Ainsi les différents gouvernements, se sont progressivement, mais tardivement emparés de la problématique des violences conjugales.

6. La progression des recommandations médicales quant à la prise en charge des violences conjugales

Les recommandations ont progressivement évolué, d'abord sur le versant de la gynécologie puis vers un champ plus large.

6.1 Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, rapport au ministère chargé de la santé

Le rapport est rédigé en 2001 par un groupe d'expert·e·s présidé par le Professeur Roger Henrion. Il aborde notamment le rôle du médecin et les difficultés qu'il·elle rencontre. Enfin le rapport conclut sur dix actions à mettre en place rapidement. Parmi lesquelles :

« Sensibiliser les médecins et les professionnels de santé. Les inciter à dépister les violences conjugales au moindre soupçon. Mettre à leur disposition des fiches techniques simples rappelant les questions à poser pour dépister les violences, la manière de rédiger les certificats, l'importance d'évaluer la gravité de la situation et d'orienter la patiente au mieux de ses intérêts. Organiser des formations multidisciplinaires sur le sujet pour tous les professionnels de santé. »

« Encourager la formation de réseaux facilitant la coordination entre les médecins généralistes, les hospitaliers, les médecins spécialistes, notamment les psychiatres, les travailleurs sociaux, les membres des associations, en choisissant un animateur qui soit reconnu de tous à l'échelon local. Recenser au niveau régional les réseaux qui se constituent et en diffuser l'existence. Envisager une astreinte téléphonique assurant une permanence de nuit. »

« Établir dans chaque hôpital des protocoles de repérage, de prise en charge, de protection et d'intervention. »

« Organiser à l'échelon local, des rencontres entre les médecins et les autres intervenants : magistrats, policiers, gendarmes, travailleurs sociaux, membres des associations. »

« Assurer la mise à l'abri de la femme victime de violences : hospitalisation sous X, solutions d'hébergement d'urgence, le cas échéant avec les enfants » (28)

6.2 Dépistage des violences faites aux femmes

En 2004, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) publie à l'occasion des vingt-huitièmes journées nationales les recommandations rédigées par le Professeur Roger Henrion concernant le dépistage et l'orientation des violences faites aux femmes. Y sont consignés les nombreux signes devant faire suspecter les violences et les

questions de dépistage en l'absence de tout signe perceptible : « *Dans le climat de violence où nous vivons, avez-vous été l'objet de violences ? Était-ce dans le cadre familial ? Vous entendez-vous bien avec votre mari ou compagnon ? Qu'est-ce qui vous rend triste ? Voulez-vous m'en parler ?* » (18).

Il y est également décrit la marche à suivre en cas de dépistage positif : évaluation de la gravité, constitution du dossier médical et des certificats, informations et orientation des victimes vers les services appropriés (hospitalisation, unité médico-judiciaire, service de police ou de gendarmerie, associations spécialisées).

6.3 La préparation à la naissance et à la parentalité

En 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le dépistage des femmes enceintes dans le contexte de préparation à la naissance et à la parentalité. Elle préconise de les questionner à propos de leur sentiment d'insécurité. Il s'agit d'explorer les facteurs de vulnérabilité dans le but de mettre en place des « actions coordonnées ». Elle recommande un « *travail en réseau de professionnels activé autour de la femme et du couple : sage-femme et puéricultrice de PMI, technicienne d'intervention familiale, médecin traitant, psychologue, etc.* » (29).

6.4 Le Certificat Médical Initial

La HAS a publié en 2011 une recommandation de bonne pratique à propos du certificat médical initial concernant une personne victime de violences (30).

6.5 Le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées

En 2016, la HAS recommande dans le cadre du suivi et de l'orientation des femmes enceintes de « *vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant* » (31).

6.6 Le repérage et accompagnement en CHRS des victimes et auteurs de violences au sein du couple

Il est à noter que l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a publié en 2017 des recommandations de bonnes pratiques professionnelles à propos du repérage et de l'accompagnement en CHRS des victimes et auteurs de violences au sein du couple (17).

6.7 Le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

En septembre 2019, la HAS publie sa première recommandation médicale spécifiquement dédiée aux violences conjugales. Cette recommandation de bonne pratique aborde dans un premier temps le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, ainsi que l'évaluation des signes de gravité (32). Puis dans un second temps sont abordés la mise sous protection, l'orientation et le certificat médical initial (5).

7. État des lieux des violences conjugales en médecine générale

Au delà des évolutions législatives, des politiques publiques et des recommandations médicales, il est nécessaire de réaliser un état des lieux pratique du dépistage des violences conjugales en médecine générale.

7.1 Les victimes en médecine générale :

D'après le rapport Cadre de Vie et Sécurité de 2019, le nombre de femmes victimes de violences sexuelles et/ou physiques s'élève à 213 000. Ce nombre est donc très en deçà de la réalité puisqu'il ne prend pas en compte les violences psychologiques, économiques ou les cyber-violences. Parmi les victimes cohabitantes avec l'auteur, seulement 15 % ont consulté un·e médecin (33).

Les victimes ont entrepris des démarches dans 31 % des cas. Elles ont procédé comme suit : 15 % ont vu un·e médecin, 14 % un·e psychiatre ou un·e psychologue, 14 % les forces de l'ordre et 12% les services sociaux. Le numéro vert et les associations spécialisées n'ont pas pu être comptabilisés faute de résultats (33). Le·la médecin est donc le·la premier·ère interlocuteur·rice des victimes. « *Parce que la violence conjugale est cause de nombreux troubles médicaux et parce qu'ils sont souvent les premiers (voire les seuls) interlocuteurs pour les victimes, les professionnels de santé doivent savoir repérer les victimes, leur apporter les soins et le soutien dont elles ont besoin, les orienter vers d'autres professionnels (centres d'accueil ou d'hébergement, justice, travailleurs sociaux)* » (53).

Le Docteur Gilles Lazimi, médecin généraliste en centre de santé à Romainville, a mené une enquête au sein de sa patientèle en 2004. Il a pratiqué le dépistage systématique des violences conjugales auprès de 100 patientes. « *Résultats : 49 % ont subi des violences verbales ou psychologiques, 31 % des violences physiques, 21 % des violences sexuelles. Des chiffres corroborés par une quinzaine d'études similaires* » (35) (36).

Le site Décliviolence nous informe que « *Dans nos salles d'attente, 3 à 4 femmes sur 10 peuvent être victimes de violences conjugales. Pourtant, les médecins généralistes déclarent voir seulement 2 cas par an...Les travaux de thèse des Docteurs Anne-Lise Bolot et Marianne Dechenaud ont retrouvé respectivement 28,9% et 44% de femmes ayant subi des violences de couple (tous types confondus) en consultation de médecine générale. Dans l'étude du Dr Dechenaud, chaque médecin a rencontré au moins un cas de violences actuelles sur une durée d'une à deux semaines. Le problème de violences était connu du médecin dans moins d'un cas sur 3* » (4).

L'enjeu principal est donc le dépistage. Comme le souligne la Docteur Ghada Hatem, « *Aucun praticien n'a les moyens d'assurer un suivi complet, aussi faut-il orienter les victimes vers des professionnels formés et dédiés* » (37).

7.2 Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

Les violences conjugales constituent un enjeu de santé publique tant sur le plan des conséquences médicales que sur leur coût (32). Pourtant leur dépistage est mal systématisé alors même qu'un des signes de repérage est le recours multiple au médecin traitant pour des plaintes diverses et répétées. Le dépistage des violences conjugales nécessite une

implication du·de la médecin généraliste. Son rôle est souligné depuis de nombreuses années et le besoin de formation inscrit dans de nombreux plans triennaux. Alors quels sont les freins au dépistage ?

La Docteur Manon Dautrevaux a réalisé en 2016 une revue de littérature qui a permis d'identifier un certain nombre de freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires. Elle a pu les classer en trois catégories. Ceux liés aux professionnel·le·s de santé, liés au cadre professionnel et liés à la victime (2).

Tableau 1: Freins liés aux professionnel·le·s de santé, d'après les travaux de la Dr Manon Dautrevaux

Les freins liés aux professionnel·le·s de santé

sentiment d'impuissance et de frustration, peur de l'échec dans la prise en charge
manque de formation et de connaissance
désaccord du·de la professionnel·le avec un dépistage systématique
manque d'habileté pour aborder le sujet ou malaise face au sujet
sentiment d'isolement du·de la médecin
thème générateur d'angoisse pour le·la médecin, reflet du propre vécu, bouscule les représentations
méconnaissance des réseaux
peur d'être intrusif·ve
caractère tabou du sujet
sous-estimation de l'ampleur de la problématique
banalisation des violences, minimisation en « conflit familial »
représentations réductrices
crainte des représailles du conjoint

Tableau 2: Freins liés au cadre professionnel, d'après les travaux de la Dr Manon Dautrevaux

Les freins liés au cadre professionnel

contraintes liées au temps de consultation et disponibilité personnelle
peur des retombées médico-légales
connaissance et suivi médical de l'agresseur
difficultés dans la rédaction du certificat médical initial
peur d'un manque d'objectivité du fait de la position de médecin de famille
absence de symptômes spécifiques chez la victime

Tableau 3: Freins liés à la victime, d'après les travaux de la Dr Manon Dautrevaux

Les freins liés à la victime

- du point de vue du·de la médecin :
dissimulation de la violence subie
ambivalence des victimes, remise en cause de l'authenticité des violences et de leur crédibilité
- du point de vue de la victime :
peur, honte, déni, culpabilité qui empêchent les patientes de se livrer
crainte des représailles de l'agresseur
méconnaissance du rôle du médecin dans la prise en charge des violences
ne s'identifie pas comme victime
peur d'être jugée ou de ne pas être crue
crainte pour les enfants (risque de placement)
méconnaissance du secret médical
crainte financière si elle quitte le domicile

Les Dr Amélie Boismain et Marie Gaudin ont montré dans leur étude qualitative à propos des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage que « *les médecins sont demandeurs de coordonnées des associations locales et d'un site accessible de référencement officiel (avec associations, logements d'urgence, numéro de téléphone d'un référent). Tous les médecins sont en demande de mieux « connaître le réseau » et de « rencontrer les intervenants », « d'avoir des choses concrètes, [...] du pratique »* (38)

7.3 Les attentes des victimes envers leur médecin généraliste

Selon la HAS, « *D'une façon générale, les patientes sont plus enclines à révéler des situations de violences si le sujet est abordé par leur médecin »* (52). Il existe peu d'études récentes réalisées en France sur ce sujet. Néanmoins, Le Bars et al. ont mené une étude qualitative en 2015 en Rhône-Alpes auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, recrutées via les structures de soutien et volontaires pour raconter leur histoire. Cette étude corrobore la revue de littérature précédemment citée (2), tant quant aux freins à l'expression des victimes (peur d'être jugée, peur de ne pas être crue, honte ou encore conviction que le médecin ne pourra pas les aider) que vis à vis de l'attitude du·de la médecin (manque d'attention, absence d'informations sur les violences conjugales, manque d'empathie). L'enquête met en lumière que les attentes des femmes victimes en matière de prise en charge concernent à la fois l'attitude du·de la médecin et ses actions lors de la consultation. Elles souhaitent un·e médecin doté·e de « *qualités humaines telles qu'une attitude d'écoute, ouverte sur leurs vécus intimes, une absence de mise de doute de leurs paroles et une meilleure mise en confiance pendant la consultation. Le médecin doit questionner les femmes au moindre doute, les informer sur les violences, les orienter vers des structures adaptées et se former à la prise en charge des violences conjugales »* (39). Elles soulignent le caractère complexe et chronique. « *Le médecin doit s'adapter au rythme de la patiente et la laisser libre de ses choix »* (39).

La Docteur Laura Landzberg a également exploré la perception des femmes victimes de violences conjugales sur la place du·de la médecin généraliste dans leur parcours initial et leurs attentes. Elle a réalisé une étude qualitative par entretiens auprès de 57 femmes reçues par SOS Femmes 13 à Marseille (40). Ses conclusions sont les suivantes, les femmes recherchent auprès de leur médecin généraliste :

- des conseils et une orientation bienveillante « *sans utiliser le « il faut » qui les maintient dans la position d'objet et en tant qu'objet elles ne sont pas en posture d'agir »* (40).
- écoute, compréhension, et soutien notamment à travers une attitude verbale et non verbale empathique.
- des questionnements pour prendre conscience et savoir que la porte est ouverte, tout en respectant la temporalité des victimes. « *C'est une autorisation tacite à parler »* (40).
- une alerte des autorités si elles ou leurs enfants sont en grave danger.
- une reconnaissance de leurs souffrances.
- une impartialité si le·la médecin connaît le conjoint ou des amis, et une prise de position. En effet, « *elles attendent qu'on les aide à prendre conscience de ce qui est normal et pas normal »* (40).
- un travail en réseau.

Il existe relativement peu d'études françaises, surtout quantitatives, qui explorent spécifiquement les attentes des victimes envers leur médecin généraliste, ce qui a motivé ce travail de recherche.

I. Les moyens de lutte contre les violences conjugales

Dans cette partie, les détails du système judiciaire, des fonctionnements des gendarmeries et commissariats ne seront pas abordés. Nous nous concentrerons dans un premier temps sur les différentes structures nationales puis dans un second temps sur les structures locales. Les recherches quant aux réseaux locaux vont permettre d'enrichir l'annuaire de Déclicviolence. D'autre part, cette partie permet de découvrir le fonctionnement des différents réseaux.

I.1. Les symboles

Les symboles jouent un rôle important dans la sensibilisation du grand public. Le ruban blanc est le symbole international de la lutte contre les violences faites aux femmes.

L'ONU a instituée depuis 1977 le 8 mars comme la Journée internationale des Droits des femmes, mais la France ne l'officialise qu'en 1982 à l'initiative du Mouvement de Libération de la Femme et de la ministre déléguée aux droits des femmes Yvette Roudy. L'ONU reconnaît aussi le 25 novembre comme la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes (depuis 1999), le 6 février comme la Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines (depuis 2012) et le 11 octobre comme la Journée internationale des Droits des filles (depuis 2012).

I.2. Les numéros nationaux

I.2.1. Les numéros d'urgence

Le 15 est dédié aux urgences médicales.

Le 17 permet de joindre la police et la gendarmerie.

Le 18 permet de joindre les pompiers.

Le 112 est le numéro d'appel unique européen pour accéder aux services d'urgence, valable dans l'Union européenne.

Le 114 est le numéro d'urgence pour les personnes sourdes ou malentendantes victimes ou témoins d'une situation d'urgence, qui sollicitent l'intervention des services de secours (en remplacement des 15, 17, 18).

Le 115 est le numéro unique de demande d'hébergement d'urgence.

I.2.2. Les numéros d'écoute, d'information et d'orientation

Le 39 19 : Violences Femmes Info

C'est un numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de toutes formes de violences (violences conjugales, violences sexuelles, violences au travail, mutilations sexuelles féminines, mariages forcés), ainsi qu'à leur entourage et aux professionnel·le·s concerné·e·s. Il assure une écoute, une information, et, en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge. Il

est anonyme. Il est accessible et gratuit en métropole et dans les DOM 7 jours sur 7. Le numéro est ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 22 h, les samedi, dimanche et jours fériés de 9h à 18h. Le 3919 n'est pas un numéro d'appel d'urgence.

Le 0 800 05 95 95 : SOS Viols-Femmes-Informations

Ce numéro est destiné aux femmes victimes de viol ou d'agressions sexuelles, à leur entourage et aux professionnel·le·s concerné·e·s.

C'est un numéro d'écoute national et anonyme. Il est accessible et gratuit depuis un poste fixe en métropole et dans les DOM du lundi au vendredi de 10 h à 19 h. Il assure écoute, soutien, information, accompagnement, aide pour faire valoir les droits en justice, orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge.

Le 3977 : Fédération 3977 contre la maltraitance

Ce numéro national est dédié aux risques de maltraitance envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap.

Le 116 006 : Numéro national de l'aide aux victimes.

Ce numéro est destiné aux victimes d'infraction pénale, leurs proches et les professionnel·le·s concerné·e·s. Ce numéro gratuit et anonyme est disponible 7j/7 de 9h à 21h. Il repose sur une équipe de dix écoutant·e·s expert·e·s qui offrent une première information et proposent une mise en relation avec les associations d'aide aux victimes ou tout service partenaire susceptible d'être approprié.

I.3. Les réseaux nationaux

Tous les contacts des réseaux sont disponibles en annexe 7.

I.3.1. FNCIDFF Fédération Nationale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

Le premier centre d'information est créé en 1972. Le FNCIDFF assure la direction nationale du réseau des 111 CIDFF sur tout le territoire français, les départements et territoires d'Outre-Mer. Les CIDFF couvrent 1 422 points d'informations de proximité, développés en milieu urbain et rural. Ils informent, orientent et accompagnent le public, en priorité les femmes, dans les domaines de l'accès aux droits, de la lutte contre les violences sexistes, du soutien à la parentalité, de l'emploi, de la formation professionnelle, de la création d'entreprise, de la sexualité et de la santé.

La FNCIDFF est aussi un centre de documentation et de formation, qui assure une veille juridique, analyse les données statistiques qu'il recueille auprès de son réseau et forme les professionnel·le·s de son réseau (41).

I.3.2. FNSF Fédération Nationale Solidarité Femmes

Solidarité Femmes lutte contre les violences faites aux femmes. Elle s'inscrit dans le mouvement de transformation des relations femmes-hommes fondé sur l'égalité. Elle fédère 67 associations. Toutes partagent une analyse socio-politique féministe de la violence exercée à l'encontre des femmes.

Les missions de la fédération regroupent la mise en sécurité des femmes en danger et le (re)logement des femmes accompagnées ou hébergées. Elle procède à une veille concernant les informations juridiques pour l'information du public, à la formation des professionnel·le·s et a aussi un rôle consultatif auprès des élu·e·s et des pouvoirs publics (42). La FNSF a créé en 1992, le service national d'écoute téléphonique 3919 – Violences Femmes Info.

I.3.3. France Victime : Fédération nationale des associations d'aide aux victimes

Ce réseau est destiné à toutes les victimes. Il n'est pas spécifique des violences conjugales, bien qu'il y apporte une attention toute particulière.

Créée en 1986, la fédération rassemble 130 associations professionnelles qui ont pour objectifs l'accueil, l'écoute et l'aide psychologique des victimes. France Victime accompagne les victimes durant les étapes des procédures et les informe sur leurs droits (différence entre la main courante et la plainte, modalités du dépôt de plainte, de l'indemnisation des préjudices,...). Elle propose un accompagnement social et l'orientation vers les structures spécialisées. La fédération assure la formation des intervenant·e·s des associations ou service en relation avec des victimes. Elle participe aux recherches, propose des améliorations législatives ou réglementaires. Elle informe l'opinion et les pouvoirs publics. Elle a également une mission de veille quant au respect et à la mise en œuvre des accords, conventions et autres instruments nationaux, européens et internationaux relatifs aux droits des victimes (43). La fédération a créé le numéro national d'aide aux victimes 116 006.

I.3.4. CFCV Collectif Féministe Contre le Viol

Le Collectif Féministe Contre le Viol est créé en 1985, initialement en réaction contre les viols commis dans les lieux publics devant des témoins passifs. Ensuite les missions se sont multipliées. Désormais ses objectifs sont de lutter contre le viol (extra et intra-familial), les violences et les agressions sexuelles. Le collectif donne la parole aux victimes afin de briser le silence qui fait « *de la victime un coupable* » (44). Il réalise des études et « *participe à la construction d'une société fondée sur l'égalité entre les femmes et les hommes et la reconnaissance de leur propre identité et dignité* » (44).

Aussi, le CFCV présente une activité de permanence téléphonique depuis le 8 mars 1986 avec le 0 800 05 95 95 VIOLS–FEMMES–INFORMATIONS destiné aux victimes de viols et agressions sexuelles, à leur entourage et aux professionnel·le·s concerné·e·s. D'autre part, il organise des groupes de parole, propose un accompagnement au procès, et participe à la formation des professionnel·le·s en Île-de-France. Il est en réseau avec les associations ad hoc en régions.

I.3.5. MFPF Mouvement Français pour le Planning Familial

Le MFPF regroupe les différents plannings familiaux de Métropole et des DOM. C'est une association féministe d'éducation populaire. La Confédération nationale est à la tête d'un réseau de 13 fédérations régionales et 76 associations départementales. Le planning milite pour l'égalité entre les femmes et les hommes en luttant contre les violences et les discriminations liées au genre et à l'orientation sexuelle. Il défend le droit à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'avortement. (45).

I.3.6. Femmes solidaires

C'est un réseau de plus de 190 associations locales réparties en Métropole et dans les DOM TOM. C'est un mouvement féministe, d'éducation populaire qui défend les valeurs de laïcité, de mixité, d'égalité pour les droits des femmes, de liberté et de paix. Femmes solidaires informe (notamment au travers d'un magazine d'actualité féministe Clara-magazine), « *sensibilise sur les droits des femmes afin de contribuer à l'évolution des mentalités vers une société libérée des rapports de domination* » y compris dans le milieu éducatif. Les permanences offrent écoute, conseils, orientation et accompagnement. L'association peut également se porter partie-civile dans les procès relatifs aux violences faites aux femmes (46).

I.3.7. FDFA Femmes pour le Dire Femmes pour Agir

FDFA est une association qui lutte depuis 2003 contre « *la double discrimination qu'entraîne le fait d'être femme et handicapée* » (47). Elle a pour objet de promouvoir la place des femmes handicapées dans la société et leur participation à la vie sociale et publique, quelle que soit la nature de leur handicap. Elle assure une mission de conseil, d'accompagnement et de soutien dans leurs démarches. Elle organise des conférences, des groupes de paroles, des ateliers d'accompagnement, notamment vers l'emploi. Il existe des permanences juridiques, sociales et psychologiques.

I.3.8. Voix de femmes

Voix de Femmes est une association féministe et antiraciste créée en 1998. Elle lutte « *contre le mariage forcé et toutes les formes de discriminations et de violences en lien avec le contrôle du choix amoureux et de la sexualité* » (48). Elle a pour mission l'accompagnement de toute personne en danger de mariage forcé. Elle vient en aide aux filles et garçons, membres de leur entourage menacés ou qui souhaitent les aider, ainsi que les professionnel-le-s. D'autre part, elle sensibilise, informe et forme à la prévention du mariage forcé (49).

I.3.9. Fédération Nationale GAMS

La Fédération Nationale Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des mariages forcés et autres pratiques traditionnelles délétères à la santé des femmes et des enfants (GAMS) est une association laïque et apolitique créée en 1982. Elle a pour objectif « *la lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes, aux adolescentes, aux filles, et la promotion de la santé maternelle et infantile en direction des populations immigrées et issues des immigrations* ». Ainsi, elle contribue « *à l'éradication des pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations sexuelles féminines, les mariages forcés et/ou précoces d'adolescentes, les tabous nutritionnels, les grossesses rapprochées et la répudiation* » (50).

I.4. Le réseau existant en Limousin

Dans chaque département, une Déléguée Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité (DDDFE) est à la tête du réseau. Son objectif est de faire reculer les inégalités entre les sexes et ce dans de nombreux domaines (social, familial, professionnel, politique,...) (51). Elle a un rôle d'expertise, de pilotage, d'animation et de coordination de réseaux (38). Le réseau de chaque département a été recensé avec leur aide précieuse. Tous les services et structures présentés ci-après sont gratuits.

I.4.1. En Corrèze

Le réseau corrézien est résumé en annexe 8.

- Déléguée Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité

- Accueil de jour : Inform'Elles

Inform'Elles disposent de deux accueils de jour, un à Tulle et un à Brive. Ils sont tous les deux gérés par l'association SOS violences conjugales 19. Elle accueille toutes les victimes (de violences conjugales, familiales, sexuelles ou de prostitution) accompagnées ou non d'enfant que ce soit pour une question, un conseil, un contact ponctuel ou régulier.

L'accueil de jour est un lieu de refuge et de mise en protection en cas d'urgence. C'est aussi un lieu d'écoute spécialisée, d'informations et d'accès aux droits, de conseils pratiques et d'orientation. C'est un lieu propice aux échanges et à la convivialité. Il permet de comprendre les mécanismes des violences conjugales, d'anticiper une crise, de favoriser des prises de décisions. Il soutient la préparation d'un départ du domicile. L'accueil permet de prendre le temps d'élaborer un projet et de rompre l'isolement.

Des animations collectives sont régulièrement proposées comme par exemple les ateliers Café Bien Etre, Café Beauté, Atelier Cuisine, Paroles de Femmes ou encore le Yoga du Rire. D'autre part, des services sont mis à disposition (douche, bibliothèque, accès internet...). L'accueil de jour propose une action pour les mères et les enfants, Les Mots pour le Dire. Ce temps d'expression et d'échanges s'appuie sur des activités ludiques et pédagogiques, afin d'aborder le sujet de la violence avec l'enfant, de l'aider à identifier ses émotions et de le soutenir.

L'équipe de l'accueil de jour se compose de professionnelles travailleuses sociales et d'intervenant-e-s bénévoles. Il existe une permanence spécialisée à destination des femmes en situation de handicap.

- Associations

- **Le Roc**

Le Roc est une association créée en 1983. Elle gère plusieurs pôles : urgence, intégration, insertion et asile.

Le pôle urgence regroupe les activités du N°115.

Le pôle insertion gère les CHRS le Roc Brive, le Roc Tulle et Solidarellles. Cette dernière

structure offre 19 places en structure collective spécifiquement dédiées aux femmes victimes de violences conjugales et à leurs enfants. Ce pôle gère également différents services tels que l'accompagnement vers et dans le logement (AVDL), et l'intermédiation locative destinée spécifiquement aux femmes victimes sortantes du CHRS Solidarelles ainsi que deux appartements à Brive qui pérennisent les structures collectives de Solidarelles.

Le pôle intégration comprend le centre provisoire d'hébergement pour les personnes dont la demande d'asile est acceptée ; le service d'accompagnant des réfugiés.

Le pôle asile gère l'Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile, le CADA.

- **France Victime / ARAVIC (Association de réinsertion des délinquants et d'aide aux victimes en Corrèze)**

Cette association fait partie du réseau national France Victime. Elle propose à toutes les victimes d'infractions pénales accueil, accompagnement et orientation. Elle participe au dispositif du TGD. Elle assure les permanences au palais de justice de Tulle et de Brive-la-Gaillarde ainsi qu'au tribunal de police et au tribunal pour enfants.

- **SOS Violences Conjugales Corrèze**

Créée en 1990, elle adhère à la Fédération Nationale Solidarité Femmes. Issue d'aspirations féministes, elle apporte écoute, accompagnement, aide administrative et soutien pour toute personne victime de violences à l'intérieur de la cellule familiale ou de prostitution. L'association concentre plusieurs pôles.

Deux travailleuses sociales sont référentes départementales. Elles se relaient pour assurer l'accompagnement du public et la coordination des partenaires. SOS Violences Conjugales Corrèze gère l'accueil de jour et plusieurs pôles. Le pôle écoute et entretien assure une permanence téléphonique, électronique et physique, d'accompagnement individuel de toute personne victime. Il existe un pôle Prévention Information et Parcours de sortie de la prostitution. Il vient en aide aux personnes victimes de prostitution ou de traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle, qui souhaitent arrêter leur activité. D'autre part, il propose un accès aux droits et aux soins ainsi qu'un accompagnement vers le logement. Le pôle mène des actions de prévention et de formation sur la problématique de la prostitution. Le pôle formation propose des actions de sensibilisation, d'information et de formation à destination de professionnel·le·s et de bénévoles sur le département, entre autre du secteur médico-social, forces de l'ordre, magistrats, élu·e·s, associatifs, des collectivités ainsi que des actions de prévention en milieu scolaire et auprès d'étudiants.

SOS Violences conjugales assure une permanence délocalisée à Brive-la-Gaillarde, à destination des femmes en situation de handicap dans le but d'apporter une écoute spécialisée, des informations, conseils pratiques et orientation en fonction des demandes et besoins de la personne victime en situation de handicap.

- **CRIDFF Antenne Corrèze**

Il accueille, écoute, prodigue orientation et informations juridiques, civiles et pénales ainsi qu'une aide à l'insertion socio-professionnelle. D'autre part, il organise la sensibilisation et la prévention des violences au sein des établissements scolaires, auprès du grand public et au

sein des entreprises. Il participe aussi à la formation des partenaires travaillant au contact de femmes victimes de violences (police, gendarmerie, travailleur·euse·s sociaux·ales, médecins, magistrats...) Des permanences sont organisées au TGI de Brive-la-Gaillarde, à Tulle et Ussel.

- **Uss'Elles**

C'est une association qui met à disposition des victimes de violences conjugales et de leurs proches, un lieu d'accueil et d'écoute. Elle s'adresse autant aux victimes qui connaissent et vivent la violence qu'à celles qui craignent leur émergence. Aussi Uss'Elles propose une écoute téléphonique, des entretiens individuels sur rendez-vous et prodigue des informations. Il existe un partenariat avec une psychologue. Des groupes de parole et groupe de lecture sont également organisés. L'association dispose d'un logement d'urgence. Il est possible de se domicilier.

- **Hébergement d'urgence**

L'hébergement d'urgence est géré par Le Roc qui coordonne les logements de tout le département par l'intermédiaire du 115.

- **Référent·e hospitalier·ère**

Le référent hospitalier violences faites aux femmes sont au CH d'Ussel le Dr Mohammed Es Salhi, au CH de Tulle le Dr Vincent Mouret et au CH de Brive le Dr Pierre Bousquet.

- **Services médico-judiciaires**

- **Au CH de Tulle**

Les consultations médico-judiciaires sont menées par le Dr Vincent Mouret, au CH Tulle.

D'autre part, il existe une Unité d'Accueil pour les Personnes en Situation de Détresse psychologique et sociale dite « Passerelle ». Cette structure est ouverte depuis 1992 et accueille des personnes présentant des détresses psychosociales, syndrome dépressif réactionnel, situation de mal être, choc émotionnel (tentative de suicide, phobies scolaires, problématiques de violences conjugales...).

L'équipe est composée de médecins urgentistes, de psychiatres, de psychologues, d'infirmier·ère·s, de secrétaires médicales, d'assistante sociale, d'agent des services hospitaliers, de professeur·e des écoles et de cadre de santé. Le service est ouvert 24h/24 et 7 jours sur 7, après avis médical du service des urgences. L'admission peut également se faire dans le cadre de mutation inter service hospitalier. Le service dispose de 4 lits dans des chambres individuelles, un espace repas et un espace de détente avec télévision, jeux...

L'objectif principal est « de faire le point », avec le patient et son entourage. C'est un lieu de transition et de médiation où il est proposé une écoute privilégiée, une prise en charge basée sur la relation d'aide individualisée afin d'élaborer un projet répondant aux besoins des patients.

- **Au CH de Brive-la-Gaillarde**

Il n'existe pas d'UMJ à proprement parlé mais un protocole a été mis en place aux services des urgences pour coordonner les associations et l'équipe référente des violences conjugales. Elle est composée d'infirmier·ière psychiatrique, d'assistant·e social·e, de médecins urgentistes. Pour les réquisitions quant aux violences sexuelles, un protocole a aussi été mis en place avec les gynécologues de garde.

- Services judiciaires

- **Intervenante Sociale en commissariat et gendarmerie**

- **Bureau d'aide aux victimes**

Le bureau d'aide aux victimes est tenu par ARAVIC/France Victimes 19.

- **Le Conseil Départemental d'Accès au Droit (CDAD) de la Corrèze**

Le CDAD de la Corrèze offre à tous, sans discrimination et de façon confidentielle, des informations juridiques, un accompagnement à la réalisation de démarches juridiques et administratives, et une orientation vers les professionnel·le·s du droit compétent·e·s pour résoudre le problème posé.

- **TGI de Brive-la-Gaillarde**

- **TGI de Tulle ainsi que les Cours d'Assises**

- **Ordre des avocats**

I.4.2. En Creuse

Les contacts du réseau creusois sont résumés en annexe 9.

- Déléguée Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité

- Accueil de jour : Intermède 23

Intermède 23 est un lieu ouvert aux femmes victimes de violences conjugales avec ou sans enfant, aux personnes en situation de prostitution ainsi qu'aux témoins et aux proches.

C'est un lieu de proximité, convivial, gratuit et anonyme qui existe depuis 2014 et dépend du Comité d'Accueil Creusois. On y trouve prévention, accueil, soutien, écoute, informations, orientation et accompagnement (y compris physique). Il permet de prendre un temps de répit pour réfléchir, prendre de la distance, échanger et créer du lien social.

Intermède 23 est adapté à tous les moments : en amont, pour prévenir la violence, rompre l'isolement et le silence ; pendant un moment de crise, un départ et lors des démarches administratives et juridiques; après, pour accompagner la pérennisation du choix et pour témoigner auprès d'autres femmes du chemin parcouru et choisi. L'association dispose également d'un appartement protégé. L'accueil de jour s'inscrit également dans la démarche d'accompagnement au parcours de sortie de prostitution.

Des temps individuels et des ateliers collectifs sont proposés. Il existe des groupes de parole (Parole de femmes) mensuels co-animés avec une infirmière psychiatrique, des ateliers mensuels avec le CIDFF (Café juridique droits des femmes), des ateliers « estime de soi », pour gagner en confiance en soi et ainsi rompre avec l'emprise subie, des marches à pied dans la campagne, une orientation vers le CCAS et des ateliers de self-défense. Sur le plan pratique : Il existe un coin enfants adapté à chaque âge, un service lingerie, du matériel informatique (internet et imprimante), un téléphone et une consigne bagagerie pour anticiper un départ. La domiciliation y est possible.

- Associations :

- **CIDFF Antenne Creuse**

Le CIDFF de la Creuse fait partie du réseau national FNCIDFF. Il assure une activité d'accueil, d'écoute, d'orientation et d'informations juridique, civile et pénale aux femmes victimes de violences. D'autre part, il a pour objet la sensibilisation et la prévention des violences au sein des établissements scolaires, auprès du grand public et au sein des entreprises. Il participe également à la formation des partenaires travaillant au contact de femmes victimes de violences (police, gendarmerie, travailleurs sociaux, médecins, magistrats...)

- **France Victime 23 – ARAVIC**

Cette association existe depuis 1985. Elle fait partie du réseau France Victime. Ses missions sont l'accueil de toute personne qui s'estime victime d'une infraction pénale. Elle apporte une écoute privilégiée, des informations sur les droits et propose une aide psychologique. Elle

assure un accompagnement social et oriente si nécessaire vers des services spécialisés. Elle assure la gestion du TGD pour le département ainsi que la permanence du bureau d'aide aux victimes du tribunal de grande instance et du commissariat de Guéret.

- **Comité d'Accueil Creusois (CAC)**

Créé en 1975, le CAC est une association d'action sociale. Elle a pour motivation d'aider les personnes à recouvrer une autonomie personnelle et sociale. Ainsi le CAC présente plusieurs pôles d'actions. Le pôle hébergement d'urgence et insertion comprend Intermede, le CHRS, le dispositif ALT. Ce dernier s'adresse aux ménages sans logement, en cours d'expulsion, logés dans des habitations insalubres précaires ou confrontés à un cumul de difficultés financières. Le pôle migrant gère le centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) et le centre provisoire d'hébergement. Le pôle d'insertion par l'activité économique comprend deux activités la Banque de meubles et Chifo'net.

- **Hébergement d'urgence :**

Le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) est géré par le Comité d'Accueil Creusois. Une convention existe entre l'accueil de jour et le SIAO.

- **Référent·e hospitalier·ère**

La référente hospitalière « violences faites aux femmes » est la Dr Mouna Jeddi du service des urgences.

- **Services médico-judiciaires, accueil des victimes et pôle victimologie :**

- **Unité d'accueil des victimes**

Le service d'accueil des victimes est situé à proximité des urgences du CH de Guéret. L'équipe est composée de médecins (les docteurs Mouna Jeddi ou Dominique Sabot), d'une cadre de santé, Mme Valérie Teinturier, ainsi que deux assistantes sociales. Elle peut également faire appel à une équipe de liaison psychiatrique du CH La Valette.

Le service accueille, oriente, rédige le certificat médical initial, et peut recourir à des examens complémentaires. Il est possible de réaliser des hospitalisations de protection sous X. Une assistante sociale, Mme Isabelle Gorce est formée à l'audition et l'entretien d'enfants. En se rendant aux urgences, les victimes reçoivent les soins nécessaires. Selon leurs besoins, elles peuvent être acheminées jusqu'à l'UMJ du CHU de Limoges.

- **Le pôle victimologie**

Au sein du CH La Valette de Saint-Vaury se trouve l'unité de thérapie spécialisée. Elle se répartit en deux secteurs, l'unité familiale et l'unité de psycho-criminologie et victimologie. La psychologue spécialisée en criminologie et victimologie, Mme Kelly Lemarchand consulte sur rendez-vous sous le sceau du secret professionnel, sans avance de frais pour les adultes et les mineur·e·s.

- Services judiciaires :

- **Intervenant·e social·e en commissariat et gendarmerie**

Une assistante sociale du conseil départemental est informée à chaque report de situation de violences conjugales. Elle prodigue accueil, conseils, informations, accompagnement et orientation des victimes vers les structures spécialisées. Il s'agit d'Isabelle Gorce. Elle se déplace au sein des commissariats et gendarmeries ainsi qu'à domicile.

- **Le bureau d'aide aux victimes du TGI de Guéret**

Les permanences sont assurées par l'association France Victimes 23 / ARAVIC 23.

- **Le Centre Départemental de l'Accès aux Droits (CDAD) de la Creuse**

Créé en 2005, le CDAD de la Creuse a pour objectif l'accès aux droits de tous les concitoyens. Cette structure n'est donc pas spécialisée spécifiquement dans la prise en charge des violences, bien que cela fasse partie de ses champs de compétences. C'est un lieu d'information juridique et d'orientation. C'est un service public.

- **Le Tribunal de Grande Instance de Guéret**

- **L'Ordre des avocats**

I.4.3. En Haute-Vienne

Les contacts du réseau de la Haute-Vienne sont résumés en annexe 10.

- Déléguée Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité

- Accueil de jour : Association de réinsertion sociale en Limousin (ARSL)

L'accueil de jour du dispositif de lutte contre les violences conjugales et intrafamiliales est assuré par l'ARSL. Il est anonyme et gratuit et s'adresse aux femmes, avec ou sans enfant. L'accueil de jour est adapté aussi bien aux femmes qui connaissent des situations de violences conjugales installées qu'à celles qui craignent leur émergence. On y trouve une écoute basée sur la confidentialité et le respect des choix. Des informations relatives aux droits et aux dispositifs existants (notamment les solutions d'hébergement d'urgence) sont prodiguées ainsi qu'une aide concrète à l'accès aux droits, et aux démarches administratives à travers un accompagnement individualisé. Une orientation vers des services spécialisés est possible.

Un espace de documentation et d'accès aux communications est à disposition (téléphone, fax, accès internet,...) ainsi qu'un espace détente, restauration légère et douche. L'accueil de jour est tout à fait adapté aux victimes accompagnées d'enfants puisque sont proposés des temps d'échange et de partage avec l'enfant basé sur le jeu et les activités créatives.

- Associations

- **ARSL**

L'ARSL est une association créée en 1961. Elle se compose d'une équipe conséquente de travailleur·euse·s social·e·s, conseillère en économie sociale et familiale, éducateur·rice·s spécialisé·e·s et psychologue. Elle gère plusieurs pôles.

Le pôle insertion logement gère le dispositif de lutte contre les violences. Ce dernier est sous la responsabilité de la référente violence de Haute-Vienne, Mme Séverine Pereira ainsi que du cadre socio-éducatif M. Christophe Perriot. Le dispositif s'occupe des permanences téléphoniques 24h/24 7j/7. Le dispositif englobe plusieurs services et compétences. La partie hors hébergement est gérée par l'entité de Mots Pour Maux. Celle-ci est elle même divisée en deux sections distinctes (y compris géographiquement). La partie victimes propose l'accueil de jour et des entretiens individuels d'accompagnement. La section auteurs propose des entretiens d'accompagnement soit sur décisions de justice soit par démarche volontaire ainsi que des groupes de parole en milieu fermé. La partie hébergement pour victimes fonctionne avec 6 travailleurs sociaux. Une maison d'accueil d'urgence confidentielle peut accueillir 3 femmes et 5 enfants. Il existe une allocation logement temporaire de 11 places. Ce pôle gère également différentes solutions d'hébergements tels que le CHRS Augustin Gartempe, les lits halte soins santé (LHSS), le service logement et la maison d'enfants à caractère social.

Le pôle urgence rassemble le SIAO/115, le service de domiciliation, l'espace prévention santé (destiné aux personnes en situation de grande exclusion, en hébergement d'urgence, en demande de soins, en situation de migration sans domicile ni hébergement) et l'équipe de

travail social de rue.

Le pôle intégration regroupe le CADA, l'hébergement d'urgence de demandeurs d'asile, la structure de premier accueil pour demandeurs d'asile et le centre provisoire d'hébergement.

- **France Victime 87 – AVIMED (Association d'Aide aux Victimes et de MEDIation)**

C'est une association qui a vu le jour en 1984, elle fait partie du réseau France Victime. On y trouve une juriste, des psychologues spécialisées en victimologie et des médiateur·rice·s pénaux·ales. Ses missions sont l'accueil de toute personne qui s'estime victime d'une infraction ou un proche afin de lui offrir une écoute privilégiée, une information sur les droits, de lui proposer une aide psychologique, d'assurer un accompagnement social et d'effectuer si nécessaire une orientation vers des services spécialisés. Cette structure est également en lien avec les services judiciaires dans le cadre de la prévention de la délinquance, d'accompagnement de mineur.e pendant une procédure judiciaire, de la justice restaurative et de médiation pénale. Elle gère le TGD. D'autre part, l'association est le référent en cas d'attentats.

- **CIDFF du Limousin**

Le centre d'information sur les droits des femmes et des familles du Limousin fait partie du réseau national. L'équipe se compose de juristes et conseillères à l'emploi et à la formation professionnelle. Tous les services sont gratuits, confidentiels, personnalisés et proposés dans un contexte de neutralité politique et confessionnelle.

Il assure une activité d'accueil, d'écoute, d'orientation et d'informations sur les droits dans le domaine juridique, professionnel, économique, social et familial à toutes et tous, particulièrement aux femmes victimes de violences. L'accompagnement touche tant à l'accès au droit qu'à la lutte contre les violences sexistes, qu'au soutien à la parentalité, l'emploi, la création entreprise, l'éducation, la citoyenneté et la santé.

D'autre part, il a pour objet la sensibilisation et la prévention des violences au sein des établissements scolaires, auprès du grand public et au sein des entreprises. Il participe également à la formation des partenaires travaillant au contact de femmes victimes de violences (police, gendarmerie, travailleur·euse·s sociaux·ales, médecins, magistrats...).

- **Les centres de planification ou d'éducation familiales**

- **Hébergement d'urgence**

Le SIAO 87 est géré par l'ARSL.

- **Référent·e hospitalier·ère**

La médecin référente « violences faites aux femmes » est la Dr Alexandra Appert du service des urgences du CHU Dupuytren de Limoges.

- Services médico-judiciaires, accueil des victimes et pôle victimologie :

- **Unité Médico-Judiciaire du CHU Dupuytren**

L'unité médico-judiciaire accueille sur réquisition judiciaire suite à un dépôt de plainte, les victimes de coups et blessures, incluant les maltraitances sur mineur·e et violences sexuelles. Le médecin légiste établit une description des lésions afin de déterminer une incapacité totale de travail (ITT) et rédige un certificat médico-légal. Les victimes peuvent être reçues en urgence 7j/7 et 24h/24 notamment en cas d'agression sexuelle, de soumission chimique, ou en consultation programmée.

D'autre part, une consultation dédiée aux violences intra-familiales est menée par la Dr Moreau. Cette consultation ne nécessite pas de réquisition et permet d'établir un certificat médical initial. Il ne s'agit pas de consultations d'urgence.

- **L'unité d'accueil des victimes de violences sexuelles de l'hôpital Mère-Enfant**

L'unité d'accueil des victimes de violences sexuelles de l'hôpital Mère-Enfant reçoit également les victimes d'agression sexuelle sur réquisition.

- **Le pôle victimologie**

Il existe une unité de victimologie qui dépend du CH Esquirol. Elle est destinée aux victimes majeures de tous préjudices récents ou anciens. L'équipe se constitue d'une psychiatre, la Dr Murielle Artus, d'une psychologue et d'une infirmière spécialisée.

- Services judiciaires :

- **Intervenant·e social·e en commissariat et gendarmerie**

Un·e assistant·e social·e du conseil départemental est informé·e à chaque report de situation de violences conjugales afin d'apporter accueil, conseils, informations, accompagnement et orientation des victimes vers les structures spécialisées.

- **Le bureau d'aide aux victimes du TGI de Limoges**

- **Le CDAD de Haute-Vienne**

Le CDAD existe depuis 1992 en Haute-Vienne. Comme les autres CDAD, il a pour objectif l'accès au droit de tous les concitoyens. Cette structure n'est donc pas spécialisée spécifiquement dans la prise en charge des violences, bien que cela fasse partie de ses champs de compétences. C'est un lieu d'information juridique et d'orientation.

- **Le TGI de Limoges**

- **Les Cours d'Assises de Haute-Vienne**

- **L'Ordre des avocats**

Ainsi, il existe en Limousin un maillage d'associations et de structures spécialisées dans la prise en charge des victimes de violences conjugales. Certaines sont d'inspiration féministes, d'autres plus neutres. Les unes n'accueillent que les victimes, les autres tiennent à leur 'double rôle'. Cependant, certaines ressources manquent encore au réseau. Ainsi, pour pallier le manque de ressources, les membres des réseaux ont parfois recours à d'autres contacts informels (psychiatre libéral par exemple) ou à des structures non spécialisées (CMP). Les contacts des différents membres du réseau sont résumés en annexes 8-10.

II. Matériel et méthode

II.1. Le type d'étude

Notre travail d'étude s'inclut dans l'étude nationale AVIC-MG (Attentes des Victimes de violences Conjugales envers leur Médecin Généraliste). Il constitue la partie Limousine qui sera ensuite mise en commun avec les autres régions. Il s'agit d'une étude descriptive transversale multicentrique, réalisée dans 17 Départements de Médecine Générale à travers certaines régions françaises par différents internes de médecine générale. Sont concernés l'Auvergne-Rhône-Alpes (DMG de Clermont-Ferrand, de Lyon, de Grenoble et de Saint-Étienne), la Bretagne (DMG de Rennes), le Centre-Val de Loire (DMG de Tours), la Corse, le Grand Est (DMG de Reims, Nancy et Strasbourg), les Hauts-de-France (DMG de Lille), l'Île de France (DMG de Paris), la Nouvelle-Aquitaine (DMG de Bordeaux, Limoges, Poitiers), les Pays de la Loire (DMG de Nantes), et la Provence Alpes-Côte d'Azur (DMG de Marseille). L'étude a été pilotée par l'académie de Clermont-Ferrand. En Limousin, elle s'est déroulée en 2019 au sein des structures d'accueil de prise en charge des victimes de violences conjugales acceptant le projet. Elles faisaient toutes partie d'un réseau : France Victime, CIDFF ou de Solidarité Femmes.

II.2. Les hypothèses

Les hypothèses de notre travail sont qu'une partie des victimes consulte un·e médecin généraliste au moins ponctuellement, ce qui la rendrait accessible à l'initiation d'une prise en charge ; et qu'une majorité des femmes victimes de violences conjugales aimerait que le·la médecin généraliste aborde la question des violences conjugales.

II.3. Les objectifs

L'étude a deux objectifs.

L'objectif principal est d'observer si les femmes victimes de violences conjugales qui consultent les structures spécialisées dans l'accueil des victimes de violences conjugales, aimeraient être questionnées à propos des violences par leur médecin généraliste.

L'objectif secondaire est de décrire la population des femmes victimes de violences conjugales qui consultent les structures spécialisées dans l'accueil des victimes de violences conjugales et les caractéristiques de leur(s) consultation(s) en médecine générale au cours des douze derniers mois.

II.4. Les autorisations

Concernant la Commission Nationale Informatique et Libertés, une déclaration de conformité à la norme MR-004 a été déposée auprès de Mme Caroline Boyer-Capelle, déléguée à la protection des données de l'Université de Limoges de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Une autorisation a été accordée par le Comité Éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (Avis n° 14031977). Elle est disponible en annexe 14.

II.5. Les associations

Le recensement préalable des structures du Limousin a été réalisé dans chaque département avec l'aide des Déléguées Départementales aux Droits des Femmes et à l'Égalité. Toutes les structures étaient référencées par un réseau officiel national : France Victime, CIDFF ou Solidarité Femmes. Un rendez-vous avec chaque association a permis d'exposer le projet.

II.6. La durée de l'étude

Le recueil s'est déroulé sur 4 mois dans chacune des structures. En Limousin, les structures ont participé au recueil selon leur disponibilité entre avril et septembre 2019.

II.7. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les femmes majeures victimes de violences conjugales, consultant dans des structures d'aide aux victimes, écrivant et lisant le français pouvaient être incluses.

Les femmes qui se trouvaient dans une situation de prise en charge urgente, ou qui ne pouvaient remplir seules le questionnaire (non francophones, illettrées ou analphabètes) ont été exclues.

II.8. L'organisation au sein des structures

Afin d'informer les femmes, une affiche était mise en place dans les salles d'attente lorsque la disposition des locaux le permettait.

A l'issue de l'entretien organisant la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, les professionnels des structures ont proposé aux femmes éligibles de remplir le questionnaire. Les professionnel·le·s des structures pouvaient ainsi ne pas proposer le questionnaire s'ils jugeaient que cela nuirait à la prise en charge de ces femmes (nécessité de prise en charge urgente ou moment non adapté).

Les structures ont également recensé le nombre de refus des femmes sans les questionner ni les culpabiliser de leur choix.

II.9. Le questionnaire

Le questionnaire (disponible en annexe 13) a été réalisé, sur la base des données de la littérature, par un comité scientifique. Ce comité était composé de plusieurs chercheur·euse·s par régions et deux experts nationaux : Dr Gilles Lazimi et Dr Humbert de Fréminville. Le questionnaire a été conçu pour avoir une durée maximale de cinq minutes.

Des exemplaires papier et numériques ont été remis au·à la responsable des structures. Une notice d'informations était remise aux femmes avec le questionnaire. Elle stipulait la démarche de l'étude, le caractère libre et non obligatoire du questionnaire, l'anonymat et la possibilité de rétractation à n'importe quel moment.

Les coordonnées de l'investigateur·rice principal·e ainsi que celles du·de la référent·e par structure (idéalement psychologue) étaient notées à la fin du questionnaire pour que les femmes puissent se tourner vers cette personne en cas de difficultés.

II.10. Le remplissage et le recueil

Le remplissage du questionnaire se déroulait au sein de la structure, dans un endroit protégé, de façon anonyme et libre.

Des boîtes fermées, de « confection artisanale », étaient disposées afin de procéder au recueil. Elles étaient clairement identifiées. Le nom de l'étude y était inscrit ainsi que les coordonnées de l'interne.

Au moment du recueil, les professionnel·le·s des structures proposaient aux femmes de faire le point si elles le souhaitaient ou en ressentaient le besoin.

II.11. Les analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées par Céline Lambert de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. Le recueil des données a été réalisé avec le logiciel Redcap ; les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata.

II.12. L'étude de faisabilité préalable

Une étude de faisabilité a préalablement été menée dans un des centres Clermontois (Association Victime Écoute Conseils 63) de décembre 2018 à février 2019 par le Dr Vincent Pessiot (53). Ce travail a permis de réaliser les démarches administratives préalables à l'étude AVIC-MG, notamment auprès du CNGE.

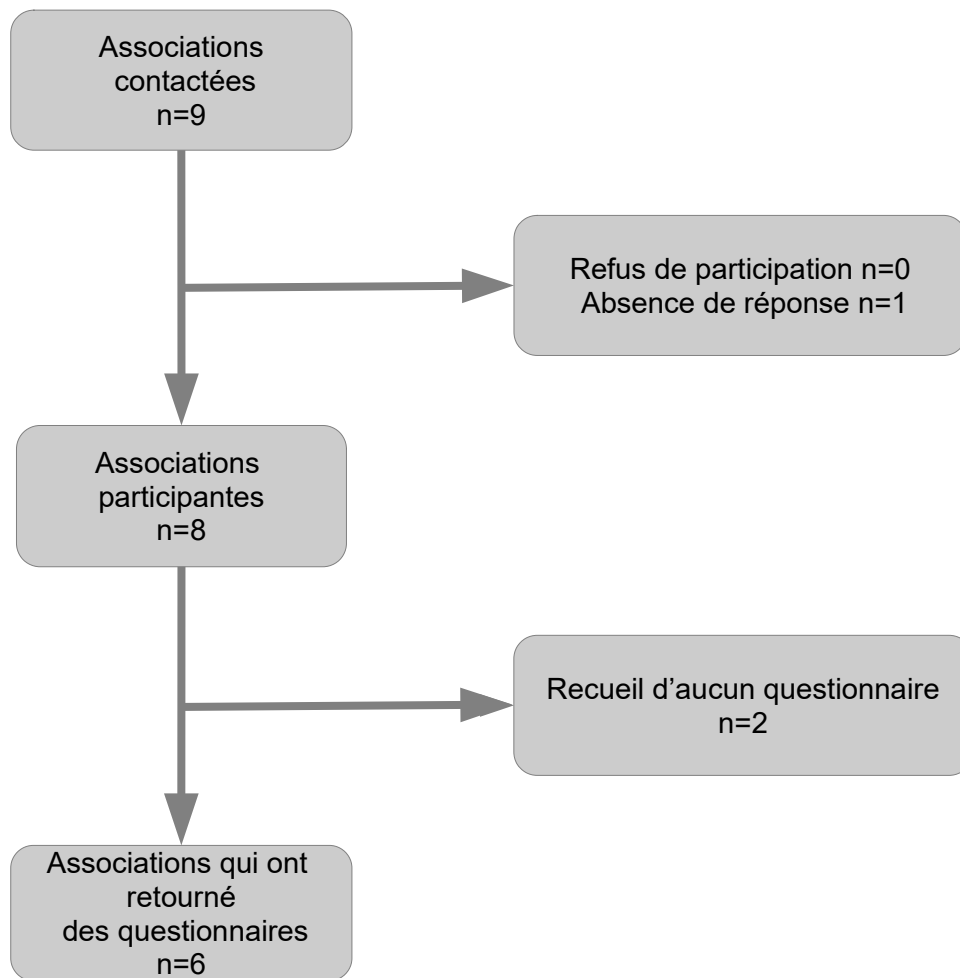
Dans cette étude, 13 questionnaires ont été remplis sur une période de 3 mois pour une structure qui a reçu durant l'année un total de 737 victimes. Sur les 13 questionnaires, seuls 5 ont été entièrement remplis. Les résultats n'ont pas été significatifs vu la faible puissance de l'étude. Cependant, 10 répondantes rapportaient n'avoir jamais été questionnées par leur généraliste sur la question des violences conjugales (77%). Onze (85%) auraient aimé que la question soit abordée par le médecin généraliste.

A la question 9 « *qu'est-ce qui vous a menée jusqu'à cette association ?* », une seule répondante a indiqué qu'il s'agissait de son médecin généraliste. Une seule personne a indiqué n'avoir jamais consulté un généraliste au cours des 12 derniers mois pour elle-même, mais toutes les répondantes ont vu un·e médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, y compris s'il s'agissait d'une visite concernant les enfants.

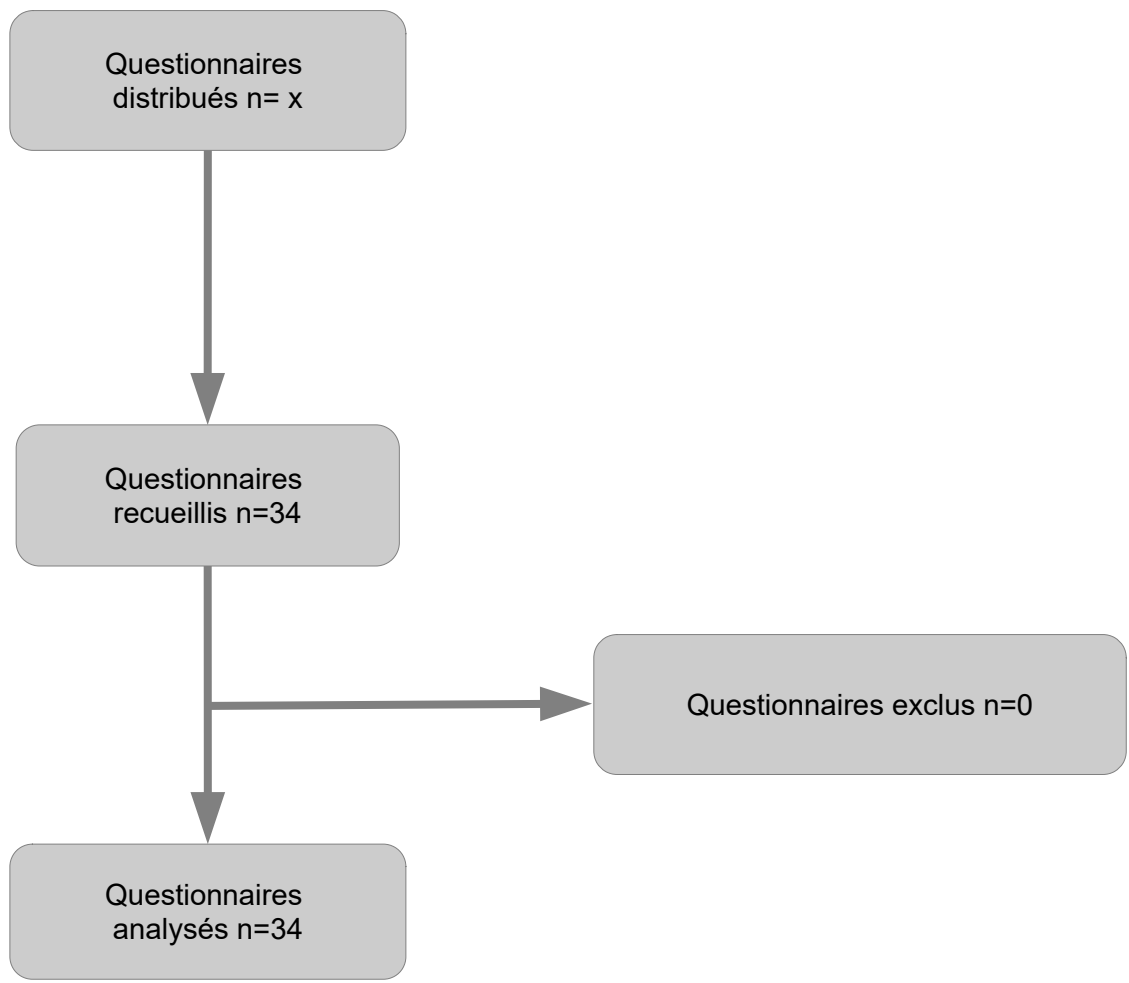
L'étude de faisabilité a permis d'améliorer les conditions de l'étude AVIC-MG. En effet, une correction a été apportée aux items de la question 6. Initialement, les répondantes pouvaient cocher « oui » ou « non » à la question « *Un médecin généraliste vous a-t-il déjà demandé si vous êtes victime de violences conjugales ?* ». Une des répondantes a coché « oui » et ajouté à côté « *parce que j'en ai parlé* ». Les items ont été reformulés avec une distinction « *oui, un médecin généraliste m'a déjà demandé si j'étais victime de violences conjugales* » et « *oui, c'est moi-même qui ai abordé la question* ».

Il est aussi ressorti de cette étude que le nombre de refus pourrait être intéressant à recueillir.

II.13. Diagrammes de flux



Dessin 1: Diagramme de flux des associations



Dessin 2: Diagramme de flux des questionnaires



III. Résultats

Durant les 4 mois de recueil, 34 questionnaires ont pu être totalisés. Huit structures ont participé à l'étude (Intermède23, France victime 23, CIDFF 23, France victime 87, ARSL, France victime/ARAVIC19, Uss'Elles, SOS violences conjugales 19). Les périodes de recueil étaient propres à chaque structure. L'étude dans sa globalité a démarré pour les structures les plus précoces en mars 2019 et s'est terminée pour les structures les plus tardives en septembre 2019.

III.1. Population étudiée

III.1.1. Age des répondantes

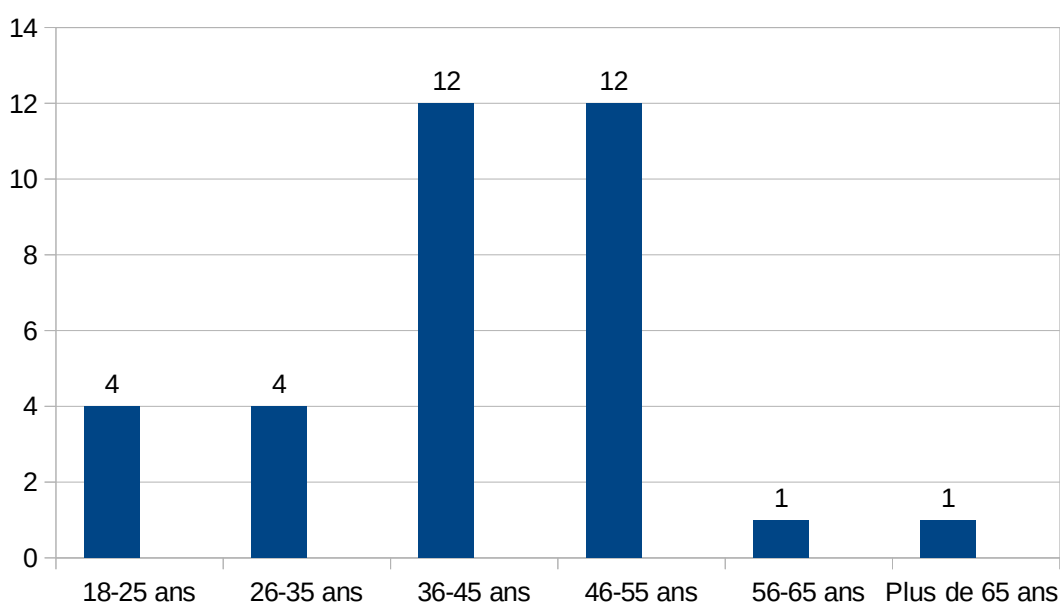


Figure 2: Répartition des répondantes selon leur catégorie d'âge (n=34)

Les deux catégories les plus représentées au sein de l'échantillon étudié étaient les 36-45 ans et les 46-55 ans avec chacune 35 % des répondantes. Les catégories 18-25 ans et 26-35 ans représentaient chacune 12 % des répondantes. Les catégories 56-65 ans et plus de 65 ans représentaient 3 % chacune.

III.1.2. Nombre d'enfant(s)

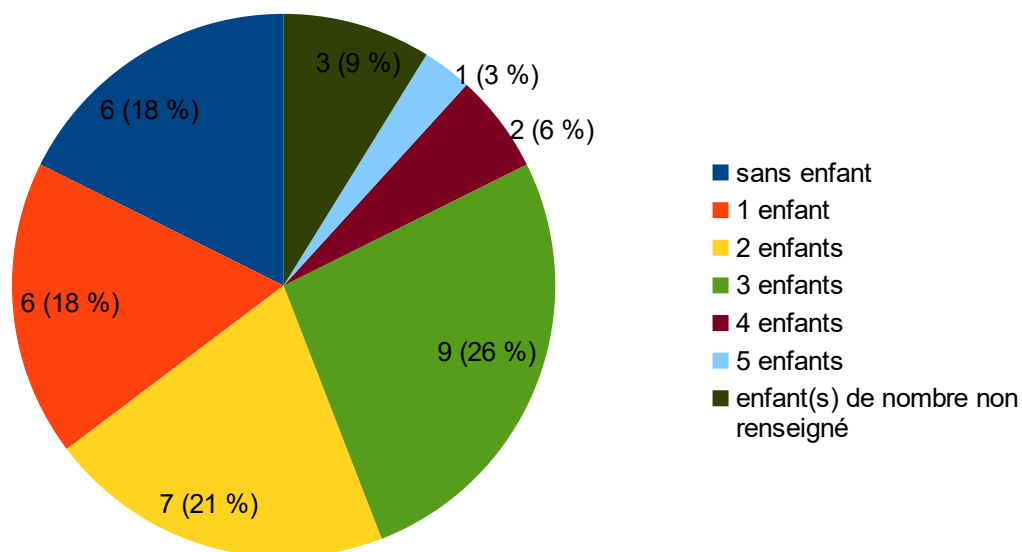


Figure 3: Nombre d'enfant(s) par répondante (n=34)

La grande majorité des femmes de l'échantillon total avaient des enfants (82 %), le plus souvent 3.

III.1.3. Types de violences subies

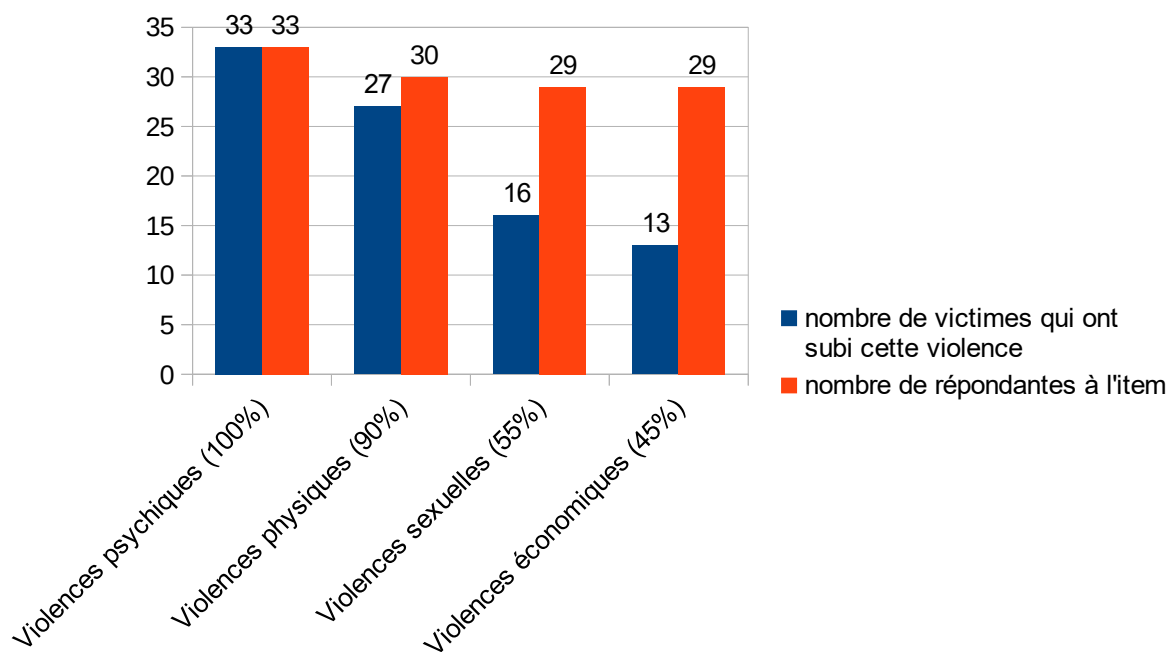


Figure 4: Types de violences subies

Les violences se cumulent. Toutes ont subi des violences psychiques, 90 % des violences physiques, 55 % des violences sexuelles et 45 % des violences économiques.

III.1.4. Orientation vers les structures de soutien

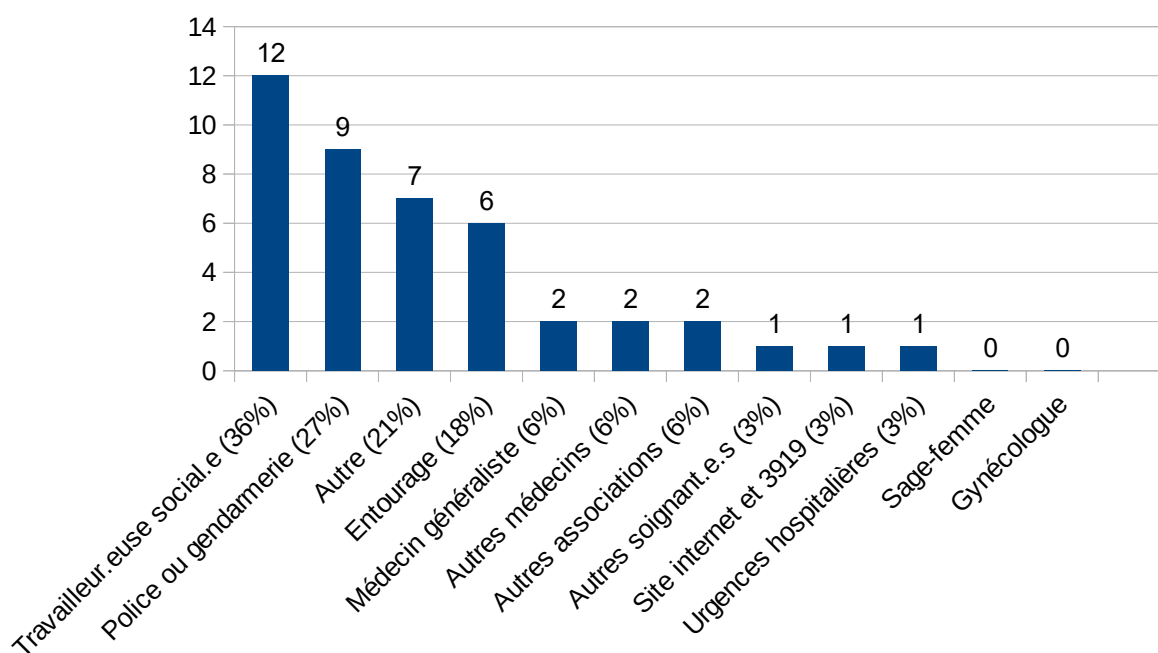


Figure 5: Personnes ayant orienté les femmes victimes vers l'association de soutien (n=33)

Sept femmes ont écrit dans la section « autre » : « procédure de médiation pénale suite à une plainte », « publicité sur le journal », « ma mère + article dans le journal local », « CIDFF », « assistante sociale », « moi et la juge des enfants », « appel centre violence faites au femmes ».

La plupart des victimes ont été orientées vers l'association partenaire de l'étude par des travailleur.euse.s sociaux.ales et les forces de l'ordre. Seules deux femmes ont été orientées par leur médecin généraliste.

III.2. Caractéristiques de consultations

III.2.1. Nombre de consultations chez le·la médecin généraliste dans l'année

- Consultations pour les femmes victimes

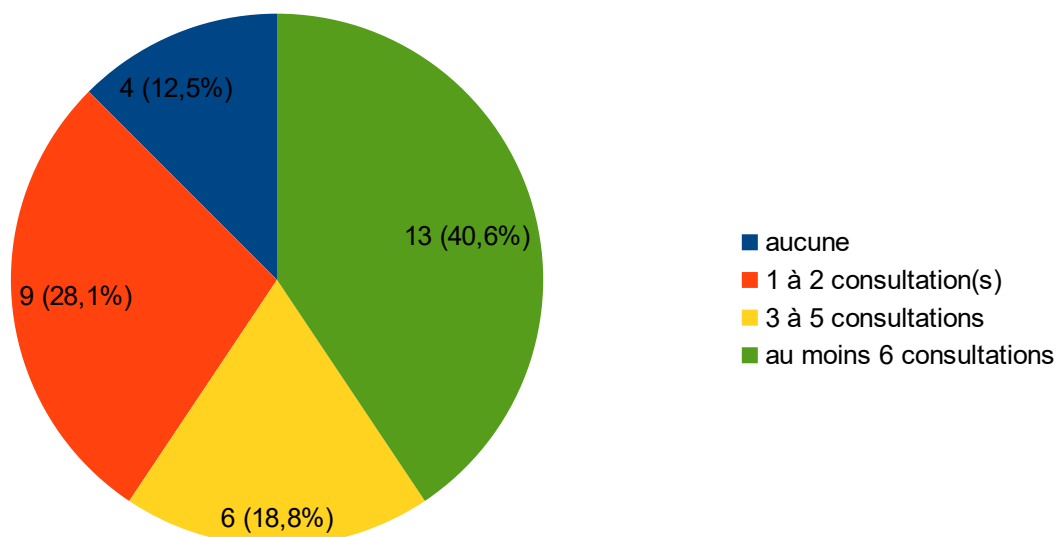


Figure 6: Nombre de consultation(s) chez le·la médecin généraliste dans l'année (n=32)

La majorité (87%) des répondantes ont consulté au moins ponctuellement, et la plupart (41%) ont consulté au moins 6 fois leur médecin généraliste dans l'année.

- Consultations pour leur(s) enfant(s)

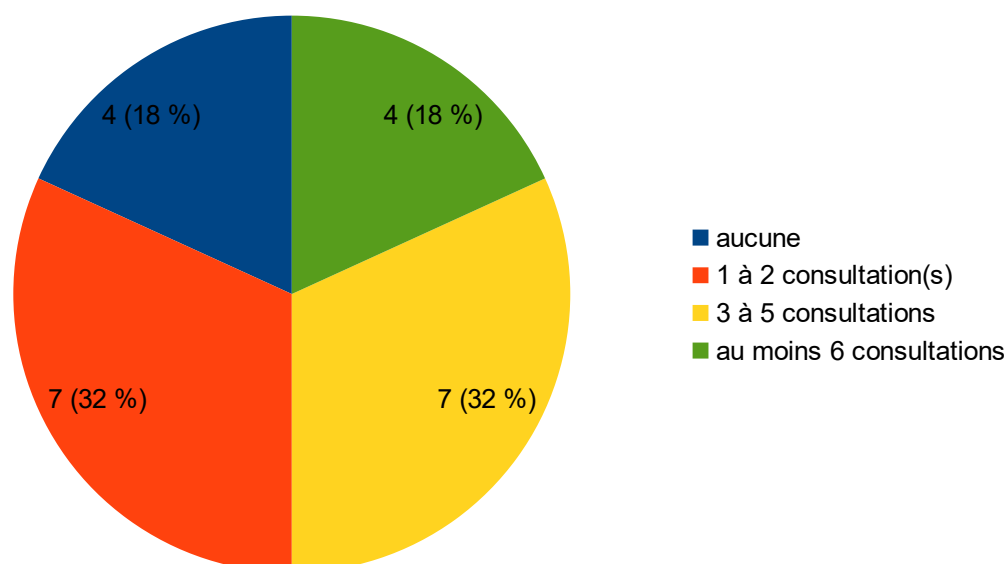


Figure 7: Nombre de consultation(s) chez le·la médecin généraliste pour leur(s) enfant(s) (n=22)

Une majorité de victimes (82%) a consulté au moins ponctuellement leur médecin généraliste pour leur(s) enfant(s).

III.2.2. Motifs de consultation chez le-la médecin généraliste dans l'année

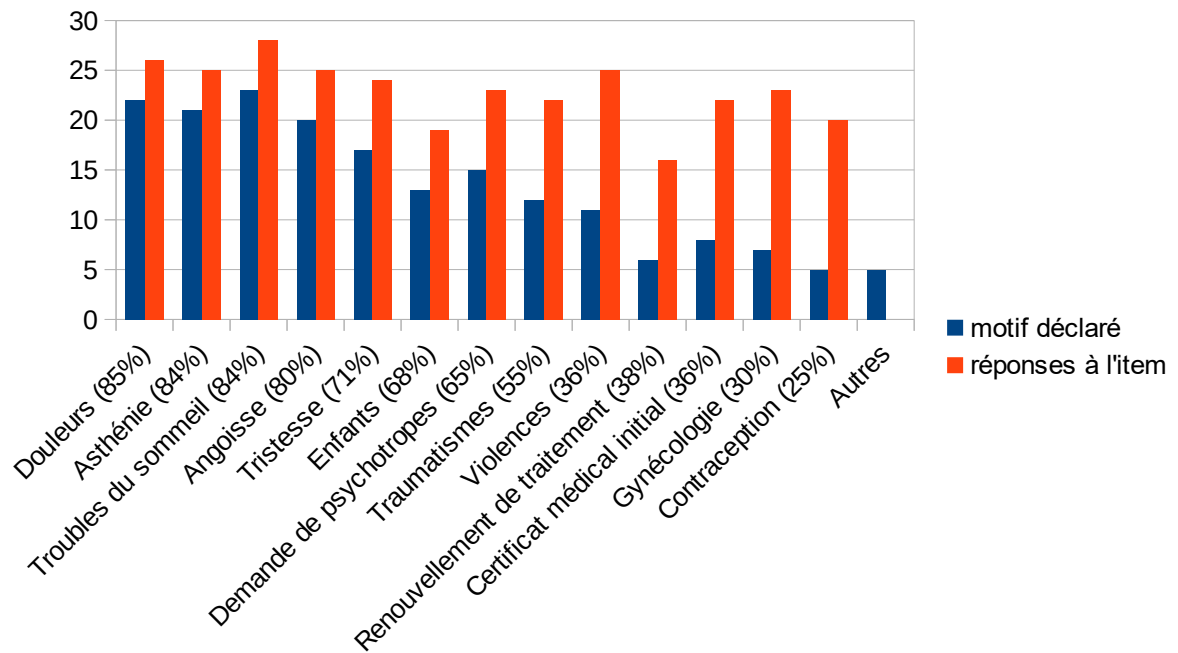


Figure 8: Motifs de consultation en médecine générale des douze derniers mois des femmes victimes de violences conjugales consultant les structures spécialisées

Parmi les raisons données dans la catégorie « autres », il y avait « RQTH », « altération de l'état général, fièvre », « juste visite pour maladie bénigne », « somatisation+++ crise de tétanie/suspicion SPA, mal de dos » et « douleurs abdominales ».

III.3. Dépistage des violences conjugales

III.3.1. Abord des violences conjugales avec le·la médecin généraliste

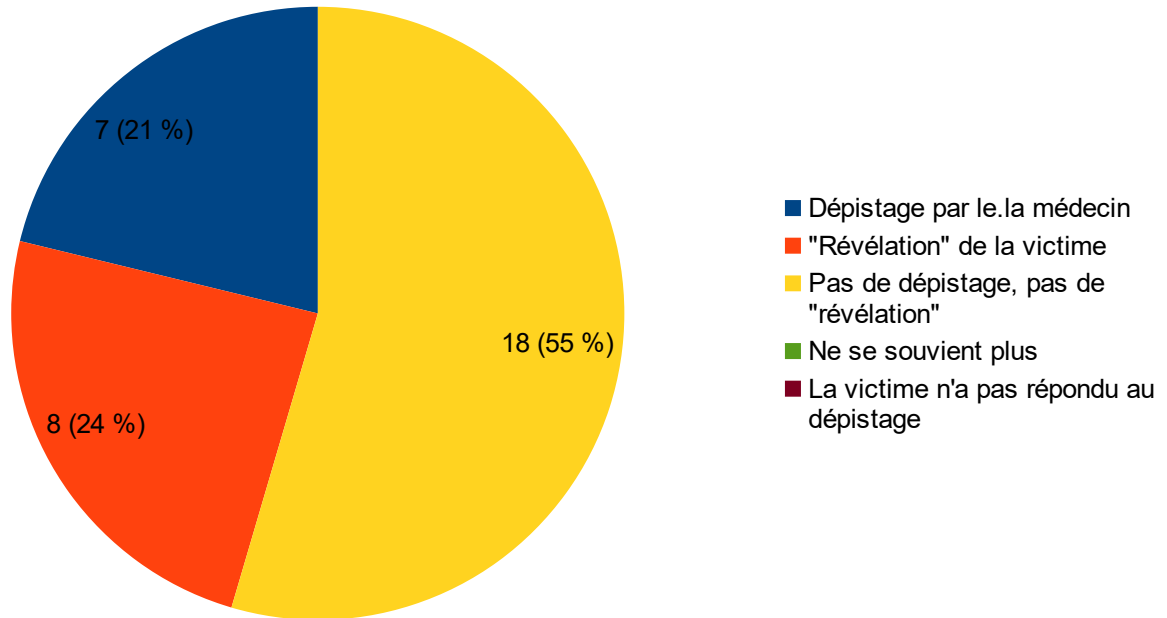


Figure 9: Abord des violences conjugales en consultation avec le·la médecin généraliste (n=33)

La majorité des femmes victimes n'avaient pas été interrogées quant aux violences (79%). Le·la médecin généraliste était informé·e dans 45 % des cas, que ce soit grâce aux femmes (24%) ou grâce à leur dépistage (21%). Aucune n'a refusé le dépistage.

Dans l'espace d'expression libre, trois femmes ont précisé « soins pour monsieur, psychologue madame et thérapie de couple », « oui indirectement », et « coup sur le ventre quand j'étais enceinte, pincement, plaqué au sol. L'enfant n'été pas né.je suis parti avant ».

III.3.2. Souhait de dépistage par le·la médecin généraliste

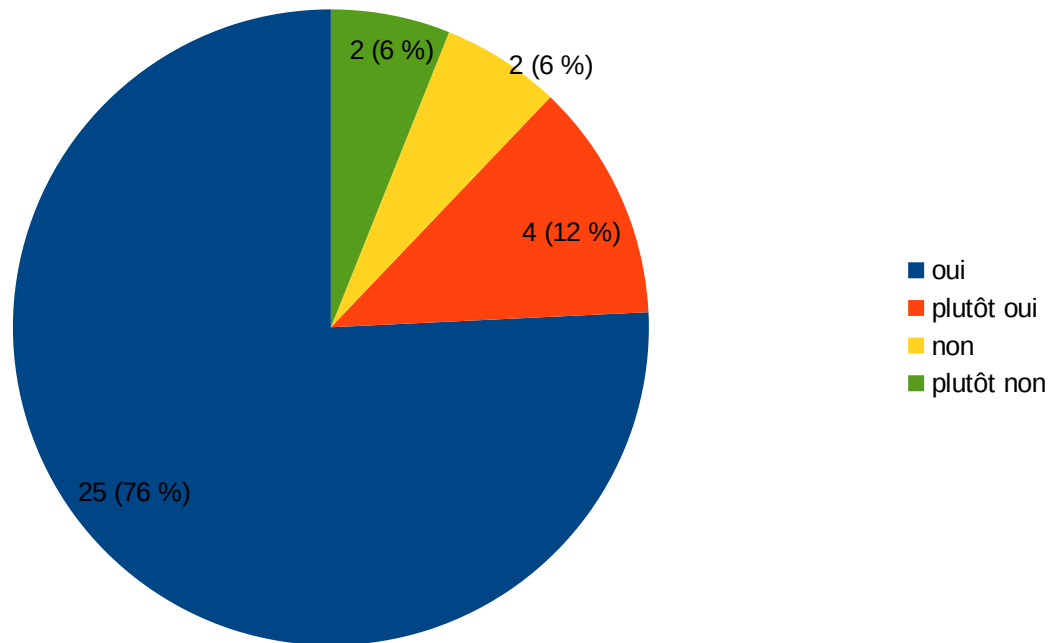


Figure 10: Souhait de dépistage par le·la médecin généraliste (n=33)

La majorité (88%) des femmes était globalement favorable au dépistage par le·la médecin généraliste.

III.3.3. Un des rôles du·de la médecin généraliste

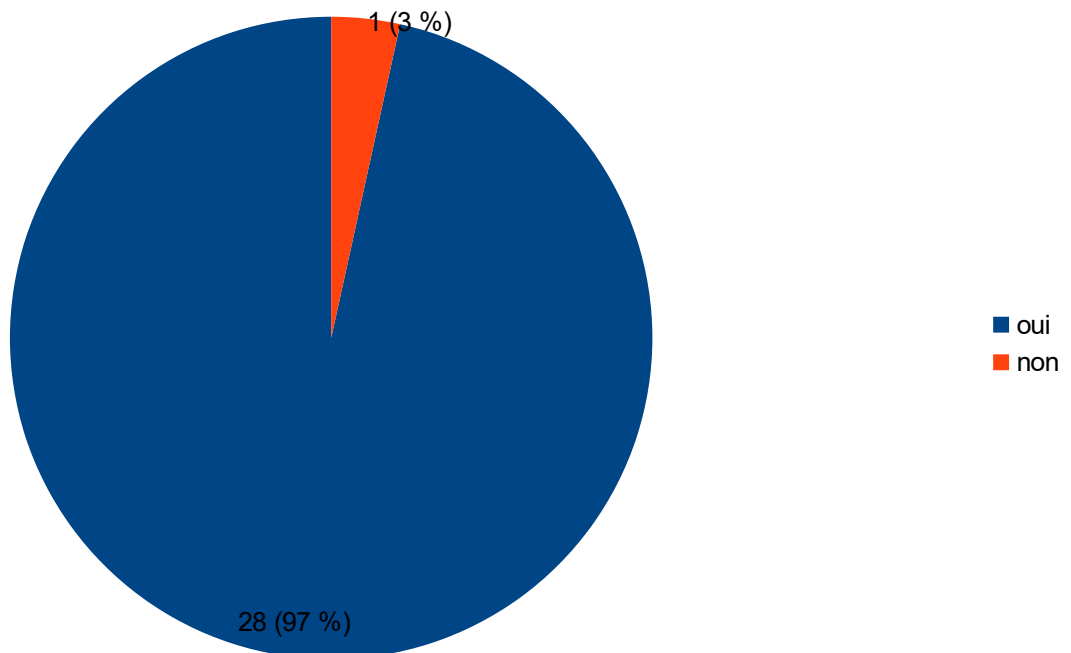


Figure 11: Avis des répondantes quant au rôle de dépistage des médecins généralistes (n=29)

III.3.4. Consultations en présence de l'auteur de violences

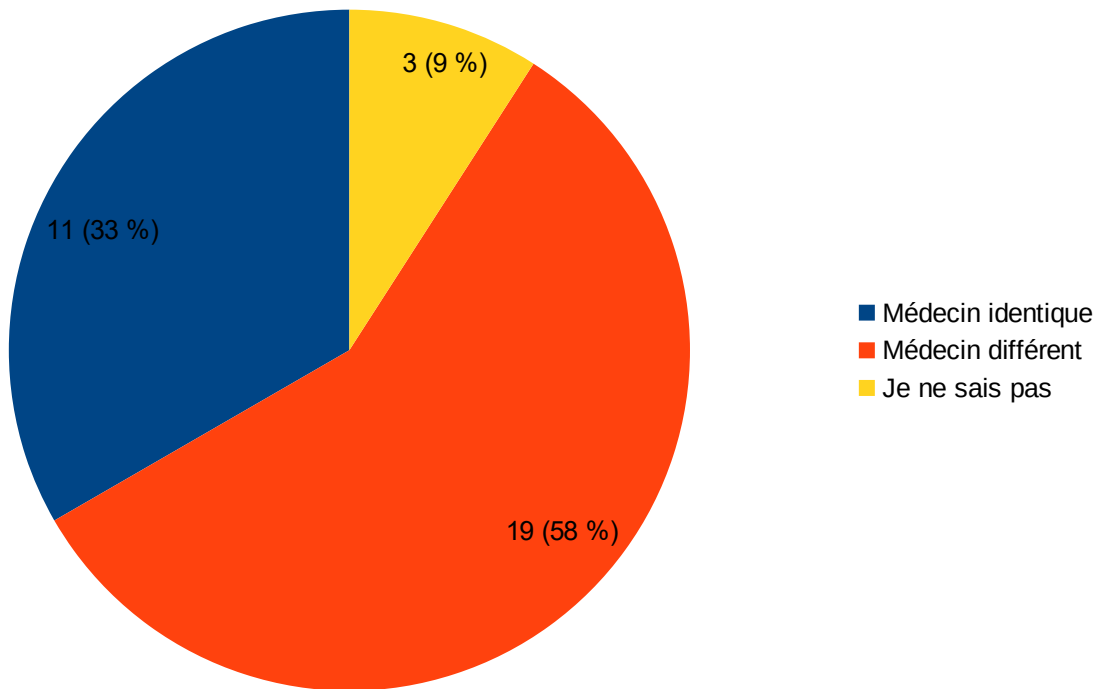


Figure 12: Liens entre médecin généraliste et auteur de violences en consultation (n=33)

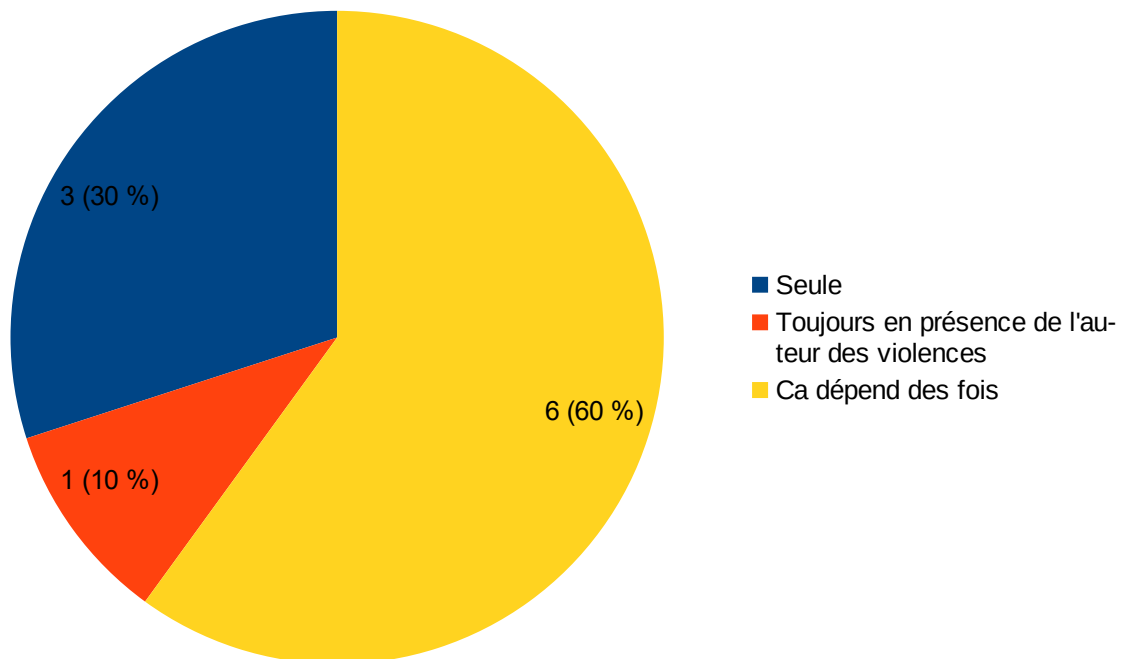


Figure 13: Conditions de consultation vis-à-vis de l'auteur des violences (n=10)

III.3.5. Influence du sexe du de la médecin généraliste

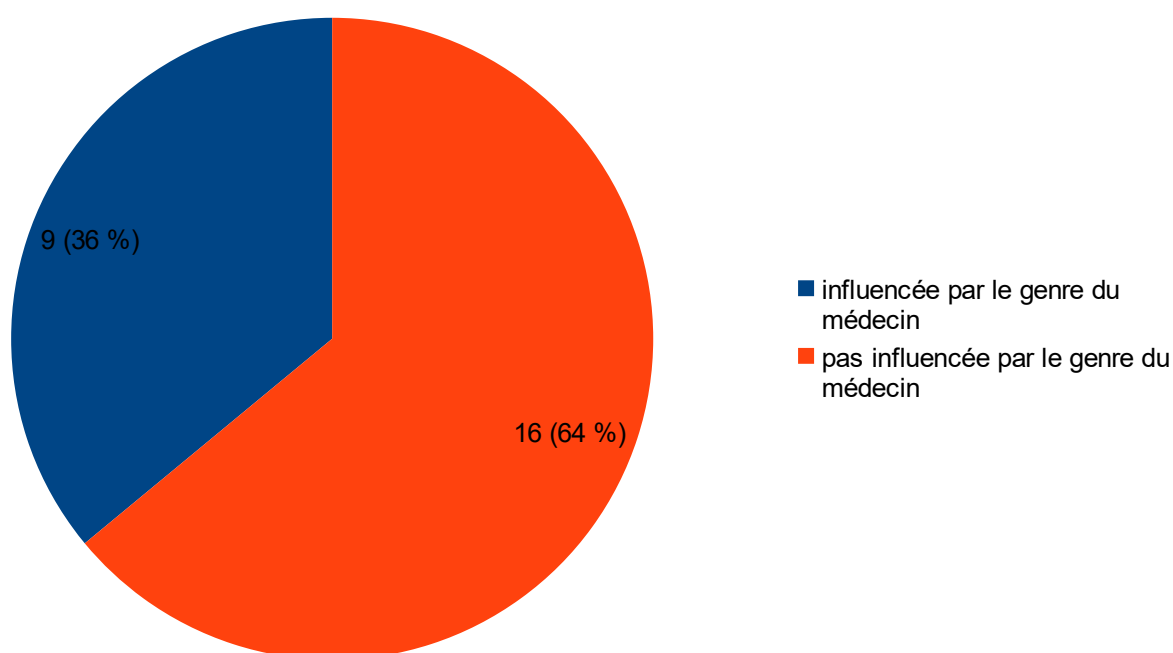


Figure 14: Influence du genre du de la médecin sur la facilité à parler des violences subies (n=25)

Dans l'espace de commentaire, deux femmes ont écrit « le sexe n'influence pas, il faut avoir la confiance pour parler à un médecin », « je préfère une femme ».

III.4. Expression libre concernant les attentes envers le-la médecin généraliste

Les commentaires sont regroupés en annexe 15

Les femmes victimes de violences conjugales interrogées attendaient de leur médecin généraliste principalement qu'il-elle prenne le temps de les écouter avec une attitude compréhensive dénuée de jugement et encourageante. Elles attendaient d'être questionnées et orientées vers les structures compétentes.

Tableau 4: Attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste

Les thèmes abordés par ordre décroissant de fréquence

Être à l'écoute (6)

Avoir une attitude dénuée de jugement, empathique, compréhensive, encourageante, de soutien (5)

Savoir orienter (4)

Oser dépister et poser des questions (4)

Prendre le temps (2)

Ne pas ignorer le problème lorsqu'il est soulevé (2)

Savoir dépister les auteurs de violences (1)

Être formé-e (1)

Savoir conseiller (1)

Initier un suivi régulier (1)

Être moins dans le rôle de prescripteur-riche(1)

Être en relation avec le réseau (1)

IV. Discussion

Trente-quatre femmes ont participé à l'étude. La majorité d'entre elles avait entre 36 et 55 ans et avait des enfants (82 %). Toutes les femmes avaient subi des violences psychologiques, 90 % des violences physiques, 55 % des sexuelles et 45 % des économiques. Près de la moitié (48%) déclarait avoir subi 3 de ces violences. Toutes en avaient subi au moins deux types.

Seulement deux femmes avaient été orientées par des médecins généralistes (soit 6%) vers les structures au sein desquelles le questionnaire leur a été remis. La majorité des femmes (87%) a consulté leur médecin généraliste au cours de l'année que ce soit pour elles ou leurs enfants. La plupart consultait au moins 6 fois dans l'année pour des douleurs, des troubles du sommeil ou une asthénie.

Le plus souvent les femmes consultaient un·e médecin différent·e de celui de l'auteur des violences. Pour celles qui le partageaient avec l'auteur, 30 % étaient reçues seules. Plus de la moitié (55%) n'avait pas été dépistée et n'en avait pas parlé à leur médecin. Pourtant, 88 % étaient globalement favorables au dépistage et 97 % le jugeaient du ressort du·de la généraliste. D'autre part, pour 64 % des répondantes, le genre du·de la médecin n'influçait pas la facilité de dialogue quant aux violences.

IV.1. Forces et limites de l'étude

- Forces

Une des forces de l'étude tient à son envergure puisqu'elle s'intègre dans un projet national toujours en cours de réalisation et d'amplification à de nouveaux DMG. D'autre part, sur le plan local, elle a concerné les trois départements du Limousin.

C'est une étude innovante dans la mesure où elle est quantitative, or les études sur le sujet étaient essentiellement qualitatives.

Une autre force de notre travail est de concerner un sujet particulièrement d'actualité. Le sixième plan interministériel devrait d'ailleurs paraître prochainement.

Enfin, notre travail a permis de mieux connaître le réseau local. Le recensement des structures sera inclus au site DéclicViolence. Il sera donc disponible pour l'ensemble des professionnel·le·s de santé. Ce travail de recherche préalable, a été long et fastidieux. Trouver tous les partenaires du réseau a été relativement laborieux. De nombreuses sollicitations ont été nécessaires avant de pouvoir collecter les informations recherchées. A notre connaissance, un répertoire de ce type n'existait pas, ce qui a pu freiner les prises en charge en médecine générale. Certaines missions sont partagées par plusieurs acteurs, ce qui peut compliquer la compréhension du réseau. Ce travail a pour vocation d'en faciliter l'accès et la compréhension.

Le projet de recherche a été présenté à toutes les associations en personne, et les boîtes de recueil déposées et récupérées en mains propres. D'après les échanges que nous avons pu avoir, l'étude a été bien accueillie par les structures et les victimes. Sur les 9 structures spécialisées dans l'accueil des victimes de violences conjugales, 8 ont participé et seulement deux femmes ont refusé de participer.

- Limites

Les résultats de notre étude sont limités par leur manque de puissance. Peu de questionnaires ont été remplis ce qui n'a pas permis d'obtenir de résultats significatifs. Pourtant des relances par mail ou téléphone ont été répétées dans le temps afin de garder contact avec les structures et stimuler le recueil de questionnaires. Des analyses par départements auraient considérablement réduit les effectifs et n'ont donc pas été réalisées. On peut espérer que le multcentrisme de l'étude contre-balance son manque de puissance.

Si l'étude a été bien accueillie par les structures, plusieurs facteurs ont pourtant joué en sa défaveur. Concernant la participation des structures, une d'entre elles n'a jamais répondu aux mails ou appels téléphoniques et a donc été exclue. Une autre a connu une passation de poste qui a reculé considérablement la diffusion des informations et freiné le développement de l'étude au sein de leur structure. Deux autres n'ont pas pu recueillir de questionnaires. L'une avait recruté deux femmes qui ont emporté le questionnaire pour le remplir à domicile et ne l'ont pas rapporté (méthode non prévue pour l'étude) ; et l'autre a rapporté un manque de temps et des refus de la part des victimes qu'elle n'a pas consignés ni dénombrés. Ainsi le nombre de refus est probablement sous-évalué.

La participation à cette étude a représenté une charge de travail supplémentaire en terme de temps, d'organisation et de charge mentale pour les structures. De plus, les premiers passages des victimes ne sont pas les moments les plus appropriés pour proposer le questionnaire. Dans la plupart des cas, l'objectif principal est une prise en charge rapide ou la mise en place d'un suivi. « Surcharger » la victime avec le questionnaire pourrait l'apeurer. Certaines structures ont soulevé le fait que sur un seul rendez-vous, dans les cas de réorientation, elles ne proposaient pas le questionnaire. Il pourrait être intéressant d'organiser un projet en partenariat avec le réseau tout entier sur une longue période afin de bien s'y intégrer et pourquoi pas, de proposer nous-mêmes le questionnaire.

L'affluence des structures n'est pas connue, et serait intéressante à recueillir en complément du nombre de refus dans le but de calculer un taux de participation. Environ 200 questionnaires ont été distribués à travers le Limousin et en complément les formats numériques avaient aussi été remis aux structures pour pallier un éventuel manque de documents. Le nombre de questionnaires distribués n'est donc pas renseigné dans le diagramme de flux. Les recueils étaient de même durée mais pas réalisés aux mêmes moments. Les structures qui ont participé en période estivale la décrivent comme de faible fréquentation. Une étude complémentaire de plus longue durée pourrait lisser les fluctuations de fréquentation.

Notre étude comporte des biais. Il existe un biais de sélection puisque seules les femmes pouvant lire et écrire sans assistance ont été incluses afin de diminuer le risque de biais de désirabilité. Une partie des victimes a donc été évincée. De plus, la population gravitant autour des associations n'est pas représentative de toutes les femmes victimes de violences conjugales en Limousin. On peut penser qu'il y a beaucoup de femmes qui consultent leur médecin généraliste sans consulter le réseau de prise en charge. Elles seraient donc aussi accessibles au dépistage et l'orientation. Une frange de population plus difficile à repérer ne consulte ni le médecin ni le réseau. Pour les atteindre, les informations pourraient transiter par d'autres médias (radio, journaux, spots télévisuels,...) ou les médecins du travail.

Il existe des biais méthodologiques. Le nombre de questionnaires recueillis est faible et la plupart sont incomplets. Ceci s'explique d'une part, par la présentation en réponse binaire.

Certaines répondantes ne cochaient que les réponses affirmatives. Nous n'avons cependant procédé à aucune approximation de réponse. Les non-réponses n'ont pas été extrapolées à des réponses négatives, et inversement. D'autre part, deux questionnaires n'ont pas été remplis sur la 4ème page, probablement à cause de la présentation en livret.

Un autre biais méthodologique se situait à la question 10 qui s'ouvrait sur la suivante. Une des répondantes consultait un médecin différent de son conjoint mais était tout de même reçue en sa présence. Cette situation n'était prévue ni dans le questionnaire, ni dans le logiciel de recueil Redcap. Bien que le cas ne se soit présenté qu'une seule fois, une reformulation pourrait être intéressante.

Enfin, le langage utilisé a pu mettre en difficulté certaines répondantes. Une femme a confondu l'« attente » envers le médecin avec le retard en salle d'attente. Le terme « problèmes gynécologiques » a entraîné un malentendu dans au moins un cas. Le terme « motif » plutôt que problème gynécologique serait peut-être plus adapté, notamment pour ce qui est de la grossesse. Le terme « psychotropes » sous-entend que les victimes connaissent les classes de médicaments qui leur sont prescrits. Il est probable que ces termes aient induit des erreurs.

D'autre part, une association a pointé du doigt le temps nécessaire au remplissage du questionnaire. Bien qu'il ait été conçu pour ne durer que 5 minutes, certaines victimes l'auraient trouvé trop long. Le questionnaire paraît donc imparfait malgré l'étude préalable.

Il a pu exister un biais de désirabilité sociale car l'organisation de certains locaux n'a pas permis l'isolement attendu des répondantes. Ensuite, l'auto-questionnaire pâtit inmanquablement du biais de mémorisation puisque basé sur le déclaratif. Enfin, un biais d'information est également présent, notamment pour la question évoquant les psychotropes.

IV.2. Population de l'échantillon

Dans notre étude, 71 % des victimes se trouvaient dans les catégories d'âge 36-45 et 46-55 ans. Ce résultat est proche de celui retrouvé par l'enquête de la Dr Laura Landzberg (30-39, 40-49 et 50-59 ans) menée auprès d'une association de soutien à Marseille (40). On pourrait penser que le recrutement au sein des associations influence l'âge de l'échantillon de l'étude mais cette hypothèse semble réfutée par les résultats de la partie Aquitaine d'AVIC-MG (26-35 ans) (54).

D'après l'enquête CVS de 2019, la majorité des victimes serait âgée de moins de 30 ans (33). Les données du 3919, publiées en novembre 2019, établissent que 52 % des victimes qui appellent le 3919 ont entre 20 et 39 ans. Les catégories d'âges utilisées dans le questionnaire sont différentes de celles utilisées dans les enquêtes CVS et 3919. De plus, l'enquête CVS, ne comptabilisait que les victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles des femmes vivant en ménage. La comparaison est donc difficile. On pourrait penser que le 3919 est une plateforme d'écoute et d'information qui s'adresserait aux victimes qui prennent « nouvellement conscience » du phénomène donc potentiellement plus jeunes tandis que les structures spécialisées seraient peut-être consultées plus tard dans le cheminement. La mise en commun des différentes branches de l'étude AVIC-MG apportera probablement des explications.

Une seconde hypothèse pourrait être la tendance à la sous-représentation de la tranche d'âge 20-30 ans en Limousin (8,8%) par rapport à la moyenne métropolitaine (10,86%) (55).

Dans notre étude, 82% des femmes victimes avaient des enfants, la plupart déclarait en avoir 3. Ces résultats sont comparables aux données de l'étude Violences à l'encontre des femmes en Île-de-France (56), d'AVIC-MG Aquitaine (54), de l'enquête de la Dr Landzberg (40) et de la Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes (3).

Afin d'observer le cumul des violences, seuls les questionnaires des femmes ayant répondu aux 4 types ont été pris en compte. Ce procédé a exclu 7 questionnaires insuffisamment remplis. Concernant la méthodologie, la somme des pourcentages est supérieure à cent puisque les violences peuvent se cumuler. La majorité des victimes (48%) était concernée par 3 types de violences. En prenant en compte ces résultats, notre étude retrouve 2,6 types de violences par femme. En n'utilisant que les réponses positives, on obtiendrait 2,9 types de violences par femme.

Les résultats concordent avec les différentes données : l'étude AVIC-MG Aquitaine a relevé également une majorité de cumul de violences sans en préciser le nombre (54), le 3919 a relevé en moyenne 2,6 types de violences par femmes (57). Ce phénomène est bien connu depuis l'ENVEFF (11) et fait d'ailleurs partie de l'état des lieux posé par la HAS (23).

La répartition globale des violences dans notre étude est identique à celle retrouvée en Aquitaine (54), mais différente de celle recueillie par la plateforme téléphonique 3919 (57) ou par l'étude qualitative de la Dr Landzberg (40). Les études de grande ampleur n'évaluaient pas toutes les catégories de violences étudiées avec AVIC-MG. Les violences sexuelles sont

plus fréquemment déclarées dans notre étude que les violences économiques. Il est probable que le caractère anonyme et autonome de l'auto-questionnaire ait facilité la déclaration des violences.

Dans notre enquête, toutes les femmes victimes avaient subi des violences psychiques et 90 % des violences physiques. Ces résultats sont comparables avec ceux de l'Aquitaine (54) et de l'étude de la Dr Landzberg (40). D'après la plateforme téléphonique, les violences sont moins fréquentes : 87 % des victimes dénonçaient des violences psychologiques, 77 % des violences verbales, 66 % des violences physiques, 8 % des violences sexuelles, 21 % des violences économiques et 2 % des violences administratives (23). Cette nuance peut s'expliquer par la méthodologie utilisée. Dans notre étude, les violences psychologiques et verbales étaient regroupées sous le terme violences psychiques. Les violences administratives n'étaient pas comptabilisées. Il est également possible que les exemples cités dans le questionnaire aient aidé les femmes à identifier des formes de violences qu'elles auraient pu minimiser voire banaliser (être poussée, interdictions, pratiques sexuelles, contrôle des moyens de paiement,...). Enfin, la libération de la parole des victimes dans les médias a pu encourager une prise de conscience et renforcer la déculpabilisation des victimes. La FNSF analyse ses chiffres en contextualisant : « *Entre 2017 et 2018 le trafic d'appel connaît une augmentation de plus de 8%. Une évolution en partie due à une communication importante sur les violences faites aux femmes et qui ne faiblit pas depuis la forte médiatisation de l'affaire Weinstein et des différents mouvements tels que «#metoo», «#balancetonporc», entre autres* » (57).

La majorité des femmes qui ont répondu à notre questionnaire ont été orientées vers la structure partenaire par des travailleur·euse·s sociaux·ales, les services de police ou gendarmerie et l'entourage. Le constat est le même en Aquitaine (54). Le·la médecin généraliste était informé·e (par la patiente ou grâce au dépistage) des violences de 15 des 34 femmes répondantes (44%). Malgré cela, seulement 2 femmes (6%) ont été orientées vers les structures spécialisées (12 % en Aquitaine).

Dans les travaux de la Dr Laura Landzberg, 11 femmes sur 25 n'avaient pas été orientées par les médecins généralistes. Dans le cas contraire, les médecins traitants avaient orienté les patientes vers les services de police et vers un·e psychologue ou un·e psychiatre. Un·e seul·e médecin avait adressé la patiente vers une structure de soutien (40).

Une connaissance insuffisante des structures pourrait être en cause. Dans la Revue du Praticien, la Dr Morvant rapportait déjà en 2005, que « *les médecins orientaient principalement vers un psychologue (52 %) et vers les services de police ou de gendarmerie (56,3 %) plutôt que vers une association (22,7 %), et les 3/4 des médecins n'avaient eu aucun contact avec ces professionnel·le·s* » (58).

On pourrait se demander si les professionnel·le·s de santé s'appuient sur le 3919, largement médiatisé et donc plus connu que les structures locales. Mais l'Observatoire des violences conjugales rapporte que les professionnel·le·s (services sociaux, de santé, police, gendarmerie et justice) ne représentent au total que 2 % des appels (3). Il apparaît ainsi nécessaire de familiariser les professionnel·le·s de santé avec le réseau local. La directrice générale du CNIDFF, Annie Guilberteou, rappelle que « *S'il y a un fait de violence, [le médecin] doit y remédier. Il doit orienter la victime vers d'autres praticiens et des réseaux qui prennent le relais* » (59).

IV.3. Caractéristiques de consultations

Afin de savoir si les femmes victimes de violences conjugales qui consultent les structures spécialisées sont accessibles au repérage par leur médecin généraliste, nous avons observé leurs caractéristiques de consultations des douze derniers mois.

Dans notre étude, 88 % des répondantes ont eu recours à leur médecin généraliste dans l'année. Près de la moitié d'entre elles (46%) avait consulté au moins 6 fois. Dans notre échantillon, une femme n'avait consulté que pour ses enfants et seulement 3 n'avaient pas eu recours à leur médecin généraliste.

Nos résultats sont corroborés notamment par les travaux du Dr Mathieu Peyrelongue pour AVIC-MG Aquitaine (93 % consultaient (54)), les travaux de Le Bars et al (39) et ceux de la Dr Laura Landzberg (89,5 % des femmes consultaient leur médecin généraliste (40)). Ses entretiens ont permis d'établir que les femmes qui ne consultaient pas étaient contraintes par leur conjoint, venaient de déménager, ou avaient d'autres habitudes (soignante qui consulte sur son lieu de travail).

Nos chiffres sont très différents de ceux avancés par l'enquête CVS 2019. Elle conclut que « en moyenne entre 2011 et 2018, 36 % des victimes de violences au sein du ménage ont effectué au moins une démarche. 18 % ont été vus par un médecin, 6 % ont rencontré les membres d'une association d'aide aux victimes et enfin 6 % ont appelé un service téléphonique gratuit (« numéro vert ») d'aide aux victimes » (33). Ces chiffres donnent un ordre d'idée mais sont à interpréter avec du recul puisque les victimes interrogées sont « en ménage » avec l'auteur de violence et le terme médecin englobe toutes les spécialités. De plus, la question était mise en rapport avec les certificats et non avec des consultations de médecine « classiques ». D'après les données du 3919, seulement 9 % des femmes victimes consultent leur médecin généraliste (57). Cette différence peut notamment s'expliquer par le recrutement au sein des associations. Les structures ont pu encourager les victimes, les déculpabiliser et leur donner plus d'assurance pour oser consulter leur médecin.

D'après notre étude, les femmes qui ont côtoyé les structures d'accueil des victimes de violences conjugales en Limousin, consultaient également leur médecin traitant et seraient donc accessibles au repérage.

D'après le 3919, « plus de 3/4 des victimes ont témoigné des conséquences des violences conjugales sur leur santé » (57). Afin de décrire les conditions de recours à la médecine générale des femmes victimes, nous avons recueilli leurs motifs de consultation.

Dans notre étude, le motif le plus fréquemment déclaré était les douleurs (85%). La revue de littérature réalisée par la Dr Mathilde Vicard a regroupé plusieurs études qui concluent à une association significative entre douleurs et violences conjugales (60). Notamment l'étude cas-témoins de Lo Fo Wong et al. réalisée en 2004 qui portait sur 92 femmes victimes consultant en médecine générale aux Pays-Bas. L'étude conclut à une association entre consommation d'antalgiques et violences conjugales (61). Cependant, les douleurs sont rarement au premier plan (56). Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'elles sont souvent recherchées par catégories (thoraciques, abdominales, pelviennes, migraines, troubles psychosomatiques, chroniques,...) ou par le biais de la consommation d'antalgiques. Dans notre étude, l'item douleur ne spécifiait pas de localisation, ce qui a pu augmenter le nombre de réponses.

Le second motif le plus fréquemment déclaré était la fatigue (84%). Cette association n'est pas surprenante. Hegarty et al. ont mené en 2008 une étude en Australie auprès de 1257 femmes victimes de violences conjugales qui consultent en médecine générale. Ils ont mis en évidence une association significative entre l'asthénie et les violences conjugales (62). De plus, l'étude Violences à l'encontre des femmes menée en Île-de-France en 2013 par l'Observatoire régional violences faites aux femmes la retrouve comme 3ème conséquence sur la santé déclarée par les femmes victimes (56). L'asthénie est donc un motif de consultation dont il faut systématiquement rechercher l'étiologie par de simples questions en vue de repérer des victimes de violences conjugales.

Les motifs fréquemment déclarés étaient ensuite les troubles de l'endormissement (82%), l'anxiété (80%), la tristesse (71%) et la demande de psychotropes (65%). On peut les regrouper sous le terme de troubles psychologiques. Ces derniers occupaient une place majeure dans les motifs de consultation. Le lien entre troubles psychologiques et violences conjugales est significativement établi par de nombreuses études (60). McCauley et al. ont montré une association significative entre violences conjugales et troubles du sommeil grâce à une étude menée en 1993 auprès de 1952 femmes qui consultaient leur médecin généraliste aux États-Unis (63). Cette association est confirmée par Hegarty et al. (62). Les troubles psychologiques ont été retrouvés par Escribà-Agüir et al. en 2010, au travers d'une étude randomisée de 10322 femmes victimes qui consultaient leur généraliste en Espagne (64). Ces résultats sont aussi en rapport avec les appelantes du 3919 qui déclarent en majorité des problèmes psychologiques :

«- 9/10 déclarent ressentir de la peur, de l'anxiété, de l'angoisse et du stress (93%).

- 1 femme sur 2 (54%) : perte d'estime de soi, dépression, lassitude et fatigue

- Pour 6% : pensées suicidaires et tentatives de suicide » (57) .

Ainsi les troubles psychologiques sont des signes de violences conjugales. S'enquérir des conditions de vie des patientes pourrait permettre de repérer des victimes.

Les motifs les plus fréquemment déclarés dans AVIC-MG Aquitaine étaient identiques mais apparaissaient dans un ordre différent : fatigue, trouble du sommeil, angoisse et douleurs (54). Ce qui est aussi rapporté dans les travaux de la Dr Julie Bures quant à la prise en charges des femmes victimes par leur généraliste en Haute-Normandie (65).

Dans notre étude, 68 % des femmes avaient accompagné leur enfant en consultation au moins une fois dans l'année. Ainsi explorer l'environnement d'un enfant pourrait amener à dépister des situations de violences conjugales. Dans l'étude Violences à l'encontre des femmes en Île-de-France, 2 femmes sur 10 ont déclaré voir des conséquences sur la santé de leurs enfants (56). La HAS considère l'exposition des enfants comme une forme de maltraitance. Elle a également publié des recommandations de repérage spécifiques des enfants en 2017 (66).

Le certificat pour violence ne représente que 36 % des motifs déclarés (30 % pour AVIC-MG en Aquitaine (54)). Contrairement aux travaux de la Dr Cécile Morvant, le certificat ne fait donc pas partie des motifs les plus fréquemment retrouvés dans notre étude. Cette dernière

a questionné 235 médecins généralistes d'Île-de-France en 2000 à propos des circonstances de dépistage des femmes victimes de violences conjugales. Le certificat était le motif de découverte pour 50 % des femmes qui vivaient une situation de violences conjugales (58). Ce faible taux de demande de certificat pourrait s'expliquer par un recours à l'UMJ ou par le fait que les victimes n'en aient pas eu le besoin. Comme le rappelle la Lettre de l'Observatoire des violences faites aux femmes, le non-recours aux poursuites judiciaires est quasi systématique (3). En effet, 73 % des victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles n'ont pas effectué de démarche auprès des forces de l'ordre (3). Ainsi, il est fort probable que personne ne les ait informées de la nécessité d'établir un certificat. D'ailleurs, dans notre étude, les victimes qui ont consulté pour un certificat étaient majoritairement (50%) adressées aux associations par les services de police ou de gendarmerie. Ces femmes ont pu être sollicitées par les forces de l'ordre pour la rédaction d'un certificat. Ceci n'est qu'une hypothèse puisque le questionnaire n'interrogeait pas spécifiquement les répondantes à ce sujet. Aussi, il est du ressort du médecin généraliste d'informer la patiente, de rédiger et consigner un certificat médical (32).

Parmi les femmes qui avaient eu recours à des consultations au moins 6 fois dans l'année, seulement 31 % étaient dans une situation de suivi pour un traitement chronique. Cocker et al. ont réalisé une étude en 1999 auprès de 1152 femmes victimes qui consultaient en soins primaires aux États-Unis. Ils ont montré une association significative entre nombre de consultations et violences conjugales (67). C'est également le constat de la HAS (23).

Dans notre étude, les motifs les moins fréquents étaient les « problèmes gynécologiques » (30%) et la contraception (25%). Ceci est en rapport avec les résultats d'AVIC-MG en Aquitaine (54), de l'étude du Dr Morvant (58) et de l'étude Violences à l'encontre des femmes en Île-de-France (56). Ces derniers rapportent les motifs gynécologiques comme relativement peu fréquents. De nombreux travaux se sont intéressés au sujet. Loeffen et al. ont trouvé une association significative entre infections sexuellement transmissibles, dyspareunie et violences conjugales après une étude réalisée en 2012 auprès de 262 femmes victimes qui consultaient leur médecin généraliste au Pays-Bas (68). Les travaux de Coker et al. ont mis en évidence une association significative entre infections sexuellement transmissibles, dysplasies du col, cancer du col et violences conjugales, pourtant son échantillon ne portait pas exclusivement sur les violences sexuelles (67). Ces résultats sont déroutants, on pourrait s'interroger à propos de cette discordance. Les femmes victimes pourraient être suivies par un·e gynécologue (ou planning familial). Mais d'après nos résultats aucune répondante n'a été orientée par un·e gynécologue. Elles pourraient aussi ne pas être suivies sur le plan gynécologique, ce qui expliquerait que selon Coker et al. 85,7 % des patientes présentant un cancer du col ont subi des violences conjugales dans leur vie (67).

La grande majorité des victimes avait consulté en médecine générale, que ce soit pour elles-mêmes ou leurs enfants. Il convient donc d'explorer les conditions de vie de tout patient y compris des enfants. Il est primordial d'envisager les violences conjugales comme un phénomène global où les violences se cumulent. Les conséquences sur la santé des victimes sont donc multiples. Dans la mesure où toutes les victimes interrogées ont subi des

violences psychologiques et 90 % des violences physiques, il n'est pas surprenant que les femmes victimes de violences conjugales de notre étude aient sollicité leur médecin généraliste essentiellement pour des douleurs ou des troubles psychologiques. Ces motifs doivent particulièrement attirer l'attention des médecins. Plus généralement, la majorité des consultations de médecine générale ne concernaient pas directement les violences ou la demande de certificat. Ceci va dans le sens d'un dépistage systématique. Puisque les femmes victimes sont accessibles au repérage, il est primordial d'oser questionner les femmes de façon progressive et systématique.

IV.4. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste :

Nos résultats ont montré que les femmes victimes de violences conjugales qui consultent les associations de soutien sont accessibles au repérage par le·la médecin généraliste. Nous allons maintenant nous intéresser à leurs attentes.

Nous avons relevé la volonté des femmes victimes d'être dépistées puisque 88 % des répondantes étaient globalement favorables au dépistage par le·la médecin généraliste. La revue de littérature de la Dr Océane Dupré a consigné plusieurs études françaises et internationales qui relatent les mêmes conclusions (39, 40, 58, 69, 71, 72, 73). Tout ceci est en accord avec les travaux de la HAS, qui résume que « *d'une façon générale, les patientes sont plus enclines à révéler des situations de violences si le sujet est abordé par leur médecin* » (32).

D'autre part, 33 des 34 répondantes (97%) pensaient que le dépistage des violences conjugales fait partie du rôle du médecin généraliste. La seule ayant répondu par la négative a abordé d'elle-même la problématique avec son médecin généraliste et a également répondu qu'elle aurait aimé qu'il·elle la questionne à ce sujet. On peut donc supposer que même si cette personne ne pense pas que le dépistage des violences fasse partie des attributions du médecin, elle aimerait qu'il le soit. Les répondantes d'Aquitaine étaient à 89 % de cet avis (54).

Les attentes exprimées par les femmes qui ont répondu à notre étude se retrouvent dans plusieurs études. L'attitude empathique, dénuée de jugement, compréhensive et encourageante est retrouvée dans beaucoup d'études (2, 39, 40, 54, 65, 69, 70, 71, 72, 74, 75). La nécessité d'être écoutée a particulièrement été évoquée. Celle-ci est également retrouvée dans la littérature (39, 40, 54, 69, 70, 71, 75). Ce qui rejoint le fait que le·la médecin prenne son temps (54, 71, 72, 75, 76) et qu'il·elle n'ignore pas le sujet. Elles aimeraient aussi que le·la médecin ose les dépister, ce qui est décrit dans la littérature (39, 40, 54, 69, 70, 73, 76).

Elles attendaient du·de la médecin moins de prescriptions, ce qui a déjà été observé dans les précédentes études (39, 75). Elles voudraient qu'il·elle sache repérer les signes de violences (39, 40, 54, 70, 72) mais aussi les auteurs. Cette compétence n'a pas été retrouvée dans la littérature. Cependant, dans une étude réalisée par Othman et al. en Malaisie auprès de 10 femmes en hébergement d'urgence, les victimes se sentaient gênées par la prise en charge des médecins qui les adressaient vers des psychologues (73). Cette incompréhension est aussi retrouvée dans une étude anglaise menée par la Docteur Jan Pahl auprès de 50 femmes en refuge en 1979. Elles ne comprenaient pas qu'on leur prescrive des psychotropes alors qu'elles n'étaient pas la source des violences (75).

Elles attendaient aussi que les médecins les orientent vers les structures, ce qui est aussi décrit par d'autres études (39, 40, 54, 71, 75). Elles ont évoqué la nécessité que les médecins se forment. Ceci va dans le sens des requêtes précédentes (savoir orienter, savoir diagnostiquer, savoir être à l'écoute, etc.)

Enfin, une répondante attendait de son·sa médecin qu'il·elle mette en place un suivi. Ceci a été retrouvé par La Fo Wong et al. (69).

On peut remarquer une certaine inadéquation entre les attentes des victimes et les difficultés rencontrées par les médecins. La Dr Julie Bures a relevé au travers de ses travaux que « *La difficulté principale [exprimée par les médecins] dans la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales est la réticence de celles-ci* » (65). La Dr Audrey Cornilleau dans ses travaux sur l'évolution des pratiques des médecins généralistes face aux violences conjugales, a recueilli un sentiment de « *refus de la femme de toute aide* » auprès de 52% des médecins interrogés (77). Tandis que « *Les femmes attendent de leur médecin généraliste une écoute. Elles souhaitent rompre le silence et l'isolement qu'elles subissent* » (65). « *Elles espèrent un médecin qui ne remet pas en question leurs propos ainsi qu'une meilleure mise en confiance pendant la consultation* » (39).

IV.5. Repérage des victimes

Dans notre étude, la majorité des femmes n'a jamais été dépistée et n'en a jamais parlé avec leur médecin généraliste.

Seulement 21 % des répondantes ont été dépistées par leur médecin généraliste. Ce pourcentage est retrouvé dans plusieurs travaux. En Aquitaine, 23 % des victimes ont été questionnées par leur médecin (54). Ce taux de dépistage a également été mis en évidence par les Dr Kelsey Hegarty et Angela Taft. Leur étude, menée en 2001 auprès de 1836 patientes de médecins générale en Australie, a retrouvé que 87,8 % des patientes victimes n'ont jamais été interrogées (78). Le travail de thèse de la Dr Audrey Cornilleau, faisant suite à celui de la Dr Cécile Morvant, a évalué que 20% des patientes victimes ont été dépistées (77).

Parmi les victimes interrogées, 24 % ont abordé directement le sujet des violences conjugales avec leur médecin. Les chiffres des déclarations de violences sont assez variables. Les données avancées par la Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes concordent avec les nôtres puisque selon elle, 25 % des femmes victimes auraient entrepris de consulter un médecin (3). On peut ainsi supposer que ce chiffre soit le reflet du nombre de victimes qui ont abordé directement les violences avec le soignant. Cependant, il n'est pas renseigné s'il s'agit du médecin généraliste. Dans l'étude des Dr Kelsey Hegarty et Angela Taft, 36,7 % des patientes victimes de violences conjugales en avaient déjà parlé avec leur médecin (78). En Aquitaine, le Dr Peyrelongue a mis en évidence que 47 % des victimes avaient abordé les violences conjugales avec leur médecin (54). Le travail de thèse de la Docteur Marie Daron portait sur les démarches entreprises après passage par l'UMJ d'Angers par les 84 femmes victimes de violences conjugales. Dans ses travaux, 54 % patientes avaient abordé le sujet avec leur médecin généraliste (79). L'étude de la Dr Audrey Cornilleau retrouvait environ 60 % de déclarations spontanées de violences (77). Ces fluctuations pourraient peut être s'expliquer par la méthode utilisée. La plupart du temps les études ne distinguent pas si la victime a abordé le sujet ou si elle a été dépistée, et certaines interrogent les victimes d'autres les médecins. D'autre part, l'offre de formation est différente selon les zones étudiées (d'autant que l'étude des Dr Hegarty et Taft s'est déroulée en Australie) et les réseaux partenaires sont plus ou moins balisés selon les territoires. Les variations pourraient aussi s'expliquer par le public étudié (recrutement en médecine générale, à l'UMJ, auprès d'associations de soutien).

Il est intéressant d'observer qu'aucune des répondantes n'a refusé le dépistage. Ce qui indique indirectement que les victimes sont en faveur d'un dépistage par le médecin généraliste. En Aquitaine, 7 % n'ont pas répondu au dépistage des médecins généralistes (54). Plusieurs études ont soulevé que les médecins craignaient de mettre les femmes mal à l'aise en les dépistant qu'elles soient victimes ou non (2, 38). Notre étude va donc partiellement à l'encontre de ces craintes et de plus, Madame Françoise Brié, porte-parole de la FNSF, déclare dans le Panorama du médecin que « *Les femmes qui ne sont pas victimes ne se sentent pas offusquées par cette question indispensable au vu de l'ampleur que ces violences peuvent prendre sur la santé* »(59).

Le manque de puissance de notre étude ne permet pas d'étudier la significativité des associations entre motifs et dépistage. Cependant, quelques hypothèses semblent se dégager. Il semblerait que le fait de consulter de façon répétée favorise le dépistage (33%

dépistées dans cette catégorie) et que le fait d'être suivie pour un traitement chronique favorise les déclarations spontanées (50% des femmes concernées ont abordé le sujet d'elles-mêmes). Ce ne sont là que des hypothèses qui restent à explorer.

Les deux motifs qui ont amené à plus de dépistage de la part des médecins généralistes étaient la demande de certificat (63 % des femmes qui ont consulté pour une demande de certificat ont été dépistées) et les traumatismes (42 % des femmes consultant pour traumatismes ou blessures ont été dépistées). Ceci dit, il est peu étonnant que ces motifs ressortent.

Les motifs douleurs (55% non dépistées), asthénie (48% non dépistées) et troubles du sommeil (44 % non dépistées) comptent parmi les plus courants et sont également ceux qui mènent le moins au dépistage. Ainsi, il existe probablement une méconnaissance de la sémiologie des violences conjugales. Celle-ci peut s'expliquer, entre autres, par une carence de formation (les recommandations n'étaient pas encore publiées au moment de l'étude) ou des représentations faussées des violences. En effet, les médecins sont malgré eux, influencés par leur schéma de pensée. Or, il est courant de réduire les violences conjugales aux traumatismes physiques. Il n'est donc pas étonnant que ce soit un motif qui ait mené à beaucoup de dépistages. Malgré tout, la sémiologie des violences conjugales est riche et complexe. Il convient donc d'appliquer la même rigueur dans l'interrogatoire et l'examen clinique que pour toute autre pathologie et ce, systématiquement. Le Dr Gilles Lazimi indique dans le Panorama du médecin que « *Quand on ne pose pas la question systématiquement, on passe à côté de 60% de femmes victimes de violence* » (59).

IV.6. Entraves au dialogue

Dans notre étude, 97 % des femmes victimes pensaient que le dépistage rentrait dans les prérogatives du médecin généraliste et 88 % y étaient favorables, pourtant seulement 24 % ont abordé la question. On peut donc légitimement s'interroger sur les raisons qui entravent le dialogue en consultation.

La première raison pourrait être la présence de l'auteur. 70 % des victimes étaient reçues en présence de l'auteur, systématiquement (10%) ou occasionnellement (60%). La libération de la parole des victimes est compromise dans ces conditions (39, 40). Les femmes victimes qui consultent le même médecin que l'auteur des violences semblent être beaucoup moins bien repérées (18% ont déclaré spontanément ou lors du dépistage des violences conjugales) que dans le cas contraire (58% ont déclaré spontanément ou lors du dépistage des violences conjugales). Ces conclusions sont également partagées par les travaux du Dr Peyrelongue en Aquitaine (54).

Le genre du médecin ne paraît pas être une entrave majeure au dialogue. En effet, 64 % des femmes ne jugeaient pas que cela puisse modifier leur aisance à aborder le sujet (60 % en Aquitaine (54)). Une répondante a commenté « *le sexe n'influence pas, il faut avoir la confiance pour parler à un médecin* ». Cependant, un tiers des femmes y serait sensible. L'une d'entre elles a ajouté qu'elle préférerait une femme. Le manque de significativité de notre étude ne permet pas de tirer une conclusion certaine. Nos résultats sont aussi en accord avec une autre étude quantitative (bien que réalisée en Australie et donc empreinte d'un climat socio-culturel différent) (80), et les recommandations de la HAS qui soulignent que « *le fait que le médecin soit une femme ou un homme n'a pas d'incidence sur la révélation si les conditions de l'entretien sont bienveillantes* »(23).

D'autres entraves au dialogue entre les patientes victimes de violences et les médecins pourraient être en causes. En observant les attentes exprimées par les victimes, on peut extrapoler quelques idées qui expliqueraient leur silence : la peur d'être jugée, de ne pas être comprise ni soutenue, de ne pas être écoutée, que les révélations n'aboutissent à aucune prise en charge. Ce sont d'ailleurs des freins liés aux victimes étudiés par la revue de littérature de la Dr Manon Dautrevaux (2). D'autres hypothèses sont possibles d'après ses travaux, telles que la peur des représailles, la culpabilité, la honte, le déni, la méconnaissance du secret médical et la crainte du placement des enfants (2). Cependant, la plupart des freins relevés dans la revue de littérature se situent du côté médical (2).

D'après le rapport Henrion, « *beaucoup de médecins sont inconscients de l'ampleur du problème et ne sont pas préparés à identifier des situations de violences envers les femmes* :

- *beaucoup pensent que le phénomène est réservé à des couches de population défavorisée et ne peut atteindre leur patientèle ;*
- *ils pensent que toute enquête est une intrusion dans la vie privée du couple et craignent d'offenser la patiente en posant certaines questions ;*
- *ils ont l'impression de ne pas pouvoir contrôler la situation, ils sont découragés par la*

complexité du problème ;

- d'autres ont tout simplement peur d'un scandale qui serait préjudiciable à la relation de confiance avec leur clientèle ;

- enfin, beaucoup se disent « mal formés », ils ne savent pas comment aborder le problème et prendre de bonnes décisions.

Parfois les médecins ont une histoire personnelle de violence dont ils ont été les témoins ou les victimes dans leur enfance, ou de sévices sexuels subis dans l'enfance » (23).

En plus des barrières personnelles ou liées aux préjugés du médecin, s'ajoutent les freins liés aux ressources (manque de temps, manque de formation).

IV.7. Perspectives

IV.7.1. L'étude AVIC-MG

L'étude AVIC-MG a pour vocation de s'étendre. Certains départements de métropole et les DOM TOM ne sont pas encore couverts. Il serait intéressant que l'étude atteigne une ampleur nationale afin d'avoir une idée plus juste des attentes des victimes. Une répétition de cette étude pourrait être envisagée quelques années après la publication des recommandations de la HAS et l'amplification de Déclicviolence à tous les départements. Elle pourrait être plus longue pour lisser les fluctuations d'affluence. Le taux de participation pourrait être recueilli. Le questionnaire pourrait être perfectionné. La recherche de cyberviolences pourrait être ajoutée. Certains items pourraient être reformulés notamment « motif » serait plus approprié que « problème gynécologique » et une annotation pourrait stipuler « grossesse ». Plutôt qu'une présentation binaire, une seule case pourrait être cochée si la victime est concernée. Ce procédé simplifierait le questionnaire et le rendrait plus rapide. Une disposition sur une feuille recto-verso éviterait les oublis de 4ème page. Un partenariat entre réseaux locaux et Faculté de médecine pourrait être créé. En effet, les coordonnées des réseaux évoluent régulièrement et de prochains travaux pourraient assurer leurs mises à jour pour Déclicviolence. L'abondance des nouvelles informations le rendra utile à un maximum de départements. Des financements seront probablement nécessaires à sa pérennisation.

Concernant sa diffusion, le site est déjà recommandé par la HAS. Toutefois, une plus ample communication pourrait davantage le populariser. Le partage du réseau local aux médecins généralistes des départements via le conseil de l'Ordre pourrait être efficace.

Enfin, nos résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des femmes victimes de violences conjugales et de nouvelles études seraient nécessaires.

IV.7.2. Répondre aux attentes : Améliorer le repérage et l'orientation des victimes

La HAS affirme que « à l'échelle mondiale, chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, la violence conjugale arrive au troisième rang des facteurs de risque réduisant l'espérance de vie (mesurée en années de vie ajustées en fonction de l'incapacité) »(23). D'après les recherches de la Dr Mathilde Vicard, « les médecins qui réalisent le repérage des violences conjugales et accompagnent leurs patientes victimes améliorent notablement leur état de santé, leur prescrivent moins de médicaments, créent une meilleure relation médecin-patient permettant le soin,... » (60). Plusieurs pistes pourraient améliorer les prises en charge des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale et répondre à leurs attentes.

Les médecins vont pouvoir s'emparer des recommandations de la HAS pour perfectionner leur pratique. Tout d'abord, il s'agit de se montrer disponible, de créer un climat de confiance, de dépister de façon systématique par des questionnements et répéter les interrogations aux moments propices. Il s'agit d'être à l'écoute sans juger, banaliser ni remettre en cause le récit mais au contraire de faire preuve d'empathie et de soutien. Ensuite, il convient d'informer les patientes pour qu'elles puissent identifier les violences et leur cycle. On peut aussi leur rappeler leurs droits et la loi. Il faut déculpabiliser les patientes et leur proposer,

sans les presser, une orientation vers les structures adaptées en les informant (spécificités, coordonnées etc). Pour conclure une consultation, les médecins pourraient systématiquement proposer un suivi.

La poursuite des campagnes d'information est essentielle. Elles informent les victimes, les auteur·e·s, mais aussi la société en général, parfois très culpabilisante pour les victimes. Les campagnes d'information sont cruciales pour la sensibilisation de tous. Comme le déclarait la Dr Ghada Hatem, « *la honte doit changer de camp* » (81). Les professionnel·le·s de santé n'échappent pas à la règle. Les préjugés concernent par exemple la fréquence des violences, la classe sociale, l'âge, la présentation globale de la victime. La Dr Audrey Cournilleau a constaté qu'après 10 ans de campagnes d'information et de sensibilisation, les médecins généralistes amélioraient significativement le repérage et l'orientation des victimes de violences conjugales (77). Pourtant on ne parle pas ici de formation médicale, mais bien de campagnes d'information comme celles organisées par les plans triennaux. Il faut « *Prendre l'habitude de questionner la patiente, d'autant que le phénomène concerne tous les âges de la vie et tous les milieux sociaux* », note la Pr Dominique Le Guludec, présidente de la HAS (82).

La mise en place d'outils de communication dans les salles d'attente permettrait d'informer les victimes sur le rôle du médecin généraliste et enverrait un message « d'ouverture » aux personnes concernées. La Pr Dominique Le Guludec souligne dans Le Concours médical, l'importance de « *mettre en évidence des affiches dans la salle d'attente et des brochures à disposition* » (82). On peut penser que cette simple action diminuerait la peur de ne pas être crue, informerait sur ce que sont les violences et les répercussions sur les victimes. « *En exposant dans leur salle d'attente des affiches du 39 19, les médecins peuvent inciter les femmes* » (57) déclare la porte-parole de la Fédération nationale solidarité femmes. La mise à disposition de cartes de visite des différents partenaires du réseau pourrait faciliter l'orientation des victimes. Une plus ample participation des médecins au réseau serait également bénéfique afin de mieux appréhender les différents acteurs. Ces derniers, rencontrés pendant l'étude ont déploré le manque de participation du corps médical aux différentes formations et actions de sensibilisation (bien qu'elles soient organisées à l'intention des libéraux, à des horaires tardifs). Une implication est nécessaire pour se familiariser au réseau.

Il pourrait être intéressant d'imaginer la mise en place d'un suivi pluri-disciplinaire spécifique de ces patientes alliant système médical, social, judiciaire etc. C'est un projet qui a été mené en Midi-Pyrénées. Le réseau PREvention Violence Orientation Santé (Previos) a été créé à l'initiative du service de médecine légale du CHRU de Rangueil à Toulouse. Des consultations pluri-disciplinaires sont proposées à l'issue de l'examen médico-légal dans 3 centres hospitaliers. Elles allient sanitaire, social, associatif et judiciaire. A chaque consultation un·e légiste, un·e juriste et un·e psychologue accompagnent les victimes. Une évaluation globale leur est proposée (histoire des violences et typologie, évaluation de l'état de santé notamment dépression, syndrome post-traumatique, facteurs de vulnérabilité et risque immédiat mais aussi ressources, et orientation des victimes). Bazex et al. ont réalisé un bilan de fonctionnement de ce dispositif auprès d'un échantillon de 137 femmes victimes de violences conjugales. 94 % des victimes ont souhaité poursuivre la prise en charge que ce soit avec le milieu médical, associatif ou psychologique (83).

Concernant les consultations, bien que recevoir ensemble les patients en couple puisse présenter un intérêt, cette pratique est à mettre en balance avec la fréquence des violences

conjugales. Lorsque les accompagnants sont excessivement impliqués, parlent à la place de leur partenaire ou minimisent leurs maux, un « drapeau rouge » doit impérativement se dresser. Quoi qu'il en soit, le questionnement des patientes doit être systématique. Il est évident que l'on ne peut attendre des confidences d'une victime si elle est aux côtés de son agresseur. « *Recevoir la femme seule, même si le conjoint insiste pour y participer. Questionner son sentiment de sécurité* »(82) sont des changements simples et réalisables immédiatement.

Concernant la formation des professionnel·le·s, des modifications législatives (84) et réglementaires (19) ont rendu leur formation aux violences faites aux femmes obligatoire. Les travaux réalisés par Morvant et al. ont montré que « *L'amélioration du repérage des victimes par les professionnels de santé passe par une meilleure connaissance des comportements et des pathologies qui sont fréquemment reliés ou secondaires à la violence conjugale* »(58). D'autre part, le Dr Arnaud Poyet-Poullet a mis en évidence dans son travail de thèse une amélioration du repérage par les médecins généralistes et de leur travail avec le réseau local après avoir reçu une formation médicale continue (85). La formation des professionnel·le·s de santé est par conséquent efficace tant sur le plan initial que continu. Dans cette optique, la publication des recommandations représente un pas capital tant par le message qu'elles véhiculent que par leur contenu. On peut supposer que l'explication des mécanismes de mise en place des violences va engendrer plus d'empathie et une meilleure écoute de la part du corps médical. Il existe aussi de nombreux diplômes universitaires (Paris-Descartes et Grenoble proposent un DIU Prise en charge des violences faites aux femmes vers la bientraitance, Paris 8 Vincennes-Saint-Denis un DU Violences faites aux femmes, Paris 7 Diderot un DU Violences conjugales, l'Université de Lille propose un DU Approche pluridisciplinaire des violences conjugales, ...) Certains organismes de Développement Professionnel Continu proposent également ce sujet. Il existe ainsi une offre de formation dont les médecins peuvent se saisir.

En 2013, la MIPROF, l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF) et le DMG de l'Université Pierre et Marie Curie, réalisent une enquête nationale sur les violences faites aux femmes auprès de 1472 étudiant·e·s en médecine. 95% d'entre eux·elles sont intéressé·e·s pour recevoir une formation sur les violences afin d'en apprendre plus sur le dépistage et la prise en charge. 93% des étudiant.e.s jugent que le rôle du·de la médecin est important dans la prise en charge des victimes de violences physiques et sexuelles (26). Aussi, un item « violences conjugales » pourrait être intégré aux programmes de l'ECN. Des formations pourraient être intégrées au cursus, grâce pourquoi pas, à l'intervention de membres du réseau d'aide aux victimes. La formation médicale est basée sur une alternance de cours théoriques et de pratique. Un stage pour les internes de médecine générale pourrait être mis en place en partenariat avec le réseau. On pourrait imaginer un stage alliant plusieurs terrains comme l'accueil de jour, la médecine légale, les structures sociales et le secteur pénitentiaire ou les réseaux de prise en charge des auteurs afin de concevoir le sujet dans sa globalité.

Les travaux de Le Bars et al. tournés vers les attentes des femmes victimes s'ouvrent sur une perspective de formation quant à la médecine narrative (39). Cette discipline médicale est enseignée aux États-Unis depuis les années 2000 puis en France au sein de l'Université Paris-Descartes et l'Université de Cergy-Pontoise. Elle s'inscrit dans une démarche de soins centrés sur le patient (86). La Dr Rita Charon la définit comme la capacité à « *reconnaître, absorber, interpréter et être ému* » par les histoires de patients (87). Elle en définit trois

principes : l'attention, la représentation et le lien. « *L'attention correspond à l'écoute active, concentrée, curieuse du médecin qui prend en compte à la fois les paroles, la mise en récit du patient mais aussi le langage de son corps. La représentation fait appel au caractère imaginaire, créatif du médecin qui cherche à imaginer au plus juste l'expérience subjective de la maladie. Le lien, enfin, où l'interprétation de la maladie est considérée comme le fruit de la rencontre de points de vue multiples et différents* » (38, 72). Cette approche qui tient pour véridique la parole des soignés pourrait être une réponse aux attentes des femmes victimes.

Un frein souvent relevé par les victimes et les médecins est le manque de temps. Cet obstacle est inhérent au mode de fonctionnement libéral. En effet, en rémunérant les médecins à l'acte, le système de santé s'expose à des consultations rapides, ce d'autant que la démographie médicale s'amenuise. Les Dr Amélie Boismain et Marie Gaudin ont mis en évidence que les médecins salarié·e·s sont plus formé·e·s aux violences conjugales, davantage sensibilisé·e·s au dépistage et connaissent mieux le réseau des partenaires. De plus, les consultations sont gratuites et plus longues, ce qui facilite les révélations (67). Selon le Conseil National de l'Ordre des médecins, les médecins salarié·e·s ne représentent que 34 % des médecins généralistes thésé·e·s en exercice en 2018 (88).

Rares sont les médecins qui pratiquent des consultations spécifiques au dépistage. Les « révélations » de situations de violences sont généralement un motif de consultation impromptu qui s'ajoute au(x) précédent(s). Au regard de leur potentielle mortalité et de leur morbidité, il s'agirait de considérer les violences conjugales comme une étiologie à de nombreux symptômes. Il convient donc de les prendre en charge au même titre que d'autres. Les infirmier·ères Asalée pourraient être des aides précieuses. Les violences conjugales pourraient être intégrées à leur champ de compétence aux vues de leur caractère chronique. Ils·Elles pourraient procéder à un dépistage systématique ou poursuivre la consultation en cas de « révélations ».

Concernant la rémunération, une cotation incitative pourrait être mise en place afin de valoriser les prises en charge. Du côté de la patientèle, le 4ème plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016) stipulait que les victimes pourraient bénéficier d'une prise en charge à 100 % au titre de l'Affection Longue Durée. Cependant, elle n'a toujours pas été mise en place (89). Pourtant, une telle mesure pourrait améliorer les prises en charge des patientes victimes en leur offrant plus d'autonomie (contrôle des finances, des papiers, interdictions de conduire, etc), notamment en milieu rural.

Enfin l'amélioration du repérage des victimes de violences passe par celui de l'auteur.

IV.7.3. A plus grande échelle

Le dernier plan interministériel (2020-2022) pourrait voir le jour prochainement.

Le gouvernement a fait de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles « sa grande cause nationale » (90). Cependant, il supprime l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) pour cause budgétaire ce qui met fin à l'enquête de victimisation Cadre de vie et sécurité. Mme Hortense Lasbleis, journaliste pour Les Nouvelles News, rappelle que « *Ces informations sont très précieuses, car elles complètent*

les statistiques issues du ministère de l'Intérieur. En effet, celles-ci dépendent de l'intensité de l'activité des forces de l'ordre : si elles sont moins mobilisées sur une problématique, les chiffres vont avoir tendance à baisser, ce qui ne traduit pas pour autant une amélioration de la situation. Autre écueil : seules les personnes qui portent plainte entrent dans ces données, alors que c'est le cas de seulement une victime de viol sur 10, par exemple. De plus, même s'il dépendait du ministère de l'Intérieur, l'ONDRP avait l'avantage d'être indépendant. [...] A l'expérience individuelle (« moi, des frotteurs, j'en ai jamais vu »), on peut opposer une réalité chiffrée (267 000 victimes d'atteintes sexuelles dans les transports en deux ans, dont 85% de femmes). C'est un outil puissant utilisé par les militant.e.s, les associations, pour construire des politiques publiques efficaces... »(91). Malgré tout, une enquête devrait perdurer : « Le ministère de l'Intérieur a annoncé qu'il mettrait en œuvre des moyens financiers et humains pour garantir, par l'intermédiaire de son service statistique, la pérennité d'un dispositif d'enquête de victimisation. La réflexion sur le futur dispositif est d'ailleurs d'ores et déjà engagée, sous le pilotage du SSMSI et de l'Insee. Au risque qu'une plus forte dépendance au gouvernement ne biaise l'indépendance de la nouvelle enquête. Et qu'il ne soit pas possible de la comparer avec les éditions précédentes de la CVS» (91) .

Le 4ème plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016) prévoyait que le 3919 soit opérationnel 7j/7 24h/24. Cependant, les horaires en vigueur actuellement sont 9h à 22h du lundi au vendredi et de 9h à 18h les samedi, dimanche et jours fériés. Le grenelle des violences aurait mené à une demande d'extension de la permanence de la plateforme. Mme Marlène Schiappa, secrétaire d'État à l'Égalité Femmes/Hommes assure qu'elle sera joignable 7j/7 24h/24 d'ici la fin de l'année 2020 (92) .

Conclusion

Les violences conjugales sont un enjeu de santé publique dont les femmes sont les grandes victimes. Le·la médecin généraliste peut aider les victimes à sortir de ces situations potentiellement mortelles.

Les deux hypothèses de l'étude sont confirmées par notre travail. Celui-ci a permis de mettre en lumière que la majorité des femmes victimes de violences conjugales, qui ont consulté les structures spécialisées en Limousin, consultent leur médecin généraliste au moins ponctuellement. Elles se présentent principalement pour des douleurs, une asthénie et des troubles psychologiques, motifs qui doivent attirer l'attention des médecins. Le repérage des femmes victimes de violences conjugales est encore insuffisant. Leur orientation vers le réseau de soutien est pratiquement inexistante. Elles souhaiteraient être questionnées et pensent que c'est du ressort du·de la médecin quel que soit son genre. Elles attendent des médecins une écoute attentive, empathique, dénuée de jugement et encourageante. Elles espèrent qu'ils·elles les orientent vers les structures spécialisées. Le réseau disponible est probablement assez méconnu. Il existe un maillage à travers le Limousin dont les médecins généralistes peinent à se saisir, malgré les attentes des victimes. Son référencement dans le site Décliviolence devrait aider les médecins à aiguiller les victimes vers les structures les plus appropriées. La formation est nécessaire afin de ne pas méconnaître les violences conjugales, être à l'aise avec cette problématique et mieux connaître les acteurs du réseau de prise en charge.

Une analyse de la mise en commun des étude AVIC-MG régionales sera nécessaire. Une étude complémentaire pourrait concerner les femmes victimes dans la population générale. D'autres travaux pourraient juger de l'efficacité des recommandations et du site de référencement. Ne perdons pas de vue que cette étude n'a porté que sur une face du prisme des violences conjugales. Ainsi, il serait intéressant d'explorer les autres victimes des violences conjugales que sont les enfants. Enfin, la prise en charge des violences ne peut être complète sans celle des auteurs.

Références bibliographiques

1. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. 4eme plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016 [Internet]. Ministère des droits des femmes; Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/le-4eme-plan-interministeriels-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/>
2. 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? Nancy; 2016.
3. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, Vacher A. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2018. 2019 nov. (La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes). Report No.: 14.
4. Malhanche P. Déclic Violence — Site [Internet]. AIDE À LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES ENVERS LES FEMMES EN MÉDECINE GÉNÉRALE. 2018. Disponible sur: <http://declicviolence.fr/index.html>
5. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple_Comment agir [Internet]. 2019 juin. (Recommandation de bonne pratique). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
6. Simon S. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2017 Indicateurs annuels. Lett Obs Natl Violences Faites Aux Femmes. nov 2018;(13):24.
7. Ministère de l'Intérieur. Etude nationale relative aux morts violentes au sein du couple 2018 [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple>. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple>
8. Rodrigues M. Conséquences obstétricales et périnatales des violences conjugales au cours de la grossesse [Mémoire de Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. [Limoges]: Limoges; 2016.
9. Garcia-Moreno C, Guedes A, Kner W. WHO | Violence against women [Internet]. WHO. World Health Organization; Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/>
10. Conférences mondiales sur les femmes [Internet]. ONU Femmes. Disponible sur: <https://www.unwomen.org/fr/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
11. Jaspard M, Equipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Ined - Inst Natl D'études Démographiques [Internet]. janv 2001;population & sociétés(364). Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/nommer-et-compter-les-violences-envers-les-femmes-une-premiere-enquete-nationale-en-france/#tabs-2>

12. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » 2018 / L'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) / Interstats - Ministère de l'Intérieur [Internet]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2018>
13. Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Popul Soc.* 2016;N° 538(10):1-4.
14. Latourès A, Paci P. Cyber-violences conjugales Recherche-action menée auprès de femmes victimes de violences conjugales et des professionnel-le-s les accompagnant [Internet]. Centre Hubertine Auclert; 2018 nov. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/cp-cyberviolences-conjugales-mieux-comprendre-pour-mieux-protger>
15. Observatoire départemental des violences envers les femmes du département de Seine-Saint-Denis. Guide d'aide à l'entretien avec des femmes victimes de violences conjugales.
16. Coutanceau R, Salmona M. *Violences conjugales et famille.* Dunod. 2017. 264 p. (Psychothérapies).
17. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple. 2017 nov.
18. Henrion R. Dépistage des violences faites aux femmes. vingt-huitièmes journées nationales: Collège national des gynécologues et obstétriciens français; 2004 déc. Report No.: Tome XXVIII.
19. Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Série des Traités du Conseil de l'Europe-n° 210 mai 11, 2011.
20. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Ministère chargé de la justice. Violence conjugale [Internet]. Service-Public.fr Le site officiel de l'administration française. 2018. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
21. Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2017. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
22. Amnesty International. Qu'est-ce que la violence conjugale ? [Internet]. Amnesty International Belgique. Disponible sur: <https://www.amnesty.be/camp/droits-des-femmes/violence-conjugale/article/qu-est-ce-que-la-violence-conjugale>
23. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple- Argumentaire. 2019 p. 164. (Argumentaire scientifique).
24. Plan global de lutte contre les violences faites aux femmes 2005-2007.

25. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Secrétariat d'Etat à la solidarité. Deuxième plan global triennal 2008-2010 [Internet]. 2007 nov. Disponible sur: https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Plan2008_2010.pdf
26. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Rapport d'activité de la MIPROF 2013-2017 [Internet]. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/04/Rapport-dactivites-MIPROF_2017-.pdf
27. Le 4ème plan interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/le-4eme-plan-interministeriels-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/>
28. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé- Rapport au ministère chargé de la santé [Internet]. 2001 févr. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>
29. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). 2005 nov. (Recommandations professionnelles).
30. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations. Haute Autorité de Santé; 2011 p. 32.
31. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2016 mai.
32. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple- Comment repérer-évaluer [Internet]. 2019 juin. (Recommandation de bonne pratique). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
33. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
34. Lebas J, Morvant C, Chauvin P. Consequences of domestic violence on women's health and their management in primary health care. 2002; Disponible sur: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00089334>
35. Coq-chodorge C. Enquête - Violences conjugales - Comment repérer et orienter les victimes? Egora. 30 sept 2019;(228):14.
36. Lazimi G. Violences faites aux femmes. Rev Paticien - Médecine Générale. 24 oct 2005;19(706/707):1180.
37. Cannasse S. Entretien avec Ghada Hatem. Un puissant réseau de solidarités. Rev Paticien - Médecine Générale. 30 mars 2017;31(978):226-7.

38. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2012.
39. Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou M-F. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. *Éthique Santé*. 1 déc 2015;12(4):244-9.
40. Landzberg L. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille [Pour obtenir le grade de Docteur en médecine]. [Faculté de médecine de Marseille]: Aix-Marseille; 2015.
41. Info femmes : CNIDFF - Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles - Le réflexe égalité [Internet]. Disponible sur: <http://www.infofemmes.com/v2/accueil.html>
42. Une Fédération en action - Fédération Nationale Solidarité Femmes - FNSF [Internet]. Disponible sur: <http://www.solidaritefemmes.org/une-f%C3%A9d%C3%A9ration-en-action>
43. Organisation - France Victimes [Internet]. Disponible sur: <https://www.france-victimes.fr/index.php/nous-connaître/2015-06-16-21-30-20/organisation>
44. Le Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV) - Viols Femmes Informations 0 800 05 95 95 [Internet]. Collectif Féministe Contre le Viol. Disponible sur: <https://cfcv.asso.fr/le-collectif-feministe-contre-le-viol-cfcv/>
45. Libre de ses choix | Le planning familial [Internet]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr>
46. Femmes solidaires [Internet]. Disponible sur: <http://femmes-solidaires.org/?Nous-sommes>
47. FDFA / Notre vision, nos missions [Internet]. Disponible sur: <http://fdfa.fr/association/notre-vision-nos-missions/>
48. Voix de Femmes [Internet]. Disponible sur: <https://fr-fr.facebook.com/sarahavdf/>
49. Stop Mariage Forcé [Internet]. Disponible sur: <http://stop-mariageforce.fr/index.html>
50. Qui sommes-nous ? | Fédération GAMS [Internet]. Disponible sur: <https://federationgams.org/qui-sommes-nous-2/>
51. La délégation départementale / Le droit des femmes / Cohésion sociale et solidarité / Politiques publiques / Accueil - Les services de l'État dans la Creuse [Internet]. Disponible sur: <http://www.creuse.gouv.fr/Politiques-publiques/Cohesion-sociale-et-solidarite/Le-droit-des-femmes/La-delegation-departementale>

52. Fillon F. Circulaire du 7 juillet 2008 relative à l'organisation de l'administration départementale de l'Etat. JORF n°0159 juill 9, 2008 p. 11009.
53. Pessiot V. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste : démarches éthiques et administratives préalables à la réalisation d'une étude multicentrique transversale et étude de faisabilité au sein d'une structure d'accueil de femmes victimes de violences conjugales de Clermont-Ferrand, l'association Victimes Ecoute Conseils 63 (AVEC63). [Clermont-Ferrand]: Clermont Auvergne; 2019.
54. Peyrelongue M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG en Aquitaine [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en médecine]. Université de Bordeaux; 2020.
55. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2020 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
56. Uriburu ME, Martinez F, Pierre M, Latoures A. Violences à l'encontre des femmes en ile-de-france : Situations et parcours de femmes victimes de violences conjugales, données 2013. Observatoire Régionale des Violences faites aux Femmes; 2015 mai.
57. Chiffres clés - Fédération Nationale Solidarité Femmes - FNSF [Internet]. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.solidaritefemmes.org/chiffres-cl%C3%A9s>
58. Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Repérer et aider les victimes. Rev Prat-Médecine Générale. 26 sept 2005;19(702/703):10.
59. Martin L. Violences faites aux femmes - Les médecins doivent faire plus ! Panor Médecin. 14 mai 2012;(5265):12-4.
60. Vicard M. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. [Internet]. Clermont Auvergne; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01812561/document>
61. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römken R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. Br J Gen Pract. 1 mai 2007;57(538):396-400.
62. Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Taft A. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 1 juill 2008;58(552):484.
63. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The « battering syndrome »: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Ann Intern Med. 15 nov 1995;123(10):737-46.
64. Escribà-Aguir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Martín-Baena D, et al. Partner violence and psychological well-being: buffer or indirect effect of social support. Psychosom Med. mai 2010;72(4):383-9.
65. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie [Internet]. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2016. Disponible sur:

66. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
67. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med*. mai 2000;9(5):451-7.
68. Loeffen MJW, Lo Fo Wong SH, Wester FPJF, Laurant MGH, Lagro-Janssen ALM. Are gynaecological and pregnancy-associated conditions in family practice indicators of intimate partner violence? *Fam Pract*. 2016;33(4):354-9.
69. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: Abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns*. 1 mars 2008;70(3):386-94.
70. Biglia E. Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale: expériences et attentes de femmes victimes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2012.
71. Koziol-McLain J, Giddings L, Rameka M, Fyfe E. Intimate Partner Violence Screening and Brief Intervention: Experiences of Women in Two New Zealand Health Care Settings. *J Midwifery Womens Health*. 1 nov 2008;53(6):504-10.
72. Mørk T, Andersen PT, Taket A. Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 3 juin 2014;14(1):74.
73. Othman S, Goddard C, Piterman L. Victims' Barriers to Discussing Domestic Violence in Clinical Consultations: A Qualitative Enquiry. *J Interpers Violence* [Internet]. 8 déc 2013; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260513507136>
74. Buchaillet C, Jousset N, Rougé-Maillart C. Violences conjugales. *Rev Prat-Médecine Générale*. mai 2014;28(922):417-22.
75. Pahl J. The general practitioner and the problems of battered women. *J Med Ethics*. sept 1979;5(3):117-23.
76. Dupre O. Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste : Quelles sont leurs attentes? *Revue de la littérature*. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
77. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales: évolution des pratiques en 10 ans. [Université Paris 6 –Pierre et Marie Curie-Faculté de médecine]: Université Paris 6 – Pierre et Marie Curie; 2012.
78. Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. *Aust N Z J Public Health*. 1 oct 2001;25(5):433-7.

79. Daron M. Démarches entreprises par les femmes victimes de violences conjugales suite à leur prise en charge à l'unité médico-judiciaire d'Angers : étude rétrospective de 84 victimes. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en médecine]. [Angers]: Université d'Angers; 2016.
80. Hegarty K. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. Aust N Z J ... [Internet]. Disponible sur: https://www.academia.edu/16528551/Overcoming_the_barriers_to_disclosure_and_inquiry_of_partner_abuse_for_women_attending_general_practice
81. Violences faites aux femmes : « La honte doit changer de camp » [Internet]. Franceinfo. 2016. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/societe/droits-des-femmes/violences-contre-les-femmes-la-honte-doit-changer-de-chtml_1934649.html
82. Jort M. Recommandations de la HAS Violences conjugales : comment repérer et orienter les victimes ? Concours Méd. nov 2019;(141):10-1.
83. Bazex H, Thomas A, Combalbert N, Lignon S. La création d'un réseau pluridisciplinaire de prévention de la violence conjugale. L'Encéphale. 1 févr 2010;36(1):62-8.
84. Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. 2014-873 août 4, 2014.
85. Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Evaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire. [Pour obtenir le diplôme d'état de Docteur en médecine générale]. [Nantes]: Nantes; 2006.
86. Rossi S. Goupy, F., Le Jeune, C., dir. (2016). La médecine narrative – Une révolution pédagogique ? Paris : Éditions Med Line. Éducation Social Cah CERFEE [Internet]. 10 sept 2018 [cité 23 mars 2020];(49). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/edso/3134>
87. Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. Oxford University Press; 2008. 285 p.
88. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
89. Définition de l'ALD [Internet]. l'Assurance Maladie. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
90. Violences conjugales : le Gouvernement s'engage [Internet]. Gouvernement.fr. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/violences-conjugales-le-gouvernement-s-engage-avec-un-grenelle>
91. Lasbleis H. Disparition du principal organisme mesurant les violences sexistes et sexuelles [Internet]. Les Nouvelles News, l'autre genre d'info. 2019. Disponible sur: <https://www.lesnouvellesnews.fr/disparition-du-principal-organisme-mesurant-les-violences-sexistes-et-sexuelles/>

92. AFP, De Sakutin S. Violences conjugales : le 3919 permanent « d'ici la fin de l'année » [Internet]. Ouest-France.fr. 2020. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/societe/droits/droits-des-femmes/violences-conjugales-le-3919-permanent-d-ici-la-fin-de-l-annee-6770933>
93. Ministère de l'Intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple - 2018. 2019 juill p. 30.
94. Chavez A. La violence conjugale [Internet]. Institut de Victimologie. Disponible sur: http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psycho-traumatique/violences-conjugales_27.html

Annexes

Annexe 1. Victimes de violences commises par le ou la partenaire enregistrées par les forces de sécurité en France en 2018, d'après la Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes N°14.....	99
Annexe 2. Répartition du nombre de morts violentes au sein du couple en France en 2018 (93).....	100
Annexe 3. Répartition du ratio entre le nombre de morts et la population par département (93).....	101
Annexe 4. Résultats ENVEFF (11).....	102
Annexe 5. Roue du pouvoir et du contrôle (15).....	103
Annexe 6. Campagnes d'information.....	104
Annexe 7. Réseaux nationaux d'aide aux victimes.....	105
Annexe 8. Réseau pluri-professionnel de proximité de la Corrèze.....	106
Annexe 9. Réseau pluri-professionnel de proximité de la Creuse.....	109
Annexe 10. Réseau pluri-professionnel de proximité de la Haute-Vienne.....	111
Annexe 11. Notice d'information.....	115
Annexe 12. Affiche salle d'attente.....	116
Annexe 13. Questionnaire.....	117
Annexe 14. Avis Comité Éthique.....	119
Annexe 15. Réponses à la treizième question.....	120

Annexe 1. Victimes de violences commises par le ou la partenaire enregistrées par les forces de sécurité en France en 2018, d'après la Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes N°14.

Tableau 5: Victimes de violences conjugales enregistrées par les forces de sécurité en 2018.

	VICTIMES FEMMES	VICTIMES HOMMES	TOTAL	% de femmes parmi les victimes
CRIMES (hors homicides)				
Viols	2 930	30	2 960	99 %
Autres crimes sur partenaires	30	10	40	75 %
DÉLITS				
Agressions sexuelles	550	20	570	96 %
Violences volontaires, avec ou sans incapacité total de travail	79 700	11 400	91 100	87 %
Menaces de mort	12 160	1 270	13 430	91 %
Harcèlement et autres menaces	13 050	1 670	14 720	89 %
TOTAL	108 420	14 400	122 820	88 %

Annexe 2. Répartition du nombre de morts violentes au sein du couple en France en 2018 (93)

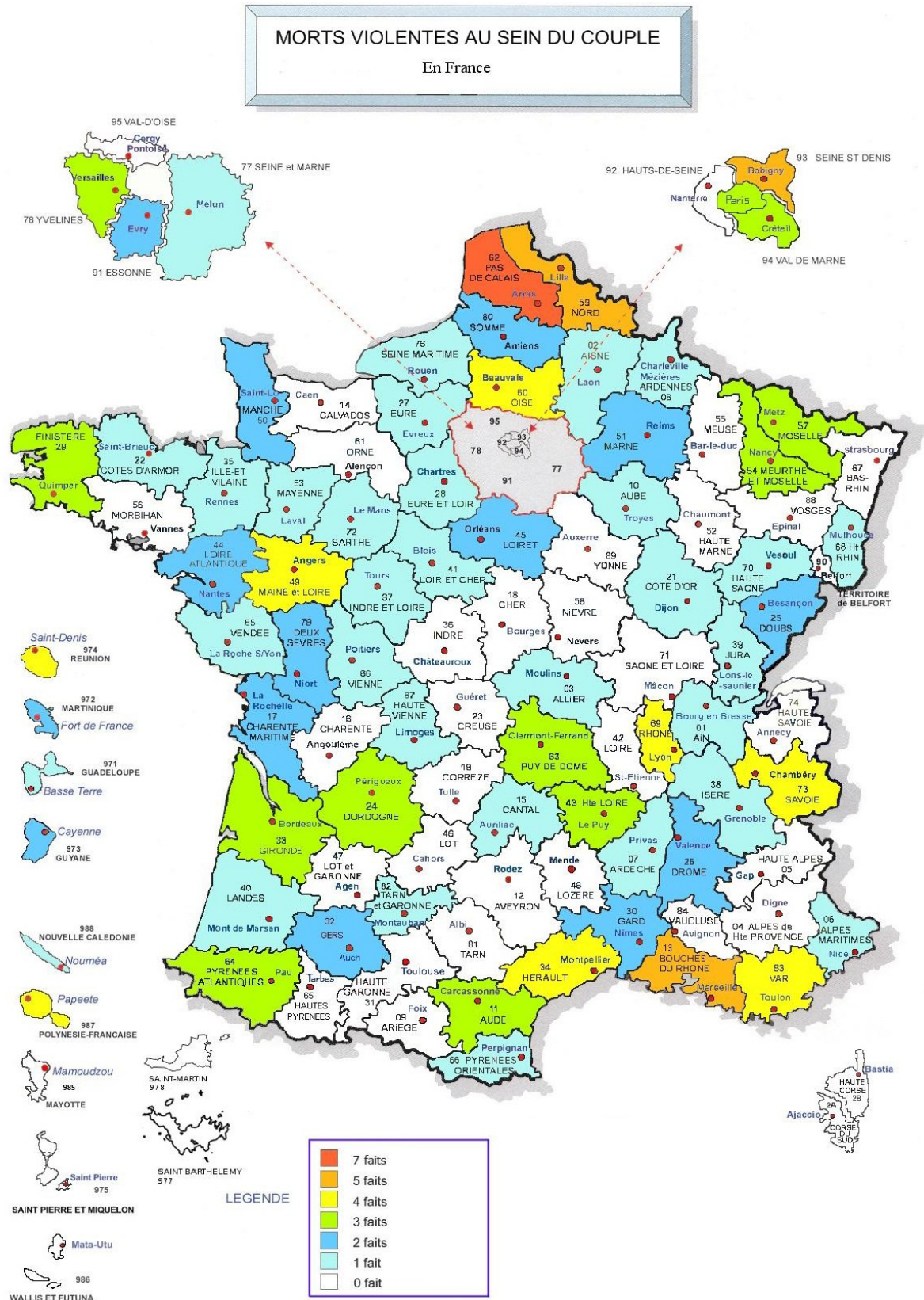


Figure 15: Répartition du nombre de morts violentes au sein du couple en France en 2018

Annexe 3. Répartition du ratio entre le nombre de morts et la population par département (93).



Figure 16: Ratio entre le nombre de morts et la population par département d'après l'Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, 2018

Annexe 4. Résultats ENVEFF (11)

Tableau 1 - Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois selon l'âge (en %)

Type de violence	20-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-59 ans	Ensemble
Dans l'espace public*	(n=717)	(n=1 934)	(n=2 122)	(n=2 197)	(n=6 970)
Insultes et menaces verbales	24,9	15,2	11,7	8,6	13,2
Agressions physiques	2,8	1,6	1,2	1,7	1,7
Être suivie	12,4	5,8	4,0	2,8	5,2
Exhibitionnisme	8,9	3,3	1,7	1,2	2,9
Avances et agressions sexuelles	6,5	2,6	0,9	0,5	1,9
Indice global de harcèlement sexuel (1)	21,9	9,9	5,9	3,9	8,3
Au travail**	(n=335)	(n=1 409)	(n=1 596)	(n=1 408)	(n=4 748)
Insultes et menaces verbales	11,7	10,1	8,8	6,2	8,5
Pressions psychologiques	20,2	18,6	15,2	15,7	16,7
– dont harcèlement moral (2)	5,2	4,7	3,6	3,1	3,9
Destruction du travail, de l'outil de travail	3,6	2,8	2,3	1,3	2,2
Agressions physiques	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6
Harcèlement sexuel	4,3	2,8	1,9	0,7	1,9
Violences conjugales***	(n=464)	(n=1 707)	(n=1 872)	(n=1 865)	(n=5 908)
Insultes et menaces verbales	6,1	4,1	4,3	3,9	4,3
Chantage affectif	2,7	1,4	2,3	1,6	1,8
Pressions psychologiques	51,2	40,1	35,4	32,6	37,0
– dont harcèlement moral (3)	12,1	8,3	7,5	6,5	7,7
Agressions physiques	3,9	2,5	2,5	2,2	2,5
Viols et autres pratiques sexuelles imposées	1,2	0,9	1,0	0,6	0,9
Indice global de violence conjugale (4)	15,3	11,0	10,0	8,0	10,0

(1) Avoir, au moins une fois, été suivie ou en présence d'un exhibitionniste, ou avoir subi des avances ou une agression sexuelle. (2) Parmi les trois composantes de cet indice (brimades, critiques ou dénigrement, mise à l'écart), l'une au moins a une occurrence fréquente. (3) Avoir subi plus de trois faits constitutifs des pressions psychologiques dont l'un au moins a une occurrence fréquente. (4) Avoir subi du harcèlement moral ou des insultes répétées, ou du chantage affectif, ou des violences physiques ou sexuelles.

Champ : * ensemble des femmes de 20 à 59 ans ; ** femmes de 20 à 59 ans ayant exercé une activité professionnelle au cours des 12 mois précédant l'enquête ; *** femmes de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Source : enquête Enveff, 2000.

Figure 17: Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois selon l'âge, d'après les résultats de l'ENVEFF

Annexe 5. Roue du pouvoir et du contrôle (15)



Figure 18: Roue du pouvoir et du contrôle

Annexe 6. Campagnes d'information



Figure 19: Campagne d'information du Plan global de lutte contre les violences faites aux femmes (2005-2007)



Figure 20: Campagne d'information du plan global triennal de lutte contre les violences faites aux femmes (2008-2010)



Figure 21: Campagne du plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes (2011 – 2013)



Figure 22: Campagne d'information du 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019)



Figure 23: Campagne du plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes (2011 – 2013)



Figure 24: Campagne du 4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016)

Annexe 7. Réseaux nationaux d'aide aux victimes

Tableau 6: Contacts des réseaux nationaux d'aide aux victimes de violences conjugales

Associations	Site internet	Contacts
FNCIDFF	www.infofemmes.com	
FNSF	www.solidaritefemmes.asso.fr	N° national violences femmes info 3919
France Victimes	www.france-victimes.fr	N° national d'aide aux victimes 116006
CFCV	www.cfcv.asso.fr	0 800 05 95 95
Femmes Solidaires	www.femmes-solidaires.org	
FDFA	www.femmespourledire.asso.fr	FDFA a mis en place en 2015 le numéro d'appel national gratuit « Écoute Violence Femmes Handicapées » 01 40 47 06 06. L'accueil téléphonique se fait le lundi de 10 h à 13 h et de 14 h 30 à 17 h 30 et le jeudi de 10 h à 13 h.
MFPF	www.planning-familial.org	
Voix de femmes	www.association-voixdefemmes.fr	SOS Mariage forcé 01 30 31 05 05.
GAMS	www.federationgams.org	

Annexe 8. Réseau pluri-professionnel de proximité de la Corrèze

Tableau 7: Contacts du réseau de soins de proximité en Corrèze

DDDFE		
Mme Anne-Marie Chastré anne-marie.chastre@correze.gouv.fr		
05 87 01 90 95		
Réseau de soins de proximité		
Spécialités	Nom et coordonnées	N° de téléphone
Service d'urgence du secteur (médecin référent Violences faites aux Femmes)	Dr Pierre Bousquet, CH Brive-la-Gaillarde	05 55 92 60 09
	Dr Vincent Mouret, CH Tulle	05 55 29 79 55
	Dr Mohammed Es Salhi,	05 55 96 44 70
Service UMJ ¹	CH Tulle, 3, Place Maschat, Tulle	05 55 29 79 79
Service d'accueil des victimes	Urgences CH Ussel	05 55 96 44 70
Service d'accueil des victimes	Urgences CH Brive-la-Gaillarde	05 55 92 60 09
Pédiatre (médecin référent en cas de maltraitance)	Dr Vincent Mouret	05 55 29 79 79
Réseau périnatal de proximité		05 55 88 85 57
Unité d'Accueil pour les Personnes en Situation de Détresse psychologique et sociale dite « Passerelle ».	CH Tulle, Bâtiment BUCSI, 3 place Maschat, Tulle	05 55 29 80 55
CAVAS (Centre d'accueil des victimes d'agression sexuelle)	-	-
Psychiatre	-	-
Psychologue	-	-

Tableau 8: Contacts du réseau médico-social de proximité de Corrèze

Réseau médico-social de proximité		
Spécialités	Nom et coordonnées	N° de téléphone
SIAO19 N°115		
ou 05 55 17 93 33 siao19@assoleroc.fr		
Assistante sociale	Cf PMI	Cf PMI
Centre de planification et PMI	Argentat 7 Bis, Avenue du 11 Novembre	05 19 07 82 01
	Bort-les-Orgues 1, Avenue de Mareges	05 19 07 82 17
	Brive Centre 10, Avenue Général Leclerc Maréchal de France	05 19 07 82 50

1 mercredi matin pour les enfants, mercredi après midi pour les adultes.

	Brive Est	85, Avenue Georges Pompidou	05 19 07 81 32
	Brive Ouest	1, Place Jacques Cartier	05 19 07 82 66
	Egletons	Rue Bernard de Ventadour	05 19 07 82 90
	Juillac	Nouvelle Avenue	05 55 93 79 21
	Meymac	20, Place des Porrots	05 19 07 83 12
	Meysac	Poncher	05 19 07 81 32
	Tulle	36, Rue Anne Vialle	05 55 93 73 17
	Ussel	35-37, Avenue du Général Leclerc	05 19 07 83 30
	Uzerche	Avenue de la Borie Blanche	05 19 07 83 70
Accueils de jour des victimes de violences ¹	Inform'Elles Brive-la-Gaillarde ² : 11, Rue Normandie Niemen		05 55 25 61 52 inform-elles@orange.fr
	Inform'Elles Tulle ³ : 3, Rue Louisa Paulin		05 55 21 92 47 inform-elles@orange.fr
	Uss'Elles ⁴ : 22 Rue de la Civadière, Ussel		06 78 18 46 72 nicolesalesse2@gmail.com
Conseillère conjugale Planning familial	UDAF (Union départementale des associations familiales)12, Place Martial-Brigouleix, Tulle		05 55 29 98 40 / 07 61 41 22 61
CMP (Centres médico-psychologiques) non spécifique	CH Brive-la-Gaillarde CH Tulle		05 55 74 29 02 05 55 20 17 11
FNSF – Fédération nationale solidarité femmes	SOS Violences Conjugales		05 55 88 20 02 sosviolencesfemmes@gmail.com

1Il existe une permanence, le deuxième mercredi de chaque mois, de 9h à 12h à la Maison municipale du Bénévolat de Brive, à destination des femmes en situation de handicap. 05 55 88 20 02.

2Du lundi au jeudi de 9h à 12h et de 14h à 18h et le vendredi de 9h à 12h

3Le lundi, jeudi et vendredi en continu de 10h à 16h

4Les 1er et 3e mardis du mois.

Tableau 9: Contacts du réseau judiciaire de proximité de Corrèze

Réseau judiciaire de proximité		
Spécialités	Nom et coordonnées	N° de téléphone
Tribunal de grande instance	Tribunal de Grande Instance de Brive, Boulevard du Maréchal Lyautey	05 87 49 32 00
	Tribunal de Grande Instance de Tulle, 9, Quai Gabriel Péri	05 55 20 24 01
Procureur de la République		
Cellule de recueil des informations préoccupantes (nom du médecin référent de la CRIP)	9, Rue René et Emile Fage, Tulle	05 55 93 73 47 et 05 55 93 73 48
Intervenant.e social.en commissariat et gendarmerie	Commissariat de Brive-la-Gaillarde	06 26 74 44 40
Bureau d'aide aux victimes	TGI Brive-la-Gaillarde	05 55 17 77 77
	TGI Tulle	05 55 20 24 01
Ordre des avocats départemental	4, Rue Bernard Patier, Brive-la-Gaillarde ⁵	05 55 23 58 47 barreaudebrive@orange.fr
	9, Quai Gabriel Péri , Tulle ⁶	05 55 26 00 79 ordretulle@orange.fr
Association du réseau CNIDFF Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles	CIDFF Antenne Corrèze ⁷ 53, Avenue Alsace Lorraine, Brive-la-Gaillarde	05 55 17 26 05 cridff19@wanadoo.fr
France Victimes/ARAVIC	Maison des associations 3ème étage 11, Place Jean Marie Dautzier, Brive-la-Gaillarde	05 55 23 26 42 aravic.19@wanadoo.fr
Centre Départemental d'Accès au Droit ⁸	9, quai Gabriel Péri, Tulle	05 55 20 31 03 instancecdad-correze@justice.fr

5 Lundi, mardi, jeudi, vendredi 8h-12h et 13h30-16h30, mercredi 8h-12h.

6 Lundi, mardi, jeudi 8h15-12h15 et 13h45-17h30, mercredi 8h15-12h15 et 13h45-16h.

7 Lundi 13h-16h30, mardi, jeudi, vendredi 9h-11h30 et 13h-16h30

8 Des points d'accès aux droits existent également à Brive-la-Gaillarde, Ussel et Argentat.

Annexe 9. Réseau pluri-professionnel de proximité de la Creuse

Tableau 10: Contacts du réseau de soins de proximité en Creuse

DDDFE		
Mme Agnès Zeppa agnes.zeppa@creuse.gouv.fr		
05 55 41 55 41		
Réseau de soins de proximité		
Spécialités	Nom et coordonnées	N° de téléphone
Service d'urgence du secteur (médecin référent Violences faites aux Femmes)	CH Guéret, Dr Mouna Jeddi	05 55 51 70 30
Service d'accueil des victimes	CH Guéret	05 55 51 70 30
Pédiatre (médecin référent en cas de maltraitance)	-	-
Réseau périnatal de proximité	-	-
Consultations de soins spécialisés en psycho-traumatologie	CH La Valette, Saint Vaury Mme Kelly Lermarchand	05 55 52 50 35
CAVAS (Centre d'accueil des victimes d'agression sexuelle)	-	-
Psychiatre	-	-
Psychologue	Mme Kelly Lermarchand	05 55 52 50 35

Tableau 11: Contacts du réseau médico-social de proximité de Creuse

Réseau médico-social de proximité		
Spécialités	Nom et coordonnées	N° de téléphone
SIAO23 N°115 ou 05 55 41 73 40 www.sao-chrs-gueret.org		
Assistant.e social.e	Assistant.e social.e de secteur , UTAS	Cf PMI
Centre de planification et PMI	Centre PMI d'Aubusson 1, Allée Jean-Marie-Couturier	05 44 30 26 32
	Centre PMI de Bourganeuf, avenue de la gare	05 44 30 26 32
	Centre PMI de Guéret 20, Boulevard Guillaumin	05 44 30 26 30
	Centre PMI de La Souterraine Unité territoriale d'action sociale 14, Boulevard Mestadier	05 44 30 26 32
Accueil de jour des victimes de violences	Intermède ¹ 23, 5 rue de la madeleine, Guéret	05 55 41 73 46 intermede@comiteaccueilcreusois.fr
Conseillère conjugale Planning-familial		05 44 30 26 32
CMP (Centres médico-psychologiques)	17 Avenue Pierre Mendès France, Guéret	05 55 52 37 68

1 Dépend de l'association Comité d'Accueil Creusois, situé 6 rue Salvador Allende à Guéret, BP312, 23007 Guéret Cédex. N°05 55 41 73 40, cac23-sao@orange.fr

Tableau 12: Contacts du réseau judiciaire de proximité de Creuse

Réseau judiciaire de proximité		
Spécialités	Nom et coordonnées	N° de téléphone
Tribunal de grande instance	23, Place Bonnyaud, Guéret	05 55 51 93 59
Procureur de la République	-	-
Cellule de recueil des informations préoccupantes (nom du médecin référent de la CRIP)	Pôle Jeunesse et Solidarités 13 rue Joseph Ducouret 23000 Guéret	05 44 30 24 61 05 44 30 24 60
Intervenant.e social.en commissariat et gendarmerie	Isabelle Gorce Se déplace dans les commissariats, gendarmerie et à domicile	06 79 83 81 13 igorce@creuse.fr
Bureau d'aide aux victimes	23, Place Bonnyaud, Guéret ¹	05 55 51 93 59
Ordre des avocats départemental	23, Place Bonnyaud, Guéret	05 55 52 45 09 avocats.creuse@orange.fr
Association du réseau CNIDFF Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles	CIDFF 23 Immeuble de la CAF, rue Marcel Brunet, Guéret ²	05 55 52 99 41
France Victimes	France victime 23/ ARAVIC 23 Cité Administrative Bât. B, 1er étage 17, place Bonnyaud, Guéret	05 55 52 39 81
Centre départemental d'accès au droit	23, Place Bonnyaud, Guéret	05 55 51 93 59 cdad-creuse@justice.fr

1 Les mercredis matin de 8h15 à 12 heures et jeudis après-midi de 13h30 à 17 heures.

2Des permanences sont organisées à Aubusson, Bourganeuf et La Souterraine.

Annexe 10. Réseau pluri-professionnel de proximité de la Haute-Vienne

Tableau 13: Contacts du réseau de soins de proximité en Haute-Vienne

DDDFE		
Mme Sophie Raix sophie.raix@haute-vienne.gouv.fr		
05 19 76 12 30		
Réseau de soins de proximité		
Spécialités	Nom et coordonnées	N° de téléphone
Service d'urgence du secteur (médecin référent Violences faites aux Femmes)	Dr Alexandra Appert, CHU Dupuytren, 2 avenue Martin Luther King, Limoges	05 55 05 64 45 (standard des urgences)
Service UMJ	CHU Dupuytren, 2 avenue Martin Luther King, Limoges	05 55 05 80 74
Pédiatre (médecin référent en cas de maltraitance)	-Pédiatres référentes : Dr Véronique Messenger et Dr Christine Laguille -Pédopsychiatrie, consultations psychotraumatismes	05 55 05 64 61 (standard des urgences pédiatriques)
		05 55 43 12 60
Réseau périnatal de proximité	Unité mère/bébé, 15 rue du Dr Marcland, Limoges	05 55 43 13 88
Consultations de soins spécialisés en psychotraumatologie ¹	Unité de victimologie : - CMP Van Gogh, 10 rue du petit tour, Limoges -CH Esquirol bâtiment Gilbert Ballet, 1er étage	05 55 43 13 33 victimologie@ch-esquirol-limoges.fr
CAVAS (Centre d'accueil des victimes d'agression sexuelle)	UMJ CHU Dupuytren ou Dr Hugues Caly, HME ² , 8 avenue Dominique Larrey, Limoges	05 55 05 66 07
Psychiatre	Dr Murielle Artus	05 55 43 13 33
Psychologue	CMP Van Gogh	05 55 43 13 33

Tableau 14: Contacts du réseau médico-social de proximité de Haute-Vienne

Réseau médico-social de proximité		
Spécialités	Nom et coordonnées	N° de téléphone
SIAO87 N°115 ou 05 55 79 27 59 siao87@arsl.fr		
Assistante sociale	Conseil départemental : service social	05 44 00 15 29
PMI	Aixe-sur-Vienne 10, Avenue des Vilas	05 55 70 47 73
	Ambazac 13, Rue Gay Lussac	05 55 37 90 09
	Bellac 32, Rue Vincent Auriol	05 55 68 15 87
	Bessines 6 bis, Avenue de la Libération	05 55 76 66 60

1La prise de rendez vous se fait par le médecin.

2Sur rendez-vous et réquisition.

	Châteauneuf-la-Forêt	5, Impasse des Thuyas	05 55 69 65 00
	Eymoutiers	7, Rue du Pré Thibaud	05 55 69 13 92
	Isle	Place Georges Dumas	05 55 14 13 00
	Le-Palais-sur-Vienne	57, Rue Jean Jaurès	05 55 35 08 30
	Limoges - Beaubreuil	36, Allée Fabre d'Eglantine	05 55 35 48 40
	Limoges – Bellevue	1, Rue André Messager	05 55 50 44 25
	Limoges - Les Coutures	4 bis, Avenue Locarno	05 55 45 13 30
	Limoges - Les Portes Ferrées	32, Rue Domnolet Lafarge	05 55 30 09 90
	Limoges -La Bastide	46 rue Camille Pissaro	05 55 37 63 63
	Limoges – René Coty	24, Avenue du Président René Coty	05 55 49 19 99
	Limoges – Résistance Limousine	2, Rue de la Résistance Limousine	05 55 11 95 20
	Limoges-Vigenal	8, Rue Etienne Baluze	05 55 37 70 69
	Nexon	25, Rue François Chénieux	05 55 58 30 91
	Panazol	4, Rue de la Liberté	05 55 01 56 34
	Rochechouart	Place de la Gare	05 55 03 96 76
	Saint-Junien	2, Rue Alfred de Musset	05 55 43 06 06
	Saint-Leonard-de-Noblat	11, Rue de Beaufort	05 55 56 02 76
	Saint-Yrieix-la-Perche	47, Boulevard de l'Hôtel de ville	05 55 08 34 00
Centre de Planification	Espace Choisir	Hôpital de la Mère et de l'Enfant 8, avenue Dominique Larrey, Limoges	05 55 05 61 32
	Carmes ¹	8, Place des Carmes Rez	05 55 14 13 12

1 les mercredis de 13h30 à 17h30

	de Chaussée	
	Saint-Junien Centre Hospitalier Roland Mazoin Service gynécologie-obstétrique Rue Chateaubriand	05 55 43 50 00
	Saint-Yrieix-la-Perche ¹ Centre Hospitalier Jacques Boutard, Rez-de-Chaussée de l'hôpital, Place du Président Magnaud	05 55 75 76 16
Pôles de référence régional d'accueil des victimes de violences	ARSL 11 Rue Malesherbes, Limoges	05 55 79 89 03
Conseillère conjugale Planning familial	Cf planning familial	Cf planning familial
CMP (Centres médico-psychologiques)	CMP Van Gogh	05 55 43 13 33

Tableau 15: Contacts du réseau judiciaire de proximité de Haute-Vienne

Réseau judiciaire de proximité		
Spécialités	Nom et coordonnées	N° de téléphone
Cours d'Assises	Palais de Justice de Limoges 17 Place d'Aine	05 55 11 81 00
Tribunal de grande instance	23 Place Winston Churchill, Limoges	05 87 19 34 00
Procureur de la République		
Cellule de recueil des informations préoccupantes (nom du médecin référent de la CRIP)	Hôtel du Département, 11 rue François Chénieux, Limoges	05 44 00 11 84
Intervenant.e social.en commissariat et gendarmerie	Hôtel de police de Limoges, 84 avenue Emile Labussière	05 55 14 30 00 (standard de l'hôtel de police)
Bureau d'aide aux victimes	23 Place Winston Churchill, Limoges	05 87 19 34 00
Ordre des avocats départemental*	8, Place Winston Churchill, Limoges	05 55 34 40 63
Association du réseau CNIDFF Centre National	CIDFF du Limousin 46 avenue des bénédictins, Limoges ²	05 55 33 86 00 cridff.limousin@wanadoo.fr

1Les jeudis de 12h00 à 17h00.

2Des permanences sont organisées à Ambazac, Bellac, Saint-Junien, Saint-Yrieix-la-Perche, et à Limoges au sein de la CAF, des maisons du départements de la Bastide, Beaubreuil et

d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles		
France Victimes	7 Bis rue du Général Cérès, Limoges	05 55 32 68 10 contact@france-victimes87.fr
Centre départemental d'accès au droit	23, Place Winston Churchill, Limoges	05 87 19 34 00

* Plusieurs permanences sont organisées :

- "AVO Droits Les Jeunes" à la maison de l'avocat au 8 rue Winston Churchill à Limoges. Chaque mercredi des avocats spécialisés reçoivent les jeunes, de 14h30 à 16h gratuitement et sans rendez-vous.

- "AVO Droit Les Jeunes" à la maison des adolescents de la Haute-Vienne au 1 place de la Préfecture à Limoges. Chaque 3ème mercredi du mois (sauf en juillet et août), des avocats spécialisés reçoivent gratuitement les jeunes. Ce dispositif est accessible au 05 55 12 76 00.

- Maison de la justice et du droit de Saint-Junien. Chaque 3ème mardi du mois après-midi (sauf août), des avocats reçoivent gratuitement les personnes ayant des ressources faibles qui souhaitent obtenir un conseil d'Avocat. S'adresser à la Maison de la Solidarité située 2 rue Alfred de Musset à Saint-Junien et joignable au 05 55 43 06 06.

- Maison de la justice et du droit de Beaubreuil située au 38 rue Rhin et Danube à Beaubreuil. Chaque 3ème mercredi du mois après-midi (sauf du 14 juillet au 31 août) des avocats reçoivent gratuitement les personnes ayant des ressources faibles qui souhaitent obtenir un conseil d'Avocat. Cette antenne est joignable au 05 55 04 04 05.

du Val de l'Aurence.

Annexe 11. Notice d'information



Etude AVIC-MG



Attentes des femmes **VI**ctimes de violences **C**onjugales envers leur **M**édecin **G**énéraliste

Madame,

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

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

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

Investigateurs Limousin

Leslie LELONG, médecin généraliste (Limoges)

Dr Karen RUDELLE, médecin généraliste (Saint-Yrieix-La-Perche) - Chef de Clinique Universitaire, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine, 2 rue du Docteur Marcland, 87025 Limoges.

Coordinateur d'Etude

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

Figure 25: Note d'information

Annexe 12. Affiche salle d'attente

Etude AVIC-MG

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

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

Merci d'avance de votre précieuse participation,

Leslie LELONG, médecin généraliste, en thèse de médecine générale sur l'étude AVIC-MG
Dr Karen RUDELLE, médecin généraliste

Dr Mathilde VICARD-OLAGNE, médecin généraliste, coordinateur d'étude

Figure 26: Affiche salle d'attente

Annexe 13. Questionnaire

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

- Seule
- Avec votre conjoint
- Ça dépend des fois

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

- Oui
- Non

Commentaires éventuels :

.....

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

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

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

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

Pour tout renseignement, vous pouvez nous contacter par mail : mathilde.vicard-olagne@uca.fr



Etude **AVIC-MG**

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



1. Quel est votre âge :
- 18-25 ans 26-35 ans 36-45 ans 46-55 ans 56-65 ans Plus de 65 ans
2. Avez-vous des enfants ? oui non Si oui, combien ?
3. De quel(s) type(s) de violence avez-vous été victime de la part de votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) :
- PHYSIQUES (recevoir des coups, des claques, ... être poussé, ...) oui non
 - PSYCHIQUES (insultes, menaces, intimidations, interdictions, imposition d'une croyance/idéologie,....) oui non
 - SEXUELLES (rapports ou pratiques sexuels sans que vous soyez d'accord) oui non
 - ECONOMIQUES (ne pas avoir accès aux moyens de paiement) oui non
4. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ?
- pour vous-même :
- aucune 1 à 2 fois 3 à 5 fois 6 fois ou plus
- pour vos enfants :
- aucune 1 à 2 fois 3 à 5 fois 6 fois ou plus
5. Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous allé(e) le voir, au cours des 12 derniers mois ?
- pour évoquer directement les violences subies oui non
 - pour un traumatisme/ blessure physique oui non
 - pour de la tristesse oui non
 - pour de l'angoisse oui non
 - pour des difficultés à dormir oui non
 - pour un problème gynécologique oui non
 - pour une prescription de contraception (pilule, implant,....) oui non
 - pour des douleurs oui non
 - pour de la fatigue oui non
 - pour une demande de prescription de médicaments psychotropes (somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs par exemple) oui non
 - pour un suivi et/ou le renouvellement d'un traitement que vous prenez habituellement oui non
 - pour un certificat ou attestation de suivi pour violences oui non
 - pour vos enfants oui non
 - autre : lequel ?
6. Avez-vous déjà parlé des violences conjugales dont vous êtes victimes avec un médecin généraliste ?
- oui, un médecin généraliste m'a déjà demandé si j'étais victime de violences conjugales
- oui, c'est moi même qui ai abordé la question
- un médecin m'a déjà posé la question mais je n'ai pas répondu
- non
- Je ne me rappelle pas
- Commentaires éventuels :
.....
7. Est-ce que vous auriez (avez) aimé que la question des violences conjugales soit abordée par le médecin généraliste ?
- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
8. Pensez-vous que cela fait partie du rôle du médecin généraliste d'aborder la question des violences conjugales ?
- Oui
- Non
9. Qu'est-ce qui vous a mené jusqu'à cette association ? (Plusieurs choix possibles)
- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Autres médecins (urgentiste, psychiatre...)
- Sage-femme
- Autres soignants (infirmier, psychologue...)
- Travailleur social
- Une autre association
- Site internet/numéro d'appel gratuit
- Police/gendarmerie
- Entourage (amis, famille)
- Urgences hospitalières
- Autres(s) :
10. Le(s) médecin(s) généraliste(s) que vous consultez est(sont)-il(s) le(s) même(s) que celui de votre (ex)-conjoint(e) violent(e) ?
- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Annexe 14. Avis Comité Éthique



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cnge.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 17 Avril 2019,

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

Avis n° 14031977

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

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Annexe 15. Réponses à la treizième question

Tableau 16: Expression libre concernant les attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste

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

« je travaille comme aide soignante au CH »

« Mon médecin n'est jamais dans le jugement et il est très à l'écoute et compréhensif mais hélas pour en avoir connu d'autres c'est TRES RAREMENT le cas. Merci pour cette étude! »

« qu'ils soient à l'écoute lorsqu'on averti que ça ne va pas au lieu d'ignorer le problème... »

« oui je attends les colitions, le conseil de, coragement de médecins généraliste. »

« D'avantage de soutien, d'être orientée vers les bons professionnels. D'avoir un suivi régulier sans que l'on vienne de nous même. »

« Relayer les informations qui permettent de faire les bonnes démarches de protection et d'aller vers les organismes compétents (CAF, CIDFF etc.) »

« D'abord le médecins n'ont pas assez de temps il y a toujours des attentes dans la salle et ils ne posent pas questions sur les violences que nous subissons quelque soit les différentes violences. Je voulais qu'ils commencent à en parler avec les patient(es). Je pouvais aller avec mon histoire aux médecins pour en parler parce qu'ils sont mieux placés à nous orienter vers les structures appropriés. »

« que l'on porte plainte ou pas c'est pareil même les mains courantes ils s'en foute ils attendent que l'on meurt dans notre sang. »

« Etre plus à l'écoute quand une femme commence à expliquer certains faits. Ou quand elle appelle en catastrophe pour demander si elle peut avorter. »

« Etre moins sûr des traitements médicamenteux, être plus sensibilisé sur l'écoute pour comprendre ou au moins déceler un éventuel problème d'ordre psychologique, savoir reconnaître une détresse. »

« A l'écoute, que l'on prenne le temps de nous consulter et pas à la chaîne »

« - qu'ils soient formés - qu'ils soient à l'écoute de personnes témoins et victimes - formation aux signes - savoir diagnostiquer par une formation un pervers, une personne violente - connaître et être en relation avec les structures d'accueil, les associations »

« non ».

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Repérage et orientation des femmes victimes de violences conjugales en Limousin en 2019: les réseaux disponibles et attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste

Contexte :Les violences conjugales (VC) constituent un enjeu de santé publique au sein duquel les médecins généralistes (MG) peuvent avoir une place centrale quant au dépistage et à l'orientation des victimes. **Objectifs**:Observer si les femmes victimes de VC souhaiteraient être dépistées par leur MG, décrire la population de femmes victimes qui ont recours aux structures spécialisées dans les VC et leurs caractéristiques de consultations des douze derniers mois. **Matériel et méthode** :étude épidémiologique descriptive multicentrique en Limousin par autoquestionnaire auprès de femmes victimes de VC qui consultaient les structures de soutien. **Résultats** :34 femmes ont participé. Toutes avaient subi des violences psychologiques, 90 % des physiques, 55 % des sexuelles et 45 % des économiques. Près de la moitié des femmes avait subi 3 VC. Les MG en avait orienté 6 % vers les structures. La majorité des femmes avait consulté leur MG pour douleurs, troubles du sommeil ou asthénie. Une majorité de femmes n'avait pas été dépistée et n'en avait pas parlé à leur MG. Pourtant, 88 % étaient globalement favorables au dépistage, 97 % le jugeaient du ressort du MG et 64 % pensaient que son genre n'influait pas la facilité de dialogue quant aux VC. **Conclusions** :les femmes victimes qui consultent les structures d'aide sont accessibles au repérage et aimeraient être questionnées par les MG. Elles attendent une écoute empathique, dénuée de jugement et souhaitent qu'ils-elles prennent leur temps, posent des questions, soient formé·e·s, sachent les orienter, initier un suivi et repérer les auteurs de violences.

Mots-clés : violences conjugales, réseaux, attentes, généralistes, Limousin, AVIC-MG

Intimate partners violence screening and orientation in Limousin in 2019 : networks and victims' expectations toward their general practitioner

Background :Intimate partners violence (IPV) is a public health issue where general practitioners(GP) can have a key role for screening and counselling victims. **Goals** :Observe if women IPV victims would like to be questioned by their GP, describe the IPV women population using specialized support structures and their primary care consultation's characteristics. **Material and methods** :A multicentric epidemiological descriptive study carried out in Limousin using a self-administered questionnaire among women victims of IPV having consulted the victims support structures. **Results** :34 women participated. All women had endured psychological violence, 90% a physical, 55% a sexual and 45% an economic violence. Nearly half of them experienced 3 types of IPV. Only two women had been referred by GP (6%) to the structures. The majority of women consulted their GP for pain, sleep disorders or asthenia. A majority of women were not screened and did not speak. However, 88% were generally in favour of screening and 97% considered it to be the responsibility of the GP. For 64% of respondents, the gender of the doctor did not influence the ease of dialogue. **Conclusions** :women victims who consult the support structures are accessible and would like to be asked by their GP. They expect from them an empathetic, non-judgmental listening. They expect GP to be trained, to take their time and ask questions, to know how to refer, initiate follow-up and identify perpetrators .

Keywords : intimate partner violence, networks, victim's expectations, general practitioner, Limousin, AVIC-MG

