BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON-EST

Année 2016 N° 129

LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES DEMANDENT DE L'AIDE A LEUR MEDECIN GENERALISTE : QUELLES SONT LEURS ATTENTES ?

REVUE DE LA LITTERATURE.

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 28 juin 2016

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.

Par Océane DUPRE

Née le 20 mai 1987 à Villefranche sur Saône (69)

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Jérôme ETIENNE
Directeur Général des Services	Alain HELLEU

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR de Médecine Lyon Sud - Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine Lyon Est
Liste des enseignants 2015/2016

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 1

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Claris	Olivier	Pédiatrie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery Charles	Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérome	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités – Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Professeurs émérites

Baverel	Gabriel	Physiologie
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Yves Matillon

Professeur des Universités- Epidémiologie clinique
Chargé de mission auprès de la Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

Membres du jury :

Madame la Professeur Liliane Daligand

Professeur émérite des Universités - Médecine légale et Droit de la santé, Psychiatre

Monsieur le Professeur Yves Zerbib
Professeur associé de Médecine Générale

Monsieur de Docteur Humbert de Freminville
Médecin Généraliste – Expert en Médecine Générale et Légale Près la Cour d'Appel de Lyon

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

SERMENT D’HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

REMERCIEMENTS

Au jury,

Monsieur le Professeur Yves Matillon, président du jury

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour vos réponses toujours encourageantes durant ce travail, et pour votre disponibilité. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame la Professeur Liliane Daligand, membre du jury

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Vous me faites l'honneur de votre expertise sur un sujet que vous connaissez tant. La lecture de votre œuvre m'a plongée au cœur des violences conjugales et votre regard m'a été indispensable, merci à vous.

Monsieur le Professeur Yves Zerbib, membre du jury

Vous êtes l'un des premiers à m'avoir accompagnée, l'un des ceux qui m'ont vue, de ce premier jour d'internat, à ce jour très important de soutenance. Vous me faites l'honneur de votre présence. Pour tout cela, je vous suis très reconnaissante.

Monsieur de Docteur Humbert de Freminville, directeur de thèse

Je tiens à vous remercier pour la confiance que vous m'avez apportée en acceptant de diriger ce travail.

Merci pour vos conseils, votre expertise et le temps précieux que vous m'avez accordé chaque mois du début à la fin. Vous êtes l'un de ceux qui m'ont plongée au cœur de ce métier que j'aime tant, vous m'avez fait exister en tant que consœur dans votre cabinet. Avec toute mon estime et ma gratitude.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

A ma famille, mes amis,

A Loïse, ton amour m'enrichit chaque jour encore plus. Ton sourire et ta malice restent intact malgré ce rythme parfois difficile. Merci de me faire rire et de nous donner tout ce bonheur indéscriptible. Je t'aime mon crapouillon….

A Aurélien, ta capacité à me supporter dans tous ces tourments, ton amour depuis toutes ces années sont mes piliers. « C'est maintenant qu'il faut se donner à fond », alors je t'écoute, je fonce, et après on verra ! Tu comprends que mon métier n'est pas simplement un métier, mais une passion, tu m'encourages et crois en moi plus que moi-même... Merci pour tout ça. Je t'aime.

A maman, qui a toujours cru en moi, m'a appris à toujours foncer et ne pas se retourner. Notre plus grande force est probablement de tout se dire. Tu as su m'écouter, m'encourager, me soutenir, pour ma réussite. J'espère toujours être à la hauteur de la fierté que je vois dans tes yeux.

A Hervé, qui a su m'accueillir comme sa propre fille, il y a 19 ans… A ton soutien et ton amour qui ont su prendre place dans ma vie comme ceux d'un père. Merci à toi, et « zing » !

A Romane, ma « zoubida ». Mon deuxième moi ! Ton soutien et ton aide me sont si précieux. Tu es toujours là pour moi, pour nous et notre complicité ne peut s'expliquer, elle se vit, par nous et pour nous ! Reste comme tu es, vis ce que tu veux vivre et fais ce que tu dois faire : super mama !

A mes grands-parents, qui ont toujours été là pour moi. A votre soutien et votre amour. Merci pour tout ça…

A ma cous', toujours présente, pour m'aider, pour me remonter le moral, pour me faire rire, pour boire un verre…. Et inconditionnellement, pour chanter ! Merci à toi ma cous' d'amour.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

A ma famille, sans tous vous citer… merci de vous être intéressés à mes stages, mes gardes, mon parcours… à ma thèse !

A ma belle-famille, merci de nous aider dans ce rythme acharné !

A mes filleuls, Nathan & Elie, à travers vos regards plein de joie de vivre, l'insouciance fait du bien !

A Fabienne, ma plus précieuse amie depuis toutes ces années… De la plus tendre enfance à notre vie d'adulte. Notre amitié a su traverser ces 29 années, et aujourd'hui tu sais être là quand il faut, pas besoin de parler ! Ton soutien est bien plus important que tu ne l'imagines !

A mes amis « beaujolais », Anne-Claire & Jérôme, Alex & Simon, Elo et Bombar, « Caira », Mick & Catherine, Patou & Nico, Marlène et Bo, Max et Fa, pour nos vacances, nos soirées, nos balades, les baptêmes,….. Merci pour tous ces moments qu'on partage ensemble, qui donne une grande bouffée d'oxygène et un plein d'énergie à chaque fois !

A tous ceux qui sont devenus mes amis « médecins » depuis toutes ces années, Carole & Max, Co, Keitly, Pep &Maud, Anaïs, Nanou, Adrien, Romain, Delphine, Isabelle, Pauline, Juliette…

Merci à tous mes « chefs » qui ont su me transmettre à travers leur savoir-faire, leur passion, qui m'ont donné chaque jour une raison de plus d'aimer mon métier, et plus particulièrement : Dr Laprais, Dr Charvet, Dr Dumont, Dr Mokobodzki, Dr David, Dr Le Scanff, l'équipe des urgences de Villefranche, Dr Dussopt, Dr Odier, Dr Falchero, Dr Petit-Laurent, Dr Bon Mardion.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

SOMMAIRE

I - Introduction : 14
II - Matériel et méthodes : 20
A / Stratégie de recherche 20
1) Recherche des mots-clés 20
2) Opérateurs booléens et équations de recherche 21
3) Moteurs de recherche 22
4) Equations de recherche 23
5) Critères de sélection des articles 26
B / Qualité des articles 27
III - Résultats 29
A /Résultats de la Recherche 29
1) Diagramme de flux 29
2) Résultats étude par étude 30
B /Qualité des études 33
C /Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste : quelles sont leurs attentes ? 36
D /Tableaux résumés 40
IV - Discussion 51
A / Forces de l'étude 51
B / Biais et limites de l'étude 51
C / Les réelles attentes des victimes 52
D / Les perspectives 55
V - Conclusion 57
Annexes 59
Bibliographie 82

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

LISTE DES ABREVIATIONS

ENVEFF : Enquête Nationale des Violences Envers les Femmes en France

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PACS : Pacte Civil de Solidarité

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

MG : médecin généraliste

VC : violences conjugales

CAS : Composite Abuse Scale

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

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

I - Introduction :

Les violences conjugales touchent tous les milieux socio-économiques et tous les pays. Il s'agit d'un problème de santé publique majeur au niveau mondial.

L'Organisation Mondiale de la Santé précise que par « la violence d'un partenaire intime, est entendu tout comportement qui dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination »(1).

La première enquête menée par l'OMS dans 10 pays essentiellement à revenu faible ou intermédiaire, en 2005, rapporte une prévalence de violence physique et/ou sexuelle, par un partenaire intime, allant de 15 % au Japon à 71 % en Ethiopie. (1)

Un rapport plus récent, de 2013 d'une étude menée par l'OMS (en collaboration avec la London School of Hygiene and tropical Medicine et le Medical Research Council), rapporte qu'au niveau mondial, 30 % des femmes qui ont eu des relations de couple, ont subi une forme quelconque de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire intime. De plus, 38 % des meurtres de femmes dans le monde sont le fait de leur partenaire intime. (1)

En France, l'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France) initiée par le Service du Droit des Femmes a eu lieu de mars à juillet 2000.

Cette étude de grande ampleur, réalisée auprès de femmes âgées de 20 à 59 ans, a démontré qu'une femme sur 10 avait été victime de violences conjugales au cours de l'année précédant l'enquête. (2) Il n'y a pas eu d'autre enquête de cette importance traitant de la prévalence des violences conjugales en France depuis.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Une nouvelle enquête nationale (VIRAGE) est en cours de réalisation. Elle cherche à approfondir les connaissances des statistiques sur les violences faites aux femmes de manière générale et d'élargir aux violences faites aux hommes également.

Par ailleurs, chaque année il existe une enquête « Cadre de vie et Sécurité » (= CVS), menée par l'Insee, de janvier à mars, sur un échantillon de personnes afin de connaître les faits de délinquance dont les ménages et leurs membres ont pu être victimes dans les mois précédents le passage de l'enquêteur. La dernière enquête, réalisée en novembre 2015, estima à 223 000 le nombre de femmes victimes de violences conjugales durant l'année précédente.

On note ainsi 118 décès de femmes en 2014 sous les coups de leur conjoint : 1 femme décède tous les 2,7 jours en France de violences conjugales. (3)

Le terme de « violences conjugales » regroupe ainsi différents types de violences :

***La violence physique*,** pouvant mettre en jeu le pronostic vital de la victime, forme de violence la plus connue et la plus facilement repérable.

***La violence psychique*,** souvent la première source de violence au sein d'un couple, qui peut passer inaperçue pendant des années aux yeux du public. Cette forme de violence est régulièrement relatée par les victimes comme la plus dure à supporter, avec notamment des menaces, des humiliations. (4)(5) Le partenaire violent est d'ailleurs bien souvent une personne respectable et appréciée de tous, ce qui n'éveille aucun soupçon à son égard.

***La violence verbale*,** avec des injures, des cris répétés… Souvent, ce type de violence peut passer inaperçu aux yeux même de la victime pendant plusieurs années et être « normalisé ».

***La violence sexuelle*,** est une forme de violence très taboue, avec une grande méconnaissance de la loi à ce sujet.

Le viol, défini par l'article 222-23 du Code pénal comme "tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise", est un crime pouvant entraîner une peine allant jusqu'à 15 ans d'emprisonnement. (6)

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le viol entre époux est reconnu par un arrêt de la Cour de Cassation en 1990, et ce n'est qu'en 1992 qu'elle établit comme circonstance aggravante le viol par un partenaire intime.

La loi du 4 avril 2006 élargit le terme d'auteur de violences conjugales « avec circonstances aggravantes » aux partenaires (PACS), ex-conjoint, ex-concubin, ex-partenaire PACS.Cette loi reconnaît par ailleurs le viol entre époux à l'article 222-22 du Code pénal. (7)

La violence économique**,** forme de violence qui s'installe souvent progressivement, notamment avec la dépendance financière que crée l'auteur des violences en isolant socialement sa victime, en l'empêchant de travailler…

Toutes ces formes de violences peuvent s'intriquer les unes aux autres, être plus ou moins présentes selon des périodes différentes de l'histoire du couple.

Les violences conjugales se différencient du conflit familial ou d'une violence réactionnelle. En effet tout couple qui se dispute n'est pas forcément un couple victime de violences conjugales. La différence, subtile, est bien réelle entre le conflit et les violences conjugales. En effet, l'auteur des violences cherche à dominer sa victime. Il cherche à avoir une certaine emprise sur elle, et ne lui laisse pas le moyen de s'exprimer. Il trouve prétexte à reproches, à disputes, à toute occasion. Il ne s'agit donc pas d'une simple dispute que tout couple rencontre. Ces violences conjugales se caractérisent par la répétition de phases de violences avec des périodes de rémission, indemnes de violences, où les femmes espèrent le retour à une vie plus calme. Toutefois, ces accalmies ne sont que des leurres et préparent l'apparition de nouvelles phases de tension : il s'agit d'un cycle répétitif qui ne prend fin que lorsque ces victimes sont aidées. (4)

Ce cycle, initialement décrit par L. Walker en 1979, décrit plusieurs phases, telles que **la phase de tension**, au sein de laquelle tout est prétexte à reproches, à énervements. La pression s'intensifie au sein du couple. Cette période peut durer de quelques semaines à quelques jours (selon l'ancienneté des violences conjugales). En effet, plus l'histoire des violences conjugales vieillit, et plus cette période sera importante.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

S’ensuit **la Crise**, à proprement parler : la pression explose. Arrivent alors les coups physiques, les actes violents. Plus on avance dans le temps et plus cette phase dure longtemps.

La justification va se mettre en place tout juste après. L’auteur des violences tente de justifier ses actes, de se trouver des excuses tout en culpabilisant sa victime. Ceci sera d’autant plus vrai que le début des violences sera récent. En effet, plus le temps passe et moins l’auteur des actes violents cherche à se justifier, banalisant ses gestes.

Enfin, **la lune de miel** permet un moment de répit pour la victime. Elle peut même croire que les violences ne reprendront pas, que toute cette violence est terminée. Cette période d’accalmie sera fonction de l’ancienneté des violences conjugales : plus elles sont récentes, et plus cette phase dure longtemps. (8)

Puis un nouveau prétexte, une nouvelle excuse et les tensions grandissent, la pression s’intensifie, et le cycle reprend…

Au sein de tout ce cycle, la dépendance financière et économique que crée l’auteur des violences rend la victime plus vulnérable et plus dépendante encore de sa relation, de son conjoint. Il cherche à isoler socialement sa victime qui ne peut plus s’exprimer, qui ne peut plus entendre qu’elle est victime et non coupable comme elle se l’entend répéter.

Les violences conjugales s’accroissent progressivement au fil du temps, en intensité et en forme. L’emprise s’installe et bien souvent ces femmes ont un sentiment de culpabilité et de honte associé à une peur de leur conjoint qui retarde leur dépistage et donc leur prise en charge.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Figure 1. Le cycle des violences conjugales (8)

On peut assimiler le processus des violences conjugales à celui de l'emprise que l'on peut retrouver chez les adeptes d'une secte. En effet, l'autorité et la domination que cherche à acquérir l'auteur des violences utilisent des mécanismes similaires à celui du gourou d'une secte.

L'auteur des violences va tout d'abord chercher à isoler sa victime, provoquant un éloignement familial, social. Il veut que sa victime n'ait plus aucun lien avec ses contacts antérieurs. Ensuite, il cherche à la rendre dépendante financièrement, économiquement, la poussant à ne plus travailler, à abandonner ses biens si elle en possédait, pour que la moindre ressource ne vienne uniquement de lui. Enfin sa victime va être totalement dévouée à son conjoint et elle entre dans un état de sujétion, de compliance à une autorité qu'elle n'a pas vue venir.

Le partenaire intime, auteur des violences, peut alors s'apparenter à un gourou tenant sa femme sous son emprise. (4)(9)

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les conséquences des violences conjugales sont multiples et considérables à la fois sur la santé des femmes et à la fois en terme de santé publique. Leur coût a été estimé à 6,6 milliards d'euros en France en 2012. (10)

Les répercussions sur la santé des femmes sont nombreuses, tant sur le plan psychologique, que sur le plan physique. Les violences peuvent être si importantes qu'elles peuvent entrainer la mort, par homicide ou par suicide. D'autres blessures moins visibles, sont communes dans ce type de violence, telles que les blessures gynécologiques, obstétriques. Les lésions traumatiques sont finalement les plus connues de tous, et les plus facilement repérables. Des souffrances psychologiques, des troubles psychosomatiques, une consommation de médicaments plus importante (notamment les psychotropes), une consommation de produits toxiques (drogues, alcool…) et des répercussions sur la santé des enfants vivant dans le foyer sont encore d'autres formes de blessures rencontrées chez les victimes de violences conjugales.

Nous, médecins, avons à faire face à ces situations de violences conjugales et ce, malgré la réticence rencontrée chez les généralistes, à poser la question. (11). Peu préparés dans notre formation, peu armés face à ces violences, nous sommes amenés à prendre en charge ces victimes. En France, selon l'enquête ENVEFF, ces femmes se confient pour 24 % à leur médecin en premier lieu contre 13 % à la police ou la gendarmerie. (2) Nous devons entre autres actes, réaliser un certificat médical initial descriptif qui sera un élément clé de la défense de la victime lors d'un éventuel procès, nous devons également soigner des blessures physiques... Toutefois, notre rôle va bien au-delà : les accompagner, les dépister, les écouter.

Comment les femmes souhaitent-elles parler de leurs violences conjugales auprès de leur médecin ? Attendent-elles qu'il soit intrusif ? Qu'il pose la question quand il suspecte des violences conjugales ? Préfèrent-elles choisir le moment de les dévoiler ? Quel est le rôle du médecin selon les victimes ?

Nous avons décidé de nous intéresser spécifiquement aux violences conjugales subies par les femmes, et ce sont toutes ces questions qui nous ont amenée à réaliser une revue de la littérature : **les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste : quelles sont leurs attentes ?**

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

II - Matériel et méthodes :

A / Stratégie de recherche

Une recherche a été effectuée dans les bases de données PubMed, Web of Science et Cochrane Library. Afin d'interroger les bases de données, nous avons utilisé plusieurs termes de recherche que nous avons associés entre eux grâce à des opérateurs booléens.

La recherche a été effectuée du 20 octobre 2015 au 7 janvier 2016.

Les articles sélectionnés dans les bases de données ont été numérotés :

- suivis de la lettre A pour les articles issus de Pub Med,
- suivis de la lettre B pour les articles issus de Web of Science,
- suivis de la lettre C pour les articles issus de la Cochrane Library.

Les doublons ont été éliminés.

Tous les résumés d'articles ont alors été lus afin de déterminer les articles correspondant aux critères de sélection. Quand un doute existait, le contenu de l'article était lu intégralement. Puis les articles retenus étaient analysés selon la grille d'évaluation COREQ.

1) Recherche des mots-clés

La recherche des mots-clés a été effectuée grâce au MeSH (Medical Subject Heading) bilingue anglais/français mis à disposition par l'INSERM (Institut National de la santé et de la recherche médicale) et mis à jour annuellement.
Le MeSH est un Thesaurus biomédical de référence, un outil d'indexation des termes d'interrogation des bases de données de la National Library of Medicine (NLM, Bethesda, USA) notamment PubMEd/MEDLINE.
Les mots-clés retenus pour définir les violences conjugales étaient « intimate partner abuse », « spouse abuse », « battered women », « domestic violence » et « gender violence ». Le terme de « family violence », trop vague et pas assez précis, n'a pas été retenu pour notre recherche.
Les mots-clés utilisés pour décrire le terme de médecin généraliste étaient « primary health care », « general practice » et « physician family». Le terme d' « help-seeking » a également

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

été utilisé dans PubMed, mais devant le faible nombre de références retenues, il n'a pas été utilisé dans les autres bases de données.
Suite au nombre important de références retrouvées, nous avons décidé d'introduire des mots-clés d'exclusion dans notre équation de recherche, concernant « child* » et « pregnan* ».

2) Opérateurs booléens et équations de recherche

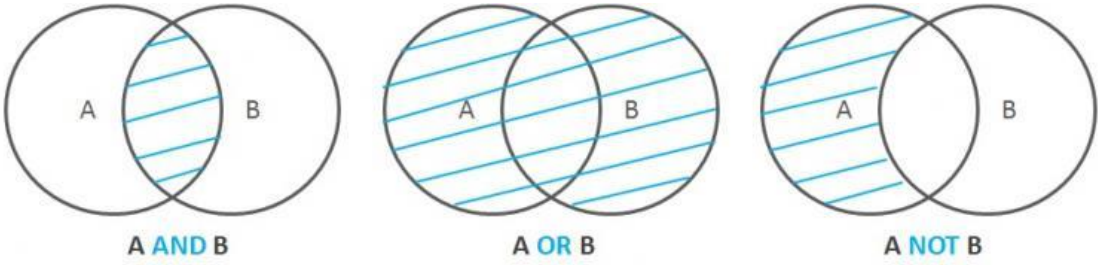
Une équation de recherche a été formée grâce aux mots-clés retenus, associés par des opérateurs booléens qui sont issus de la théorie des ensembles du mathématicien Boole. Ils permettent de définir des ensembles de résultats par une intersection de deux groupes grâce à l'opérateur ET ou AND, un ensemble de deux groupes avec une exclusion grâce à l'opérateur SAUF ou NOT ou un ensemble formé de deux groupes grâce à l'opérateur OU ou OR

Les **opérateurs booléens**

L'équation **"A AND B"** recherche les articles où apparaissent les mots appartenant au concept A **ET** au concept B.

L'équation **"A OR B"** recherche les articles où apparaissent les mots appartenant au concept A **OU** au concept B.

L'équation **"A NOT B"** recherche les articles où apparaissent les mots appartenant au concept A mais **EXCLUT** ceux du concept B.



Selon http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

3) Moteurs de recherche

La recherche a été effectuée dans trois moteurs de recherche : PubMed, Web of science et Cochrane Library.

PubMed : Il s'agit d'un moteur de recherche de données bibliographiques concernant les domaines de la biologie et de la médecine, développé par le Centre Américain pour les informations biotechnologiques (NCBI). Il donne accès à la base de données MEDLINE, rassemblant des citations et des résumés d'articles de recherche biomédicale. C'est le moteur de recherche le plus important dans ce domaine.

Web Of Science : Il s'agit d'un service d'information universitaire en ligne réalisé par une société d'un groupe canadien donnant accès à sept bases de données bibliographiques (Conference Proceedings Citation Index, Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index, Arts et Humanities Citation Index, Index Chemicus, Current Chemicus Reactions, Conference Proceedings Citation Index : Science and Social Science and Humanities). Son contenu est très diversifié (agriculture, santé, médecine, théâtre, génie, anthropologie, architecture…..)

Cochrane Library: Il s'agit d'une bibliothèque électronique regroupant les travaux de l'organisation nommée Collaboration Cochrane et des données scientifiques validées de manière accessible et résumée. La Collaboration Cochrane regroupe des milliers de volontaires dans de nombreux pays et conduit des travaux de revues systématiques et des méta analyses d'essais contrôlés et randomisés d'interventions de santé qui sont ainsi publiées dans la Cochrane Library.

Par ailleurs, nous avons décidé d'étudier les différentes thèses répondant précisément à la question, et avons réalisé un tableau annexe, résumant les résultats (cf annexe « tableau résumant les résultats des thèses »). Ces thèses sont recherchées dans le système universitaire de documentation : SUDOC Abes, qui est un catalogue collectif permettant aux bibliothèques

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

des universités françaises et d'autres établissements d'enseignement supérieur de recenser les documents en leur possession, y compris les thèses d'exercice. L'analyse de ces dernières ne sera pas incluse dans cette revue de la littérature car elles relèvent de la littérature grise. Elle sera simplement mise en annexe afin de faire un court état des lieux des attentes des femmes victimes, en France.

4) Equations de recherche

- Dans **PubMed,** quatre équations de recherche ont été utilisées à la phase initiale du travail :

Equation n° 1:

spouse abuse OR intimate partner abuse OR battered women OR domestic violence OR gender violence
AND primary health care
NOT child*
NOT pregnan*

L'équation de recherche n° 1 est plus précisément la suivante dans PubMed :

((((((((spouse abuse) OR intimate partner abuse) OR battered women) OR domestic violence) OR gender violence)) AND primary health care) NOT child*) NOT pregnan*)

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Equation n° 2:

spouse abuse OR intimate partner abuse OR battered women OR domestic violence OR gender violence
AND general practice
NOT child*
NOT pregnan*

L'équation de recherche n° 2 est plus précisément la suivante dans PubMed :

(((((((((spouse abuse) OR intimate partner abuse) OR battered women) OR domestic violence) OR gender violence)) AND general practice) NOT child*) NOT pregnan*)

Equation n° 3:

spouse abuse OR intimate partner abuse OR battered women OR domestic violence OR gender violence
AND physician family
NOT child*
NOT pregnan*

L'équation de recherche n° 3 est plus précisément la suivante dans PubMed :

(((((((spouse abuse) OR intimate partner abuse) OR battered women) OR domestic violence) OR gender violence)) AND physician family) NOT child*) NOT pregnan*)

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Equation n° 4:

spouse abuse OR intimate partner abuse OR battered women OR domestic violence OR gender violence
AND help-seeking
NOT child*
NOT pregnan*

L'équation de recherche n° 4 est plus précisément la suivante dans PubMed :

(((((((((spouse abuse) OR intimate partner abuse) OR battered women) OR domestic violence) OR gender violence)) AND help seeking) NOT child*) NOT pregnan*)

- Dans la **Librairie Cochrane,** une seule équation de recherche a été construite en associant plusieurs opérateurs boléens :

spouse abuse OR battered xomen OR intimate partner abuse OR domestic violence OR intimate partner violence

AND general practice OR physician family OR primary health care

NOT child* NOT pregnan*

L'équation apparait alors plus précisément ainsi :

'spouse abuse OR battered women OR intimate partner abuse OR domestic violence OR intimate partner violence in Title, Abstract, Keywords and general practice OR physician family OR primary health care not child NOT pregnan**

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Dans la base de données **Web of Science**, l'équation de recherche était la suivante :

spouse abuse OR intimate partner abuse OR battered women

AND general practice OR physician family OR primary health care

NOT child OR children OR childhood OR pregnant OR pregnancy

Ensuite des domaines de recherches ont été sélectionnés afin d'affiner la recherche aux domaines souhaités, tels que cités ci-dessous dans l'équation précise du Web of Science :

(spouse abuse OR intimate partner abuse OR battered women) *AND***TOPIC:** (general practice OR physician family OR primary health care) *NOT***TOPIC:** (child OR children OR childhood OR pregnant OR pregnancy)

Refined by:RESEARCH AREAS: (WOMEN S STUDIES OR HEALTH CARE SCIENCES SERVICES OR PUBLIC ENVIRONMENTAL OCCUPATIONAL HEALTH OR LEGAL MEDICINE OR GENERAL INTERNAL MEDICINE OR FAMILY STUDIES OR EMERGENCY MEDICINE)

Timespan: All years.

Search language=Auto

5) Critères de sélection des articles

Tous les titres d'articles étaient lus, ensuite, ils étaient sélectionnés s'ils répondaient aux critères d'inclusion et qu'aucun critère de non-inclusion n'entrait en compte.

Les critères d'inclusion :

La population étudiée devait être une population de femmes de 18 ans et plus. On ne devait pas s'intéresser aux femmes enceintes ni aux problèmes de santé mentale. On considère à la fois les femmes enceintes et à la fois les femmes aux comorbidités ou aux antécédents psychiatriques, comme une population trop précise de femmes, nécessitant une analyse spécifique. On devait retrouver la notion de relation médecin-malade dans le titre, pour avoir

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

cette notion de prise en charge, que nous n'avons pas réussi à mettre en évidence grâce à un mot-clé plus précis. Il n'y avait pas de date restrictive à notre recherche.

Les critères de non-inclusion :

Etaient non inclus les articles qui répondaient aux critères suivants :

- les articles hors sujet ne correspondant pas aux attentes, avec l'étude d'une population différente de celle que nous voulions étudier (hommes, femmes de moins de 18 ans, femmes enceintes, pathologies mentales) ou ne traitant pas de la relation des femmes victimes avec leur médecin.

- les articles concernant les effets de la drogue et de l'alcool sur les violences conjugales.

- les articles concernant la prévalence des violences conjugales.

-Les articles concernant les différents tests diagnostiques et le dépistage des violences conjugales.

B / Qualité des articles

Initialement, nous voulions analyser la qualité des articles grâce au « *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations* » publié par L'ANAES/HAS en janvier 2000. (12) En effet ce guide est synthétique et il a la caractéristique de traiter de l'analyse de différents types d'articles de façon indépendante et dans un même guide. Néanmoins, après lecture intégrale des articles sélectionnés sur le résumé, il s'est avéré qu'il s'agissait pour la plupart d'études qualitatives. Or ce guide ne semblerait pas être le plus adapté pour analyser ce type d'étude.

Ainsi, nous avons cherché une nouvelle grille d'analyse plus adéquate pour ce type d'étudeet nous avons sélectionné la grille COnsolidated criteria for REporting Qualitative research : COREQ de 2007. Cette grille n'évalue que des études qualitatives et semble donc optimale pour analyser la qualité de nos articles sélectionnés. Elle a été conçue spécifiquement pour évaluer les études qualitatives, en 2007, devant l'absence d'outils permettant leur évaluation

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

systématique (alors que des grilles étaient disponibles pour d'autres types d'études, telles que CONSORT, STROBE…)(13)

Une échelle de qualité a ensuite été créée de façon qualitative afin de tenter de juger au mieux de la qualité des articles sélectionnés.

Nous avons construit cette échelle une fois que toutes les grilles COREQ avaient été remplies, pour chaque article. Cela nous a permis de voir s'il existaitdes erreurs systématiquement retrouvées dans tous nos articles.

Nous nous sommes ainsi rendu compte que trois items n'étaient pas remplis dans la quasi-totalité des cas. Il s'agit des items « Relation antérieure », « Retour des transcriptions » et « Vérification par les participants ». Nous avons donc décidé de ne pas faire entrer ces critères, s'ils n'étaient pas remplis, comme facteurs défavorables dans l'évaluation de nos études.

Ensuite, nous avons classé les items par ordre d'importance dans le jugement des articles dans ce contexte précis des violences conjugales (cf annexe « Classement par ordre d'importance des items COREQ »).

Ainsi, notre échelle de qualité a pu être construite de la sorte :

- si tous les critères étaient remplis, il s'agissait d'une étude de très bonne qualité ;
- si tous les critères « a » étaient remplis mais qu'il manquait un ou plusieurs items « b » ou « c », il s'agissait d'une étude de bonne qualité ;
- si un critère « a » n'était pas rempli et que plusieurs critères « b » ou « c » n'étaient pas remplis, il s'agissait d'une étude de qualité intermédiaire ;
- enfin si plusieurs critères « a » n'étaient pas remplis, il s'agissait d'une étude de faible qualité.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

III - Résultats

A/ Résultats de la Recherche

1) Diagramme de flux

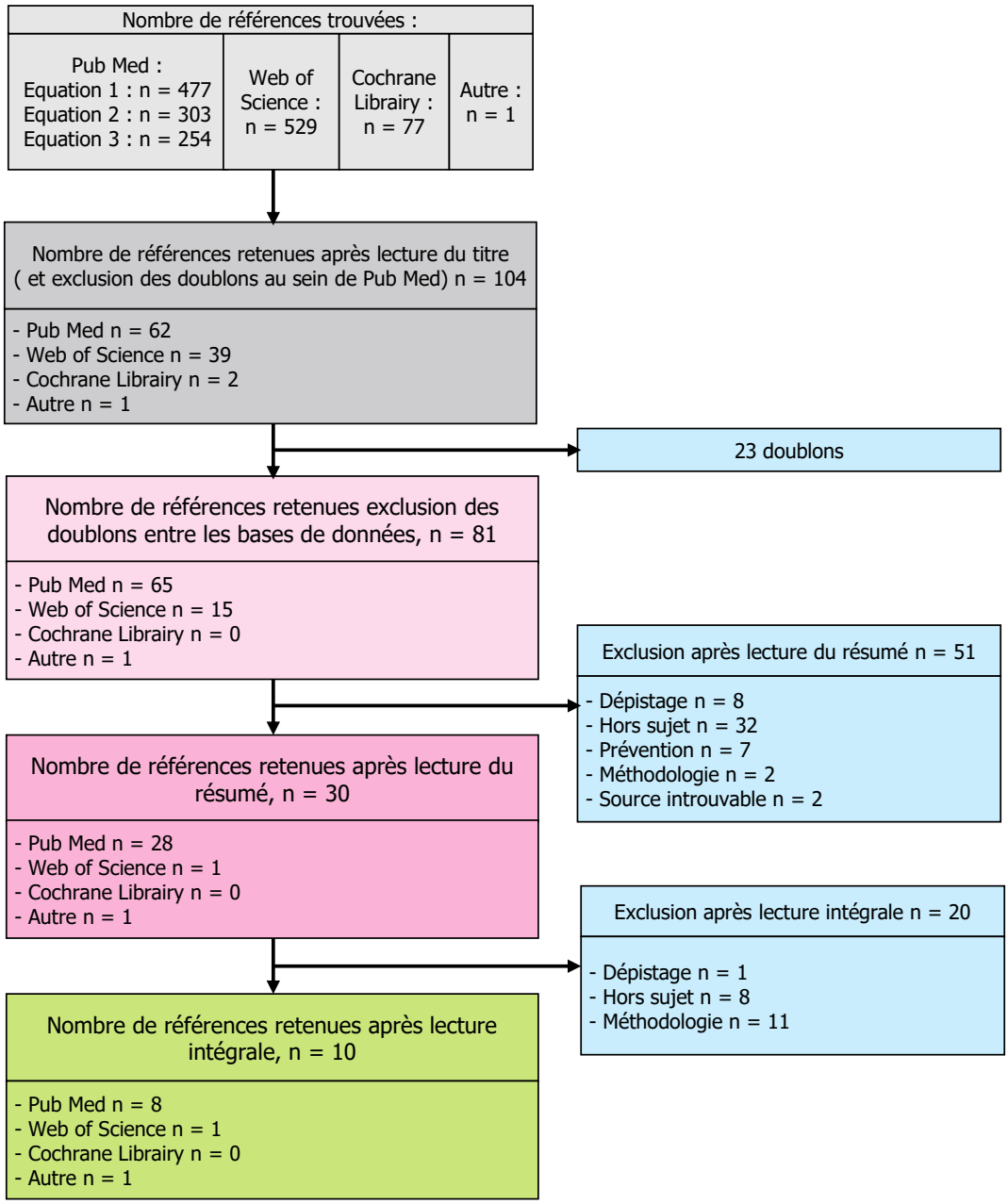


Figure 2. Diagramme de flux

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

2) Résultats étude par étude

- *La recherche dans les bases de données, en détails :*

La recherche a été effectuée en plusieurs étapes dans Pub-Med, en utilisant des équations de recherches différentes afin d'optimiser le nombre de références.
Lorsque les articles étaient déjà sélectionnés avec une équation précédente, ils n'étaient pas à nouveau sélectionnés avec les équations suivantes.

Ainsi, ont été répertoriées

477 références avec l'équation numéro « 1 »,
303 références avec l'équation numéro « 2 »,
254 références avec l'équation numéro « 3 »,
184 références avec l'équation numéro « 4 ».

Une sélection a été faite dans un premier temps sur la lecture du titre. Les articles dont la notion de relation médecin-malade chez des femmes victimes de violences conjugales apparaissait, étaient sélectionnés, dans la mesure où aucun critères de non-inclusion n'étaient retrouvés. A l'issue de cette sélection, le nombre de ressources retenues dans Pub Med était de soixante-cinq (numérotés de 1 à 65 A, en annexe « Bibliographie des articles sélectionnés dans les bases de données »).

La recherche dans le Web of Science a été effectuée dans un second temps, ainsi, les mots-clés pertinents ont été associés dans une seule équation de recherche. Sur les cinq cent vingt-neuf ressources trouvées, trente-neuf ont été sélectionnées sur la lecture du titre (numérotées de 1 à 39 B, en annexe « Bibliographie des articles sélectionnés dans les bases de données »).

La recherche dans la Cochrane Library a retenu deux articles après la lecture du titre, sur les soixante-dix-sept articles trouvés avec l'équation de recherche (numérotés 1C et 2C).

Par ailleurs lors de la lecture des thèses d'exercice pour l'obtention du grade de docteur en médecine, se rapprochant de notre question de recherche, nous avons retrouvé une thèse publiée dans une revue non indexée dans nos bases de données (Ethique et santé). Nous avons décidé de l'inclure dans notre revue de la littérature : elle sera numérotée 1D.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Enfin, la recherche effectuée en parallèle dans le SUDOC-Abes a retenu six thèses d'exercice pour l'obtention du grade de docteur en médecine. Ces thèses ont été lues en intégralité.

- *Les doublons entre les bases de données, au nombre de 21, ont été exclus.*

- *Les résumés des 81 articles ont été lus et ont permis l'élimination de 51 références*.

(cf annexe « Tableau résumant les motifs d'exclusion sur lecture du résumé »).

Trente-deux articles ne répondaient pas à la question et sont dénommés « Hors sujet » : soit il ne s'agissait pas de la réponse des femmes, soit elles n'évoquaient pas ce qu'elles attendaient de leur prise en charge par le médecin généraliste.

Huit articles traitant du dépistage et sept de la prévalence des violences conjugales ont été exclus.

Deux articles dont la méthodologie n'était pas ou peu explicitée n'ont pas été inclus.

Enfin, deux sources sont restées introuvables (n'étaient pas répertoriés dans une bibliothèque de France, ni disponible sur le web). Un mail a été envoyé à l'auteur, sans réponse pour ces 2 articles.

- *Les 30 articles restant ont été lus en entier, et 20 d'entre eux ont été éliminés.*

(cf annexe « Tableau d'exclusion des articles sur lecture intégrale »).

Onze articles sont exclus car la méthodologie n'est pas la plus adaptée pour répondre à notre question. Celle qui semble être la plus adéquate est une étude qualitative avec des entretiens individuels ou des focus-groupes. En effet l'analyse qualitative est adaptée à l'observation de phénomènes sociaux, de données subjectives non quantifiables, ce qui correspond à l'analyse que l'on souhaite faire des attentes des femmes victimes.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

La grille d'évaluation de la qualité de nos articles COREQ ne traite que des études qualitatives.Ainsi, toute autre méthodologie entraine l'élimination de l'article pour analyse, que l'on dénomme « méthodologie ».

Huit articles ne répondent pas précisément à notre question qui traite de l'attente des femmes de la prise en charge par leur médecin généraliste ou s'intéressent aux femmes enceintes : ils ne sont donc pas inclus pour l'analyse et sont classés en « Hors sujet ».

Un article qui traite de dépistage, noté « Dépistage », est exclu.

- *Les articles inclus.*

Au total, dix articles ont été inclus dans cette revue de la littérature.

Ces études se déroulent pour trois d'entre elles aux Pays-Bas, une aux USA, une en Malaisie, une au Royaume-Uni, une au Danemark, une en Nouvelle-Zélande, une au Liban et une en France.

Elles datent de 1979 pour la plus ancienne, à 2012 pour la plus récente.

On peut différencier deux types d'articles en fonction de l'expression antérieure des violences conjugales par les femmes ou non, au moment de l'étude.

- *Il existe ainsi sept études qui s'intéressent au ressenti des femmes ayant déjà parlé de leurs violences à leur médecin.*

Parmi ces études, cinq d'entre elles considèrent des femmes vivant en refuge.

L'une d'entre elles a pour objectif de recueillir le point de vue des femmes sur l'aide qu'elles ont reçu ou non de leur médecin généraliste. Une autre étude a pour but de répertorier les expériences des femmes vivant en refuge, face à leur médecin généraliste (MG), ainsi que leurs attentes. Une autre recueille le point de vue des femmes sur le fait d'être interrogées ou non sur les violences conjugales (VC), en s'adressant à deux groupes de femmes : des femmes victimes vivant en refuge, et des femmes indemnes de violences conjugales. Une étude tente d'explorer les barrières à la divulgation des VC chez des femmes malaisiennes. Enfin, la dernière étude a pour but d'identifier les freins à l'expression des VC chez le médecin généraliste et les attentes des femmes victimes concernant leur prise en charge.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Pour les deux autres études, le lieu de vie des femmes n'est pas connu.

L'une a pour but de déterminer la perception de l'acceptabilité, de l'utilité et des dommages des soins de santé dans un centre de dépistage des VC chez des femmes qui ont déjà participé à une étude concernant la prévalence des VC. La seconde recueille le ressenti des femmes victimes de VC, leur sentiment vis-à-vis de leur médecin généraliste et leur position face à l'abus, lorsqu'elles ont divulgué leurs VC à leur médecin généraliste durant la semaine précédente.

- Par ailleurs, dans les trois autres études, les femmes interrogées n'ont à priori pas parlé de leurs violences conjugales à leur médecin.

Ainsi, une étude recrute des femmes grâce à une brochure explicative du protocole de l'étude et de son but qui est de réaliser un documentaire à fournir par la suite aux médecins généralistes afin de perfectionner leur formation aux violences conjugales. Une autre étude est réalisée pour comprendre la recherche de demande d'aide chez des femmes en salle d'attente, avec un score de dépistage de VC positif (Composite Abuse Scale). Enfin, la dernière étude s'intéresse aux opinions et attitudes des femmes libanaises face aux soins de santé primaires en ce qui concerne les VC.

B/ Qualité des études (cf annexe « Grilles d'évaluation de la qualité des études incluses »)

La qualité de chaque article a été définie par des variables qualitatives comme de très bonne qualité, de bonne qualité, de qualité intermédiaire et de faible qualité selon notre interprétation de la grille d'évaluation COREQ, datant de 2007.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

- *Articles s'intéressant aux femmes ayant déjà exprimé les violences conjugales.*

L'article « 38A-26B » qui étudie ce que pensent les femmes de leur médecin généraliste après avoir divulgué les violences conjugales, ce qu'elles ressentent et leur position face à l'abus, est jugé de *très bonne qualité,* il remplit tous les items de la grille COREQ nécessaire à l'évaluation de très bonne qualité.

L'article « 55A-34B » qui s'intéresse aux expériences des femmes victimes de VC, vivant dans des refuges de deux villes néerlandaises, ainsi qu'à leurs attentes, est jugé de *bonne qualité*. En effet, seuls trois items jugés de faible ou de moyenne importance, n'ont pas été remplis dans la grille COREQ (cf annexe « Grille d'évaluation de la qualité des études incluses »). Le genre du chercheur n'est pas précisé, ce qui peut interférer avec l'aisance des victimes à évoquer des violences « de genre », notamment si l'enquêteur est un homme. L'item des caractéristiques inhérentes aux chercheurs n'était pas non plus rempli. Par ailleurs, le taux de réponse n'était pas précisé dans cette étude car le nombre de femmes éligibles n'avait pas été donné par les refuges qui recrutaient les femmes victimes à inclure dans l'étude. Cette information manquante peut masquer un biais de non-réponse, qui reste toutefois relatif dans une étude qualitative.

L'article « 49A-31B » qui explore les barrières à la divulgation des violences conjugales auprès des MG chez des femmes malaisiennes est jugé de *bonne qualité*. Il ne manque aucun item de « grande » importance. Seuls des items de « faible » et de « moyenne » importance sont manquants : le titre, l'activité, le genre ou encore l'expérience du chercheur, le mode de prise de contact avec les sujets n'est pas décrit, tout comme le guide d'entretien ou la durée des interviews. Le taux de participation n'est pas fourni non plus.

L'article « 1A-1B » qui examine le ressenti des médecins généralistes à poser la question des violences conjugales et le point de vue des femmes victimes ou non, sur le fait d'être questionnées, est jugé de *qualité intermédiaire*. En effet un item de « grande » importance concernant la saturation des données n'est pas rempli. Cette information manquante gêne l'interprétation des résultats, qui ne sont peut-être qu'une partie de ceux que nous aurions pu

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

recueillir. Ensuite plusieurs critères de « moyenne » et de « faible importance » ne sont pas remplis tels que le genre, l'expérience, le titre du chercheur. Il n'y a pas non plus le taux de réponse, ni le lieu de collecte des données. On ne sait pas si des notes ont été prises pendant l'entretien, ni à partir de quel logiciel les données ont été codées.

Enfin les articles « 12B », « 40A » et « 1D » sont jugés de faible qualité.

Dans l'article « 12B » dont l'objectif est de déterminer la perception de l'acceptabilité, de l'utilité et des dommages des soins de santé dans un centre de dépistage de Nouvelle-Zélande, il manque plusieurs items de « grande importance » : on ne parle pas de seuil de saturation des données, pas non plus de l'arbre de codage. Ensuite, des items de « moyenne » et de « faible importance » ne sont pas non plus remplis tels que l'identité de l'enquêteur, son activité, son expérience, ses caractéristiques. Les sujets intérrogés n'ont pas de connaissances sur l'enquêteur. Le guide d'entretien n'est ni fourni ni décrit et enfin le taux de participation n'est pas précisé.

L'article « 40A » qui considère l'aide reçue ou non par les victimes de VC, de la part de leur médecin généraliste, ne remplit quasiment aucun critère de la grille COREQ. Ceci est toutefois modulable dans le sens où il s'agit d'une enquête ancienne, datant de 2007, soit bien avant la date de la création de la grille COREQ, où la méthodologie qualitative n'était que très peu encadrée.

L'article « 1D » qui interroge 11 femmes victimes de violences conjugales, qui ont parlé de leur histoire, avait pour objectif d'identifier les freins à parler à leur médecin généraliste, et leurs attentes concernant leur prise en charge. Plusieurs items majeurs ne sont pas retrouvés dans la grille COREQ, tels que le seuil de saturation, le codage.D'autres items moins importants (dont plusieurs sur l'équipe de réflexion, sur le logiciel ou encore sur le guide d'entretien) sont également manquants.

- *Articles s'intéressant aux femmes qui n'ont jamais parlé de leurs violences conjugales à leur médecin généraliste.*

L'article « 57A » qui tente de comprendre la recherche de demande d'aide des femmes victimes de violences conjugales est jugé de *qualité intermédiaire*. En effet le seuil de saturation des données n'est pas discuté, ce qui est un critère d'évaluation interprété comme

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

de « grande » importance. Par ailleurs, d'autres items de moindre importance ne sont pas remplis tels que les renseignements sur l'auteur qui mène les entretiens, ses caractéristiques, la connaissance des sujets sur le chercheur ou encore la description du guide d'entretien.

De la même manière, l'article « 24A-13B » est jugé de *qualité intermédiaire*. Cet article qui a pour but d'évaluer les attitudes et les opinions des femmes libanaises face aux soins de santé dans le cadre des VC n'explicite pas l'arbre de codage des données. Plusieurs items moins importants ne sont également pas remplis : l'identité de l'enquêteur, son genre, ses caractéristiques, la connaissance des sujets sur l'enquêteur. La prise de contact avec les femmes n'est pas non plus explicitée, le guide d'entretien n'est pas précisé, ni la durée des interviews et enfin le logiciel utilisé pour le codage des données n'est pas mentionné.

Enfin l'article « 42A-27B » s'intéressant au vécu et aux attentes des femmes victimes de VC envers leur médecin généraliste, est jugé de *faible qualité*. Nous ne sommes pas renseignés sur des items importants tels que le nombre de personnes à coder les données ni même l'arbre de codage. La saturation des données n'est pas abordée non plus. D'autres items moins importants ne sont pas remplis tels que la prise de contact avec les femmes, le lieu de collecte des données ou encore la prise de notes éventuelle.

C/ Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste : quelles sont leurs attentes ?

- *La question doit-elle être posée par le médecin généraliste ?*

Cinq études de notre recherche rapportent qu'effectivement, les femmes souhaitent être interrogées. Par ailleurs aucune étude ne mentionne l'inverse.

En effet, dans les études « 55A-34B » et « 1D » les femmes estiment que la question doit être posée par le médecin généraliste et surtout qu'elle doit être répétée dans le temps si la suspicion de VC est toujours présente. Dans l'étude « 38A-26B », les femmes qui ne voulaient pas en parler initialement, racontent qu'elles n'ont finalement pas eu de difficultés à

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

répondre à la question dès lors qu'elle est posée. L'étude « 1A-1B » va même plus loin dans la réflexion, en rapportant que les femmes ont souvent besoin de cette question car elles ne trouvent pas le courage d'aborder elle-même le sujet des VC.

En revanche, il faut moduler ceci dans le sens où la question doit être ciblée et adaptée, et ne pas devenir une question de dépistage systématique (étude « 1A-1B »). Par ailleurs la question est bien mieux vécue par les femmes et beaucoup plus facilement acceptée si elle survient dans une sphère privée, et dans une atmosphère de confidentialité, de sérénité (études « 24A-13B » et « 12B »).

- *Un climat de confiance dans le respect de la confidentialité*

Les femmes ont besoin de savoir que le secret médical va être gardé et qu'aucune dérogation à celui-ci ne peut être envisagée (études « 55A-34B », « 1A-1B » et « 49A-31B »). Cette information leur permet de se sentir en sécurité et de pouvoir aborder ce qui se passe à la maison sans avoir peur de représailles (étude « 12B »).

Elles attendent de leur médecin, une écoute empathique, attentive et singulière (études « 42A-27B », « 1A-1B », « 40A »). Elles demandent à se sentir comprises, tout en ayant le sentiment que le médecin se sent concerné par le problème, qu'il a envie d'aborder cette question (étude « 1A-1B »).

- *Violence universelle, problème de santé publique*

Les études « 55A-34B », « 42A-27B » et « 12B » nous démontrent que les femmes ont besoin de ne pas se sentir seules dans leur statut de victime de ce type de violence. Il leur est nécessaire d'entendre que ce type de violence arrive à beaucoup d'autres femmes et que le médecin sait gérer ce type de problème. Par ailleurs, elles souhaitent que le médecin leur explique ce que sont les violences conjugales, qu'elles ne se résument pas à des violences physiques, mais qu'il s'agit d'un problème bien plus conséquent, englobant différents types de violences (étude « 42A-27B »).

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

- *Des conseils adaptés et concrets, un soutien matériel*

« Des conseils », c'est en partie pour cela que les femmes demandent de l'aide aux médecins, mais elles n'attendent pas de simples conseils généraux et vagues. Elles attendent des conseils adaptés à leur propre situation (études « 55A-34B », « 42A-27B », « 38A-26B », « 57A », « 49A-31B », « 40A » et « 1D »). Effectivement cette aide doit être modulée en fonction de l'état dans lequel elles se présentent. Elle va également dépendre du stade, de l'antériorité et de leur propre histoire de VC (étude « 42A-27B »).

De ce fait, elles espèrent trouver une solution de logement, avec des numéros de téléphone de refuges par exemples (étude « 40A » et « 57A ») ou d'associations (étude « 1D »), des lieux où se réfugier en sécurité (étude « 49A-31B »).

- *Orientation vers un psychologue, un travailleur social*

Les études « 55A-34B », « 57A » et « 40A » nous montrent que les femmes souhaitent être orientées vers un psychologue. Là encore cette information n'est pas généralisable à toutes les femmes, elles attendent que cela reste de l'orientation personnalisée et adaptée à leurs besoins.

- *Un passage du sentiment de « coupable » à « victime »*

Les femmes victimes de VC ont du mal à comprendre ce qu'elles sont en train de vivre, ont du mal à mettre des mots là-dessus. De ce fait, elles ont tendance à se sentir coupables des mots blessants, coupables des coups qu'elles reçoivent et n'arrivent pas à s'approprier une étiquette de victime. Elles expriment ainsi dans les études « 42A-27B », « 12B » et « 1D », le besoin d'entendre de la part du MG qu'elles sont victimes de violences conjugales, et qu'elles ne le méritent pas (étude « 42A-27B »).

- *Ne pas être jugée*

Les femmes demandent à ne pas être jugées (études « 42A-27B », « 12B »). Elles refusent d'être remises en question dans l'étude « 1D ». D'ailleurs dans une étude (étude « 49A-31B »), elles ne comprennent pas pourquoi elles sont orientées vers le psychiatre ou

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

psychologue avec le motif « problème psy » alors que le problème ne vient finalement pas d'elles, mais des violences conjugales et donc de l'auteur de celles-ci.

Dans l'étude « 38A-26B », les femmes précisent même qu'elles préfèrent que toutes les questions que le MG se pose soient exprimées clairement. Elles souhaitent qu'il connaisse la vérité et non pas qu'il imagine ce qui peut se passer au domicile.

- *Les femmes restent actrices de leurs décisions*

Effectivement les décisions ne seront prises que par les principales intéressées : les femmes victimes. Le MG doit tenter de leur donner toutes les cartes, les conseils les plus adaptés, de leur faire comprendre que ce n'est pas normal, et qu'elles ne doivent pas continuer ainsi car elles ne méritent pas cette situation, et ce, pour qu'elles puissent prendre les meilleurs décisions pour elles et leurs enfants (études « 42A-27B », « 38A-26B »). Une certaine autonomie doit être laissée à la victime (étude « 24A-13B »). L'aide doit être adaptée au stade de VC dont elles sont victimes, elle doit être personnalisée (étude « 42A-27B »).

- *Problème chronique*

Malheureusement les VC ne sont par définition, pas un problème aigu, mais un problème qui se répète dans le temps, qui perdure. Ainsi la prise en charge doit en tenir compte (études « 42A-27B », « 24A-13B »). Les femmes doivent être vues à plusieurs reprises pour être comprises au mieux, pour laisser au médecin le temps de « chercher », de trouver des solutions (étude « 38A-26B »). Ce n'est pas parce que les femmes sont sorties du cercle des VC, qu'elles sont pour autant guéries. Il leur faut « du temps », à chaque étape. Elles ont besoin de suffisamment de temps pour comprendre qu'elles sont victimes, pour demander de l'aide, pour verbaliser les VC, pour prendre les décisions… (études « 12B » et « 1A-1B »).

- *Soulager les maux physiques*

Les femmes demandent des réponses à leurs symptômes physiques :elles veulent être soulagées (études « 38A-26B », « 55A-34B »). Leur motif principal,la rédaction de certificat médical initiale de coups et blessures, est d'ailleurs un motif fréquent de consultation chez les victimes de VC (« 49A-31B », « 40A » et « 1D »).

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

- *Des différences culturelles*

Que ce soit au Liban (étude « 24A-13B ») ou en Malaisie (étude « 49A-31B »), la notion de culture est très importante pour comprendre pourquoi dans certains pays il est encore plus difficile de demander de l'aide pour sortir du cercle des VC. Les différences propres à chaque culture, à chaque religion, sont importantes à prendre en considération car le mécanisme de révélation, la prise en charge vont être différents. Comme il est mentionné dans l'étude « 49A-31B », cette notion doit être connue des médecins qui sont amenés à prendre en charge les patientes de différentes cultures pour adapter leur discours et leur prise en charge à chaque situation.

- *Communication entre les différentes structures de demande d'aide*

Dans l'étude « 1A-1B », il ressort que les femmes attendent qu'il y ait une meilleure coordination et une meilleure communication entre les différentes structures de demande d'aide. La police, les médecins, les urgences….devraient avoir un discours qui soit accordé et cohérent.

D/ Tableaux résumés

Les tableaux suivants résument les différentes études incluses dans notre recherche, avec leurs principales caractéristiques.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
What do abused women expect from their family physicians ? A qualitative study among women in shelter homes ? W. Wester & al **(Référence : 55A-34B)**	2004 Women & Health	Qualitative: focus groupes et entretiens individuels	Expérien-ces des femmes victimes de VC, vivant en refuge, vis-à-vis de leur médecin généraliste et leurs attentes	Femmes victimes de violences conjugales (au plus tard dans les 3 derniers mois), qui ont reçu de l'aide des institutions locales de 2 villes néerlandaises et vivant en refuge.	Pays-Bas	<u>Les expériences :</u> -Certaines ont parlé d'elles-mêmes : en avaient assez de la situation, savaient que le MG était impliqué dans les VC, savaient que le mari n'avait aucun soupçon lors de la visite du MG, avaient toute confiance en leur MG ou bien la question était posée par le MG devant des blessures physiques. -D'autres n'en ont pas parlé : pas assez confiance en le MG, déni lors de la question du MG par honte, peur, par réticence, pensaient que ce n'était pas le rôle du MG de gérer ce genre problème ou espéraient que la situation s'améliore d'elle-même. <u>Les attentes</u> : -Des solutions pour les symptômes physiques -Le MG doit créer une atmosphère propice aux divulgations, les faire se sentir à l'aise -Le MG doit montrer et expliquer qu'il a connaissance des problèmes psychosociaux -Le MG doit montrer qu'il peut prendre du temps et écouter calmement -Il doit répéter le questionnement au sujet des VC -Il doit pouvoir référer aux travailleurs sociaux +/- psychologues	

Tableau 1Résultats référence 55A-34B

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
The voices of survivors. Documentary C. Nicolaidis & al **(référence : 42A-27B)**	1999 JGM	Qualitative, afin de construire un documen-taire	Le vécu et les attentes du MG	Femmes de 22 à 64 ans, qui se sont auto-identifiées comme victimes de VC et qui ont répondu aux brochures	USA	-Le MG doit savoir que : les VC sont universelles, les VC ne sont pas seulement des violences physiques -Les VC tournent autour du pouvoir et du contrôle (coups, isolement social…) -Les VC affectent toute une famille -Les VC sont un problème chronique, à traiter comme tel -L'aide doit dépendre de l'état dans lequel les victimes sont vis-à-vis des VC -Le MG doit expliquer aux victimes qu'elles ne méritent pas ces violences -Le MG doit offrir des ressources et des conseils -Le MG ne doit pas blâmer -Les décisions ultimes reviennent à la femme -Les victimes ne sont pas guéries juste après le départ	Le documentaire a été fourni aux MG afin de comprendre au mieux les attentes des femmes victimes, avec une méthodologie différente qui touche plus les MG

Tableau 2Résultats référence 42A-27B

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
Talking matters : abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation S. Lo Fo Wong & al **(référence : 38A-26B)**	2003 Patient Educa-tion & Counse-ling	Qualitatif, entretiens individuels	Après avoir divulgué leurs VC : ce que les femmes pensent de leur MG, leurs sentiments + leur position face à l'abus	Des femmes qui ont divulgué leurs VC dans la semaine précédente (et qui étaient déjà incluses dans un essai contrôlé randomisé s'intéressant à la qualité du dépistage des VC des MG après une formation)	Pays-Bas	<u>Motifs de la consultation le jour de « divulgation » des VC :</u> -Intention de parler des VC -Blessures physiques -Troubles divers (douleurs…) -Problèmes liés aux enfants -Ont profité de la seule consultation où le partenaire violent n'est pas venu <u>Il ressort 2 sortes d'approches du MG attendues par les femmes, qui peuvent être intriquées ou non:</u> * Approche communicative : -écoute attentive, empathique, sérieuse -Le MG doit poser toutes les questions pour savoir comment cela se passe et ne pas imaginer -Le MG ne doit pas exprimer d'empathie pour le partenaire violent -Le MG doit stimuler la victime à agir, la rassurer et lui proposer des démarches -Le MG doit les convoquer à nouveau pour mieux comprendre et pour voir comment il peut les aider * Approche plus technique : -examen clinique -proposition thérapeutique pour leurs maux -La question des VC doit être posée : même celles qui ne voulaient pas en parler forcément au départ, y ont répondu assez facilement une fois la question posée	

Tableau 3Résultats référence 38A-26B

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
Why abused women do not seek professional help : a qualitative study **G-J Prosman & al** **(référence : 57A)**	2009 Scandi-navian Journal of Caring Sciences	Qualitative, entretiens individuels	Compren-dre la recherche de demande d'aide	Femmes de plus de 18 ans qui attendent en salle d'attente du MG avec un score de CAS positif	Pays-Bas	<u>Barrières qui ressortent lors de la demande d'aide :</u> -Déni des VC -Manque de connaissances à propos des conséquences des VC : ne font pas le lien entre souffrances physiques, psychologiques et les VC -Pensées inhibitrices : elles pensent que c'est un problème personnel à résoudre seules -Expériences négatives avec une aide professionnelle antérieure (référées à un psychologue avec l'étiquette « problème psy » et même pas « VC », n'ont pas été prises au sérieux, les MG ne faisaient pas le lien entre leurs plaintes et les VC…) -Peur du partenaire <u>L'aide informelle</u> (amis, famille…) leur fait prendre conscience de l'anormalité de la situation et permet dans un 2nd temps de demander une aide plus formelle (médecins, police…) La nécessité d'un <u>soutien psychologique</u> survient assez tard Elles ont besoin d'un <u>support pratique</u> (logement…)	Ne pas oublier l'aide/ le support psycholo-gique. Il existe un fossé entre l'offre et la demande

Tableau 4Résultats référence 57A

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
Involving the Health Care System in Domestic Violence : What Women Want **J. Usta & al** **(référence : 24A-13B)**	2009 Annalsof family Medicine	Qualitative, focus groupes	Les attitudes et les opinions des femmes libanaises face aux soins de santé primaires vis-à-vis des VC	Femmes de plus de 18 ans, qui consultent dans des centres de développement communautaire des soins de santé primaires et sociaux	Liban	-Le MG doit fournir un support matériel et émotionnel -Espoir d'améliorer les hommes -Il faut une relation de confiance avec le MG avant qu'il pose la question -Il faut un MG compétent, un support matériel et émotionnel de sa part -elles attendent que le MG soit actif notamment en rédigeant un courrier accusateur envers l'auteur des VC -Le MG doit laisser une certaine autonomie à la femme pour qu'elle prenne ses décisions -Il doit fournir un suivi -Le MG doit être attentif aux cultures des victimes (vécu différent dans certaines religions, dans certaines cultures)	Il faut améliorer la communica-tion avec les médias dans les pays arabes pour diminuer les VC

Tableau 5Résultats référence 24A-13B

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
Initimate Partner Violence Screening and Brief Intervention : Experiences of Women in Two New Zealand Health Care Settings **J. Koziol-McLain & al** **(référence : 12B)**	? American College of Nurse-Mid-wives	Qualitative	Déterminer la perception de l'acceptabilité, l'utilité et des dommages des soins de santé d'un site de dépistage de VC	Femmes de plus de 18 ans qui avaient participé à 2 études récentes de prévalence des VC et qui étaient d'accord pour participer	Nouvelle - Zélande	-Elles sont d'accord pour être questionnées dans un espace privé, si elles se sentent en « sécurité » -Se sentir écoutées, pas jugées -Entendre que ce n'est pas de leur faute -Entendre que cela arrive à beaucoup d'autres femmes -Elles sont d'accord pour le dépistage mais ça ne doit pas augmenter le risque de nouveaux coups -Il faut plus de temps et plus d'informations	En rentrant les femmes ont parlé à leurs enfants, à leurs familles de la situation

Tableau 6 Résultats référence 12B

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice : a qualitative study **T. Mork** **(référence : 1A-1B)**	2012 BMC Women's Health	Qualitative	Examiner le ressenti des MG à poser la question des VC et le point de vue des femmes victimes ou non, sur le fait d'être interro-gées	3 groupes : -Femmes victimes : femmes vivants dans 2 refuges, ayant répondu à un dépliant qui les invitait à participer à l'étude -Femmes non victimes : femmes de plus de 18 ans, recrutées via facebook -MG : effet boule de neige à partir de 2 mails à des MG	Dane-mark	<u>Femmes victimes :</u> -Le MG doit être empathique, compétent et doit vouloir aborder la question - il faut avoir confiance en le MG, il ne doit pas donner l'impression d'être préoccupé par le temps ou autre -Elles sont prudentes vis-à-vis du respect de la confidentialité et ne souhaitent aucune dérogation au respect de ce secret (pas même à un membre de leur famille) -Elles pensent qu'il y a un manque de communication entre les différentes structures (police, MG…) et que le système d'intervention n'est pas cohérent -La question des VC doit être posée car elles n'ont souvent pas le courage d'en parler d'elles-même, -Mais avec des questions ciblées et adaptées et pas un dépistage systématique <u>Femmes non victimes :</u> -Il faut plus d'informations -Il faut poser la question dans un contexte adapté, avec empathie et sans jugement -Elles pensent que les MG savent dépister les VC <u>MG :</u> -Ils manquent de temps -Ils sont maladroits avec la question des VC -Ils pensent toutefois savoir dépister les VC	

Tableau 7Résultats référence 1A-1D

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
Victims' Barriers to Discussing Domestic Violence in Clinical Consultations : A Qualitative Enquiry S. Othman **(référence : 49A-31B)**	? Journal of Interper-sonal Violence	Qualitative	Explorer les barrières à la divulga-tion des VC aux MG, chez les femmes malai-siennes	Femmes victimes de VC qui vivent en refuge en Malaisie, volontaires	Malai-sie	<u>Barrières Internes :</u> - Sensation de problèmes personnels à résoudre dans la sphère privée -Honte, culpabilité, peur -Ne pas ternir la réputation du mari -Elles considèrent que c'est sévère lorsqu'il y a des blessures qui saignent -Sensation de normalité car déjà vue dans la famille -Dépendance financière -peur de la séparation des enfants et du mari <u>Barrières Externes :</u> -Elles pensent que le MG peu aider uniquement s'il y a des blessures physiques, sinon elles demandent de l'aide aux autres structures (police) -Ne comprennent pas qu'elles soient orientées vers un psychiatre car elles pensent que le problème ne vient pas d'elles mais de leur partenaire violent -Parfois accompagnées de leur mari en consultation -La question n'est pas posée par le MG -Elles manquent de conseil valable, d'information adéquate <u>Les attentes :</u> -Elles veulent être plus interrogées sur les VC -Elles souhaitent être assurées du respect de la confidentialité -Elles attendent d'avoir un endroit où aller en sécurité -Elles attendent la rédaction d'un certificat de coups et blessures demandé par la police	

Tableau 8Résultats référence 49A-31B

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
The general practitioner and the problems of battered women **J. Pahl** **(référence : 40A)**	1979 Journal of medical ethics	Qualitative	Considérer l'aide que les victimes de VC ont reçu ou non de leur MG	Femmes victimes de VC vivant dans un refuge	Royau-me-Uni	Elles pensent qu'il y a 2 sortes de MG : <u>MG aidants :</u> -Ecoute bienveillante, avec sympathie -Des conseils appropriés : médicaux (certificats…) et non médicaux (numéro des refuges…) -Prendre le temps de trouver une solution adaptée -Référer aux travailleurs sociaux <u>MG non aidants :</u> -prescriptions médicamenteuses de psychotropes -Ils considèrent que le problème vient de la femme et non des auteurs de violences -Conseils inappropriés ou sans importance, pas de sympathie	

Tableau 9Résultats référence 40A

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
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. M. Le Bars & al **(référence : 1D)**	2010-2011 Ethique et Santé	Qualitative par entretiens semi-dirigés	Identifier les freins à l'expres-sion des VC chez le MG et les attentes de ces femmes sur leur prise en charge	Toute femme ayant été victime de VC, volontaire pour raconter son histoire, parlant le français et sortie du cercle des VC	France	<u>Réactions :</u> -Peur, honte, tristesse, colère -Déni de la situation <u>Les freins à l'expression des VC :</u> *=>Inhérents aux femmes :* -Sentiment que c'est un problème privé qui ne relève pas du rôle du MG -Consultations trop irrégulières, déni, honte, méconnaissance du secret médical *=>Inhérents aux MG :* -Manque d'informations sur les VC -Mari présent lors de la consultation -Sexe du médecin -manque d'empathie -Manque de temps <u>Les attentes :</u> -Attitude empathique, de soutien -Une écoute attentive, active et singulière -Pas de jugement, pas de remise en question -Une explication des VC, les aider à les déculpabiliser -Conseils concrets avec une orientation adaptée -Elles attendent d'être questionnées -La réalisation de certificats médicaux -La prescription limitée de psychotropes.	<u>Le MG doit :</u> -Etre vigilant -Identifier les VC -Evaluer l'histoire des VC -Agir -Se former Une approche axée sur la <u>médecine narrative</u> ressort de cette étude : proche d'une approche globale du patient afin de comprendre au mieux ses exigences

Tableau 10 : Résultats référence 1D

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

IV - Discussion

A /Forces de l'étude

Afin de pouvoir conclure au mieux notre recherche, une méthodologie unique a été requise dans tous nos articles. L'analyse qualitative, semblant la plus performante pour répondre au mieux à la question posée (à savoir des attentes de femmes victimes), a été la méthodologie retenue.

Seules des revues indexées ont été sélectionnées pour analyse afin d'avoir des articles de meilleure qualité.

La grille d'évaluation des articles, qui a été utilisée, est une grille anglo-saxonne reconnue internationalement : COREQ.

B / Biais et limites de l'étude

Il existe des biais dans cette étude. L'équation de recherche a peut-être limité l'exhaustivité de la recherche bibliographique. De même,seules troisbases de données ont été interrogées.

Un autre biais peut exister car le processus de sélection des articles (exclusion des articles suite à la lecture des titres et résumés et exclusion des articles sur lecture intégrale) a été réalisé par un seul auteur. Par ailleurs, deux sources sont restées introuvables et ce, malgré la recherche sur le web, via le portail de l'université Claude Bernard Lyon 1, via le Sudoc Abes. Un mail a également été envoyé à l'auteur principal : une adresse mail était erronée et nous n'avons obtenu aucune réponse pour la seconde référence.

On peut discuter de l'évaluation de la qualité des articles dans le sens où elle a été faite par un seul auteur. De plus, l'échelle d'évaluation qualitative de la grille COREQ donnée par l'auteur reste assez subjective. Enfin, certains articles publiés avant 2007, n'avaient pas la grille COREQ comme « modèle méthodologique » à suivre, ce qui diminue le nombre d'items correctement répertoriés.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

C / Les réelles attentes des victimes

- ***LA question***

Ce qui ressort de ce travail et qui devrait finalement rester en tête pour tout médecin généraliste, de premier recours, c'est que la question des violences conjugales doit être posée ! (38A-26B), (12B), (1A-1B), (49A-31B), (1D)

Les femmes expriment très bien les difficultés qu'elles peuvent avoir à exprimer les violences conjugales. Parfois même elles se posent à peine la question de devoir les dévoiler. Dans plusieurs études nous avons remarqué que certaines femmes qui consultaient pour un motif lambda (sans intention de parler des violences conjugales), avaient finalement dévoilé les violences dont elles étaient victimes tout simplement parce que la question avait été posée.

De plus, les violences conjugales qui se déroulent dans une sphère privée, sont souvent perçues comme un problème d'ordre privé à résoudre comme tel. Certaines femmes n'imaginent même pas que leur médecin puisse se sentir concerné et qu'il puisse les aider. (55A-34B), (57A), (49A-31B), (1D)

En revanche, cette question ne doit pas être une question de dépistage systématique. Elle doit être clairement posée lorsque des suspicions de ce type de violences effleurent l'esprit du médecin généraliste. (1A-1B)

La suspicion des violences conjugales doit s'éveiller surtout lorsque des femmes consultent pour des motifs toujours plus variés, avec une fréquence importante ou qui s'accroît. De même, le fait qu'elles soient toujours accompagnées de leur mari peut nous amener à douter de la bienveillance de celui-ci. Il faut d'autant plus saisir l'occasion d'une exceptionnelle visite où la femme serait seule pour poser cette question.

Pour obtenir une réponse la plus honnête qui soit, cette étude nous démontre qu'il faut être le plus sincère possible en tant que médecin généraliste. En effet, une atmosphère bienveillante, une écoute attentive et empathique semble être l'un des points clés pour l'expression des violences conjugales. Les femmes doivent se sentir écoutées, elles ont besoin de temps. (55A-34B), (38A-26B), (24A-13B), (1A-1B), (49A-31B), (40A), (1D)

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

- ***La notion de temps***

Il faut du temps aux femmes victimes pour se décider à consulter, et encore plus pour décider d'exprimer ce qu'elles endurent. Ce délai est différent selon chaque femme, selon chaque histoire de violences conjugales, d'où l'intérêt d'une prise en charge singulière et adaptée à chacune d'elles. Le médecin doit savoir qu'une première réponse négative à cette fameuse question ne doit pas le décourager si la suspicion est toujours présente. Il doit simplement laisser à sa patiente le temps de décider quand elle aura le courage d'y répondre positivement. C'est aussi pour cette raison qu'il devra réitérer sa question, sans se montrer trop intrusif. (55A-34B)

Elles doivent également avoir le sentiment que leur médecin est capable de prendre le temps nécessaire à leur écoute et qu'il ne se montrera pas pressant pendant la consultation. (55A-34B), (1A-1B)

Le temps va également être un élément clé de la prise en charge des femmes victimes. Il s'agit, comme on a pu le constater dans cette étude, d'un problème chronique, nécessitant un suivi au long cours, qui va au-delà des violences « actives ». Même sorties du cercle des violences conjugales, les femmes restent des victimes à vie de violences conjugales. Elles auront besoin de temps pour apprendre à vivre avec ce passé et pour se reconstruire. (42A-27B)

L'état même de « victime » est un statut que les femmes violentées ignorent pendant longtemps. Elles se sentent trop souvent coupables et ce sentiment est renforcé par les remarques, les accusations de leur partenaire. L'isolement social dont elles sont victimes, la privation et la dépendance financière ne font que l'accentuer. Elles expriment très bien ce besoin d'entendre qu'elles ne méritent pas ces violences et qu'elles en sont les victimes.

Le médecin doit les aider à prendre conscience de l'absurdité des raisons de ces coups, de ces insultes. Ce problème de santé publique est international et universel. Il franchit tous les niveaux socio-économiques, toutes les cultures. L'expliquer à ces femmes diminuera ce sentiment de honte qu'elles expriment quasiment tout le temps. Le fait de savoir qu'elles ne sont pas seules dans ce cas et que le médecin connait ce problème, les aidera à comprendre, et ensuite à agir. (42A-27B), (12B), (49A-31B), (1D)

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ce sentiment de honte est souvent un frein à l'expression des violences conjugales et la peur du regard des autres, du jugement de leurs familles ou de leur médecin ne constituent que des barrières supplémentaires. En essayant d'expliquer la réalité des violences conjugalesà l'échelle mondiale, en posant des questions sur la réalité des violences à la maison, sur leur déroulement, en essayant d'être le plus objectif possible, les médecins favorisent la parole de ces femmes.

Parfois un autre frein vient de l'origine culturelle de certaines femmes. Effectivement on s'est aperçu que dans certaines cultures, la femme doit obéissance à son mari et se doit de l'aider à conserver une réputation irréprochable aux yeux de tous. Par ailleurs, les violences peuvent même être vécues comme une situation « normale », vécue de toute façon par les autres femmes de la famille. Il sera d'autant plus difficile de dépister ces femmes et de leur faire prendre conscience de leur statut de victime. (24A-13B), (49A-31B)

Par ailleurs, le respect du secret médical doit être assuré à ces victimes qui ont peur des représailles si leur partenaire venait à être mis au courant de la mise à nu de leurs violences.

- ***Les rôles du médecin***

Les femmes sont souvent perdues dans les démarches qu'elles peuvent entreprendre. Elles n'ont pas les coordonnées des associations, des structures pouvant les aider… Elles espèrent que le médecin pourra leur fournir ces informations. En revanche, selon l'avancée des violences conjugales et de leur prise en charge, ces conseils doivent être modulés et adaptés. Les campagnes publicitaires ont pour rôle de donner des solutions et des conseils généraux. Les femmes ont besoin de conseils pouvant les aider, « elles », à un moment précis de leur histoire. La dépendance sociale et financière dont elles sont souvent victimes rend les démarches encore plus difficiles. Ainsi, se voir donner des numéros de refuge, des endroits sécurisés dans lesquels elles peuvent se réfugier en cas de danger imminent… sont des précieux conseils que le médecin est le plus à même de donner. (42A-27B), (38A-26B), (24A-13B), (49A-31B), (40A), (1D)

Selon le stade de la prise en charge, l'orientation vers d'autres professionnels peut également être très bénéfique pour ces victimes lorsqu'elle est conseillée par un médecin (prise en charge par un psychiatre ou un psychologue, ou encore aide d'un travailleur social pour tout ce qui est administratif). (55A-34B), (57A), (1D)

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Elles sont aussi amenées à consulter pour des maux physiques. C'est d'ailleurs dans cette situation précise que l'aide du médecin leur paraît la plus logique initialement. Le médecin doit alors d'autant plus poser la question et ne pas fermer les yeux sur une explication absurde. Il doit également rédiger un certificat médical initial qui pourra être un élément primordial si un procès a lieu a posteriori. (38A-26B), (49A-31B), (40A), (1D)

D /Les perspectives

Les médecins ont peur de poser la question : par manque d'habitude, par défaut de connaissance, par peur de la réponse, par manque de temps. Beaucoup de raisons peuvent être citées et peuvent être à l'origine de ce manque de dépistage.Pourtant, nous devons lutter contre cette peur pour soigner au mieux ces patientes.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes, alors même qu'un biais les sous-évalue : 1 femme sur 10 est victime de violences conjugales et l'une d'entre elles décède tous les 2 jours ½ en France. (2) (3)

Cette étude nous démontre que les femmes attendent que les médecins soient directs et qu'ils posent cette question. Elles espèrent une mise en confiance, des conseils adaptés et ceci nécessite que les médecins soient relativement à l'aise avec ce type de prise en charge.

La formation continue des médecins au dépistage, au dialogue avec ces victimes, aux différentes prises en charge possibles, tend à rendre cette question moins difficile à poser. Les attentes de ces femmes victimes sont finalement très subjectives : une écoute empathique, attentive, une relation de confiance, des questions précises mais non intrusives, du temps pour accepter de parler et de dévoiler les VC… Cela démontre bien qu'il ne s'agit pas d'une science exacte et que le relationnel, le vécu du médecin sont des éléments essentiels d'une prise en charge optimale. En revanche, les clés d'un bon interrogatoire, d'une bonne attitude face à son patient, sont essentielles au médecin afin d'optimiser son écoute et son relationnel au fil des années. Des séminaires, tels que « l'approche centrée sur le patient », sont actuellement dispensés dans certaines facultés de médecine dans le cadre de la formation en médecine générale et pourrait s'étendre à l'ensemble des enseignements de médecine, toutes spécialités confondues. Le médecin a besoin de théorie très précise pour exercer avec rigueur. En revanche, le relationnel et l'humanisme sont tout aussi précieux, notamment dans ce cas précis et leur acquisition semble indispensable.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Par ailleurs, la discipline de la médecine générale étudie et prendre en charge le patient de manière la plus globale possible. Toutefois des études interdisciplinaires, regroupant d'autrespoints de vue telles que ceux de la justice, la psychiatrie, la sociologie,..., nous permettraient d'être encore plus au cœur du ressenti et du vécu des femmes victimes afin d'optimiser leur prise en charge en tenant compte de toutes les problématiques qu'elles rencontrent dans leur vie de femmes violentées.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

V - Conclusion

Les violences conjugales sont un problème de santé publique mondial, universel, dépassant les barrières socio-économiques et les barrières culturelles.

Le but de cette revue de la littérature est de comprendre quelles sont les attentes des femmes victimes de violences conjugales lors de leur prise en charge par leur médecin généraliste. L'objectif ultime est ainsi de tenter de comprendre au mieux les victimes afin de fournir une réponse adaptée à leurs attentes.

Une recherche documentaire a été réalisée dans les bases de données de Pub Med, Web of Science et Cochrane Library et a permis le recueil de 10 études internationales correspondant aux critères d'inclusion pour l'analyse.

Les femmes attendent d'être interrogées sur la question des violences conjugales d'autant plus si elles en sont victimes. Cette question doit être posée dans un climat de confiance et de sincérité, leur écoute doit être attentive, empathique et singulière. Les conseils et la prise en charge du médecin doivent être adaptés à chaque femme dans une situation donnée, avec une histoire précise.

L'analyse de ces articles démontre que peu d'études de bonne qualité ont été menées. Il parait nécessaire d'améliorer les études qualitatives explorant les expériences et les attentes des femmes victimes, notamment en France. En effet, une meilleure compréhension du sujet permettrait une meilleure formation des professionnels de santé amenés à être confrontés aux victimes de violences conjugales tout au long de leur carrière.

Mieux dépister, agir plus rapidement et plus efficacement pour tenter de limiter les victimes et la gravité de leurs blessures, avec le souhait que plus aucune femme ne connaisse ces violences dans le futur.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine
Lyon Est

Nom, prénom du candidat : Dupré Océane

CONCLUSIONS

Les violences conjugales sont un problème de santé publique mondial, universel, dépassant les barrières socio-économiques et les barrières culturelles.

Le but de cette revue de la littérature est de comprendre quelles sont les attentes des femmes victimes de violences conjugales lors de leur prise en charge par leur médecin généraliste. L'objectif ultime est ainsi de tenter de comprendre au mieux les victimes afin de fournir une réponse adaptée à leurs attentes.

Une recherche documentaire a été réalisée dans les bases de données de Pub Med, Web of Science et Cochrane Librairy et a permis le recueil de 10 études internationales correspondant aux critères d'inclusion pour l'analyse.

Les femmes attendent d'être interrogées sur la question des violences conjugales d'autant plus si elles en sont victimes. Cette question doit être posée dans un climat de confiance et de sincérité, leur écoute doit être attentive, empathique et singulière. Les conseils et la prise en charge du médecin doivent être adaptés à chaque femme dans une situation donnée, avec une histoire précise.
L'analyse de ces articles démontre que peu d'études de bonne qualité ont été menées. Il parait nécessaire d'améliorer les études qualitatives explorant les expériences et les attentes des femmes victimes, notamment en France. En effet, une meilleure compréhension du sujet permettrait une meilleure formation des professionnels de santé amenés à être confrontés aux victimes de violences conjugales tout au long de leur carrière.

Mieux dépister, agir plus rapidement et plus efficacement pour tenter de limiter les victimes et la gravité de leurs blessures, avec le souhait que plus aucune femme ne connaisse ces violences dans le futur.

Le Président de la thèse, Yves MATILLON
Nom et Prénom du Président
Signature

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine Lyon-Est

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Professeur Jérôme ETIENNE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 30 MAI 2016

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXES

Annexe « Liste des articles après exclusion sur le titre : PubMed »

Annexe « Liste des articles après exclusion sur le titre : Web of Science »

Annexe « Liste des articles après exclusion sur le titre : Cochrane Librairy »

Annexe « Liste des articles après exclusion sur le titre : Autre »

Annexe « Liste des doublons »

Annexe « Tableau résumant les motifs d'exclusion après lecture du résumé »

Annexe « Tableau résumant les motifs d'exclusion après lecture intégrale »

Annexe « Grille COREQ : liste des 32 items référencés »

Annexe « COREQ de l'article 55A-34B »

Annexe « COREQ de l'article 42A-27B »

Annexe « COREQ de l'article 38A-26B »

Annexe « COREQ de l'article 57A »

Annexe « COREQ de l'article 24A-13B »

Annexe « COREQ de l'article 12B »

Annexe « COREQ de l'article 1A-1B »

Annexe « COREQ de l'article 49A-31B »

Annexe « COREQ de l'article 40A »

Annexe « COREQ de l'article 1D »

Annexe « Classement par ordre d'importance des items COREQ »

Annexe « Tableau résumant les résultats des thèses d'exercice pour l'obtention du grade de docteur en médecine, non inclus dans l'analyse »

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « Liste des articles après exclusion sur le titre : PubMed »

Liste des articles après exclusion sur le titre : Pub Med	
Titre	Références
Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study	1A
Battered women: how the primary care practitioner can help	2A
Battered women presenting in general practice	3A
[Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care]	4A
Detecting potential intimate partner violence: which approach do women want?	5A
Developing a programme theory to explain how primary health care teams learn to respond to intimate partner violence: a realist case-study	6A
Discussing partner abuse: does doctor's gender really matter?	7A
Domestic violence: a hidden problem for general practice	8A
Facing violence by intimate partner : the experience of women in an urban area of northeastern Brazil	9A
Experience of intimate partner violence among women and men attending general practices in Dublin, Ireland: a cross-sectional survey	10A
Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: qualitative findings from Germany	11A
Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence	12A
Family violence and associated help-seeking behavior among older African American women	13A
GPs' communication skills - a study into women's comfort to disclose intimate partner violence	14A
Help-seeking behaviors and reasons for help seeking reported by a representative sample of women victims of intimate partner violence in New Zealand	15A
Help-seeking behaviour of Serbian women who experienced intimate partner violence	16A
Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial	17A
Intimate Partner Violence - American Family Physician	18A
Intimate Partner Violence and Associated Coping Strategies among Women in a Primary Care Clinic in Port Harcourt, Nigeria	19A
Intimate partner violence and help-seeking--a cross-sectional study of women in Sweden	20A
Intimate partner violence and the health care response: a postmodern critique	21A
Intimate partner violence - identification and response in general practice	22A
Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice	23A
Involving the health care system in domestic violence: what women want	24A
I was always on guard--an exploration of woman abuse in a group of women with musculoskeletal pain	25A
Medical management of intimate partner violence considering the stages of change: precontemplation and contemplation	26A
Patients' advice to physicians about intervening in family conflict	27A
Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in São Paulo state, Brazil	28A
Primary care-based interventions for intimate partner violence: a systematic review	29A
Primary health care service use among women who have recently left an abusive partner: income and racialization, unmet need, fits of services, and health	30A
[Qualitative research into women who are victims of male violence]	31A
Reproductive violence screening in primary care: perspectives and experiences of patients and battered women	32A
Responding to domestic violence in primary care	33A
Responding to intimate partner violence: what role for general practice?	34A
Rural and urban women's perceptions of barriers to health, mental health, and criminal justice services: implications for victim services	35A
Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial	36A
Support by trained mentor mothers for abused women: a promising intervention in primary care	37A
Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation	38A
The duality of suffering and trust: abused women's experiences of general psychiatric care - an interview study	39A
The general practitioner and the problems of battered women	40A
The process, outcomes, and challenges of feasibility studies conducted in partnership with stakeholders: a health intervention for women survivors of intimate partner violence	41A
The Voices of survivors documentary: using patient narrative to educate physicians about domestic violence	42A
They told me to leave: how health care providers address intimate partner violence	43A
To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence	44A
Using realist evaluation to assess primary healthcare teams' responses to intimate partner violence in Spain	45A
Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice	46A
Utilization of services by abused, low-income African-American women	47A
Variations in women's help seeking in response to intimate partner violence: findings from a Canadian population-based study	48A
Victims' barriers to discussing domestic violence in clinical consultations: a qualitative enquiry	49A
Victims of violence and the general practitioner	50A
Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain	51A
Violence against women in Turkey and the role of women physicians	52A
[Violence against women is a hidden problem. Respectful, sensitive listening can break the evil circle of abuse]	53A
[Violence against women: the role of the health sector in international legislation]	54A

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Liste des articles après exclusion sur le titre : Pub Med SUITE	
Titre	Références
What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors	56A
Why abused women do not seek professional help: a qualitative study	57A
Wife abuse: a hidden problem. A study among Saudi women attending PHC centres	58A
Women battering in primary care practice	59A
Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies	60A
Women's attitudes to being asked about exposure to violence	61A
Women's evaluation of abuse and violence care in general practice: a cluster randomised controlled trial (weave)	62A
Women's expectations of healthcare professionals in case of intimate partner violence in Serbia	63A
Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims	64A
Women's response to intimate partner violence	65A

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe« Liste des articles après exclusion sur le titre : Web of Science »

Liste des articles après exclusion sur le titre : Web of Science	
Titre	Références
Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study	1B
Changing the health care response to battered women: A health education approach	2B
Communicating with patients about intimate partner violence: Screening and interviewing approaches	3B
Domestic violence and primary care - Attitudes, practices, and beliefs	4B
Experience of intimate partner violence among women and men attending general practices in Dublin, Ireland: a cross-sectional survey	5B
Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: qualitative findings from Germany	6B
GPs' communication skills - a study into women's comfort to disclose intimate partner violence	7B
Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices	8B
Intimate partner violence and the health care response: a postmodern critique	9B
Intimate Partner Violence Identification and Response: Time for a Change in Strategy	10B
Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice	11B
Intimate Partner Violence Screening and Brief Intervention: Experiences of Women in Two New Zealand Health Care Settings	12B
Involving the health care system in domestic violence: what women want	13B
I was always on guard--an exploration of woman abuse in a group of women with musculoskeletal pain	14B
Multiple Intimate Partner Violence Experiences: Knowledge, Access, Utilization and Barriers to Utilization of Resources by Women of the African Diaspora	15B
Patients' advice to physicians about intervening in family conflict	16B
Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in São Paulo state, Brazil	17B
Perceptions of help resources for victims of intimate partner violence	18B
Physician Practices in Response to Intimate Partner Violence in Southern India: Insights from a Qualitative Study	19B
Quality of Care for Intimate Partner Violence in South African Primary Care: A Qualitative Study	20B
Reproductive violence screening in primary care: perspectives and experiences of patients and battered women	21B
Responding to domestic violence in primary care	22B
Responding to intimate partner violence: what role for general practice?	23B
Rural and urban women's perceptions of barriers to health, mental health, and criminal justice services: implications for victim services	24B
Social support choices for help with abusive relationships: Perceptions of African American women	25B
Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation	26B
The Voices of survivors documentary: using patient narrative to educate physicians about domestic violence	27B
They told me to leave: how health care providers address intimate partner violence	28B
Understanding women in pain - New pathways suggested by Umea researchers: qualitative research and feminist perspectives	29B
Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice	30B
Victims' barriers to discussing domestic violence in clinical consultations: a qualitative enquiry	31B
Violence against women in Turkey and the role of women physicians	32B
What can we do about domestic violence?	33B
What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes	34B
Wife abuse: a hidden problem. A study among Saudi women attending PHC centres	35B
Women's expectations of healthcare professionals in case of intimate partner violence in Serbia	36B
Women's experiences of referral to a domestic violence advocate in UK primary care settings: a service-user collaborative study	37B
Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time	38B
Women's response to intimate partner violence	39B

Annexe « Liste des articles après exclusion sur le titre : Cochrane Librairy »

Liste des articles après exclusion sur le titre : Cochrane Librairy	
Titre	Références
GPs' communication skills - a study into women's comfort to disclose intimate partner violence	1C
Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial	2C

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « Liste des articles après exclusion sur le titre : Autre »

Liste des articles après exclusion sur le titre : Autre	
Titre	Références
Quand les femmes victimes de violences coonjugales se mettent à parler…Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône	1D

Annexe « Liste des doublons »

Liste des doublons				
	Bases de données référençant l'article			Références
Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study	Pub Med	Web of Science		1A-1B
Experience of intimate partner violence among women and men attending general practices in Dublin, Ireland: a cross-sectional survey	Pub Med	Web of Science		13A-5B
Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: qualitative findings from Germany	Pub Med	Web of Science		11A-6B
GPs' communication skills - a study into women's comfort to disclose intimate partner violence	Pub Med	Web of Science	Cochrane Librairy	14A-7B-1C
Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial	Pub Med	Cochrane Librairy		17A-2C
Intimate partner violence and the health care response: a postmodern critique	Pub Med	Web of Science		21A-9B
Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice	Pub Med	Web of Science		23A-11B
Involving the health care system in domestic violence: what women want	Pub Med	Web of Science		24A-13B
I was always on guard--an exploration of woman abuse in a group of women with musculoskeletal pain	Pub Med	Web of Science		25A-14B
Patients' advice to physicians about intervening in family conflict	Pub Med	Web of Science		27A-16B
Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in São Paulo state, Brazil	Pub Med	Web of Science		28A-17B
Reproductive violence screening in primary care: perspectives and experiences of patients and battered women	Pub Med	Web of Science		32A-21B
Responding to domestic violence in primary care	Pub Med	Web of Science		33A-22B
Responding to intimate partner violence: what role for general practice?	Pub Med	Web of Science		34A-23B
Rural and urban women's perceptions of barriers to health, mental health, and criminal justice services: implications for victim services	Pub Med	Web of Science		35A-24B
Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation	Pub Med	Web of Science		38A-26B
The Voices of survivors documentary: using patient narrative to educate physicians about domestic violence	Pub Med	Web of Science		42A-27B
They told me to leave: how health care providers address intimate partner violence	Pub Med	Web of Science		43A-28B
Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice	Pub Med	Web of Science		46A-30B
Victims' barriers to discussing domestic violence in clinical consultations: a qualitative enquiry	Pub Med	Web of Science		49A-31B
Violence against women in Turkey and the role of women physicians	Pub Med	Web of Science		52A-32B
What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes	Pub Med	Web of Science		55A-34B
Wife abuse: a hidden problem. A study among Saudi women attending PHC centres	Pub Med	Web of Science		58A-35B
Women's expectations of healthcare professionals in case of intimate partner violence in Serbia	Pub Med	Web of Science		63A-36B
Women's response to intimate partner violence	Pub Med	Web of Science		65A-39B

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « Tableau résumant les motifs d'exclusion après lecture du résumé »

Tableau résumant les motifs d'exclusion après lecture du résumé

REFERENCES	MOTIF(S) D'EXCLUSION
3B	Dépistage
6A	Dépistage
2B	Dépistage
7A	Hors sujet
10A	Prévalence
16A	Hors sujet
19A	Prévalence
20A	Hors sujet
22A	Dépistage
10B	Prévalence / Hors sujet
23A-11B	Hors sujet
18B	Hors sujet
29A	Hors sujet
30A	Dépistage / Hors sujet
31A	Hors sujet
33A-22B	Méthodologie
34A-23B	Méthodologie
36A	Hors sujet
37A	Hors sujet
41A	Hors sujet
43A-28B	Hors sujet
29B	Hors sujet
45A	Hors sujet
46A-30B	Hors sujet
47A	Hors sujet
48A	Hors sujet

REFERENCES	MOTIF(S) D'EXCLUSION
50A	Hors sujet
51A	Hors sujet
52A-32B	Hors sujet
54A	Hors sujet
58A-35B	Prévalence
59A	Prévalence
62A	Dépistage / Hors sujet
37B	Hors sujet
65A-39B	Prévalence / Hors sujet
38B	Hors sujet
61A	Hors sujet
56A	Source introuvable
33B	Hors sujet
53A	Source introuvable
44A	Dépistage / Hors sujet
39A	Hors sujet
25B	Hors sujet
35A-24B	Hors sujet
20B	Hors sujet
19B	Hors sujet
28A-17B	Prévalence / Hors sujet
15B	Hors sujet
8B	Hors sujet
17A-2C	Hors sujet
4B	Dépistage

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « Tableau résumant les motifs d'exclusion après lecture intégrale »

Tableau résumant les motifs d'exclusion après lecture intégrale	
REFERENCES	MOTIF(S) D'EXCLUSION
3A	Méthodologie
4A	Dépistage/Sans questionnement
9A	Hors sujet
11A-6B	Hors sujet
13A-5B	Hors sujet
15A	Hors sujet
21A-9B	Hors sujet / Méthodologie
12A	Hors sujet
2A	Hors sujet / Sans questionnement
26A	Hors sujet
25A-14B	Méthodologie / Sans questionnement / Hors sujet
64A	Méthodologie
14A-7B-1C	Méthodologie
5A	Méthodologie
27A-16B	Méthodologie
32A-21B	Méthodologie
63A-36B	Méthodologie
8A	Méthodologie
60A	Méthodologie
18A	Méthodologie

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « Grille COREQ : liste des 32 items référencés »

COREQ			
Liste des items	**Titre original**	**Traduction**	**Réponse/page**
Domain 1 : research team and reflexivity ***Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion***			
1	Interviewer/facilitator	Enquêteur/animateur	
2	Credentials	Titres académiques	
3	Occupation	Activité	
4	Gender	Genre	
5	Experience and training	Expériences et formation	
6	Relationship etablished	Relation antérieure	
7	Participant knowledge of the interviewer	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	
8	Interviewer characteristics	Caractéristiques de l'enquêteur	
Domain 2 : Study design ***Domaine 2 : Conception de l'étude***			
9	Methodological orientation and theory	Orientation méthodologique et théorie	
10	Sampling	Echantillonnage	
11	Method of approach	Prise de contact	
12	Sample size	Taille de l'échantillon	
13	Non-participation	Non-participation	
14	Setting of data collection	Cadre de la collecte de données	
15	Presence of non-participants	Présence de non-participants	
16	Description of sample	Description de l'échantillon	
17	Interview guide	Guide d'entretien	
18	Repeat interviews	Entretiens répétés	
19	Audi/visual recording	Enregistrement audio/visuel	
20	Field notes	Cahier de terrain	
21	Duration	Durée	
22	Data saturation	Seuil de saturation	
23	Transcripts returned	Retour des transcriptions	
Domain 3 : analysis and findings ***Domaine 3 : analyse et résultats***			
24	Number of data coders	Nombre de personnes codant les données	
25	Description of the coding tree	Description de l'arbre de codage	
26	Derivation of themes	Détermination des thèmes	
27	Software	Logiciel	
28	Participant checking	Vérification par les participantes	
29	Quotations presented	Citations présentées	
30	Data anf findings consistent	Cohérence des données et des résultats	
31	Clarity of major themes	Clarté des thèmes principaux	
32	Clarity of minor themes	Clarté des thèmes secondaires	

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « COREQ de l'article 55A-34B »

COREQ What do abused women expect from their family physicians . A qualitative study among woemn in shelter homes ? W. Wester & al			
Liste des items	**Titre original**	**Traduction**	**Réponse/page**
Domain 1 : research team and reflexivity ***Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion***			
1	Interviewer/facilitator	Enquêteur/animateur	Oui
2	Credentials	Titres académiques	Oui (p 108)
3	Occupation	Activité	Oui (p 108)
4	Gender	Genre	Non
5	Experience and training	Expériences et formation	Oui (p 108)
6	*Relationship etablished*	*Relation antérieure*	*Non*
7	Participant knowledge of the interviewer	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Oui (p 108)
8	Interviewer characteristics	Caractéristiques de l'enquêteur	Non
Domain 2 : Study design ***Domaine 2 : Conception de l'étude***			
9	Methodological orientation and theory	Orientation méthodologique et théorie	Oui (p 107)
10	Sampling	Echantillonnage	Oui (p 108)
11	Method of approach	Prise de contact	Oui (p 108)
12	Sample size	Taille de l'échantillon	Oui (p 108)
13	Non-participation	Non-participation	Non
14	Setting of data collection	Cadre de la collecte de données	Oui (p 108)
15	Presence of non-participants	Présence de non-participants	Oui (p 108)
16	Description of sample	Description de l'échantillon	Oui (p 109-110)
17	Interview guide	Guide d'entretien	Oui (p 109)
18	Repeat interviews	Entretiens répétés	Oui (p 108)
19	Audi/visual recording	Enregistrement audio/visuel	Oui (p 109)
20	Field notes	Cahier de terrain	Oui (p 108)
21	Duration	Durée	Oui (p 108)
22	Data saturation	Seuil de saturation	Oui (p 109)
23	*Transcripts returned*	*Retour des transcriptions*	*Oui (p 109)*
Domain 3 : analysis and findings ***Domaine 3 : analyse et résultats***			
24	Number of data coders	Nombre de personnes codant les données	Oui (p 109)
25	Description of the coding tree	Description de l'arbre de codage	Oui (p 109)
26	Derivation of themes	Détermination des thèmes	Oui (p 109)
27	Software	Logiciel	Oui (p 109)
28	*Participant checking*	*Vérification par les participantes*	*non*
29	Quotations presented	Citations présentées	Oui (p 110-115)
30	Data anf findings consistent	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarity of major themes	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarity of minor themes	Clarté des thèmes secondaires	Oui

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « COREQ de l'article 42A-27B »

COREQ The voices of survivors. Documentary C. Nicolaidis & al			
Liste des items	**Titre original**	**Traduction**	**Réponse/page**
Domain 1 : research team and reflexivity ***Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion***			
1	Interviewer/facilitator	Enquêteur/animateur	Oui
2	Credentials	Titres académiques	Oui (p 124)
3	Occupation	Activité	Oui (p 118)
4	Gender	Genre	Oui (p 124)
5	Experience and training	Expériences et formation	Oui (p 118)
6	*Relationship etablished*	*Relation antérieure*	*Non*
7	Participant knowledge of the interviewer	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Oui (p 118)
8	Interviewer characteristics	Caractéristiques de l'enquêteur	Oui (p 118)
Domain 2 : Study design ***Domaine 2 : Conception de l'étude***			
9	Methodological orientation and theory	Orientation méthodologique et théorie	Oui (p 118)
10	Sampling	Echantillonnage	Oui (p 118)
11	Method of approach	Prise de contact	Non
12	Sample size	Taille de l'échantillon	Oui (p 119)
13	Non-participation	Non-participation	Oui (p 119)
14	Setting of data collection	Cadre de la collecte de données	Non
15	Presence of non-participants	Présence de non-participants	Oui (p 119)
16	Description of sample	Description de l'échantillon	Oui (p 119)
17	Interview guide	Guide d'entretien	Oui (p 119)
18	Repeat interviews	Entretiens répétés	Oui (p 118)
19	Audi/visual recording	Enregistrement audio/visuel	Oui (p 118)
20	Field notes	Cahier de terrain	Non
21	Duration	Durée	Oui (p 118)
22	Data saturation	Seuil de saturation	Non
23	*Transcripts returned*	*Retour des transcriptions*	*Oui (p 119)*
Domain 3 : analysis and findings ***Domaine 3 : analyse et résultats***			
24	Number of data coders	Nombre de personnes codant les données	Non
25	Description of the coding tree	Description de l'arbre de codage	Non
26	Derivation of themes	Détermination des thèmes	Oui (p 118)
27	Software	Logiciel	Oui (p 118)
28	*Participant checking*	*Vérification par les participantes*	*Oui (p 118)*
29	Quotations presented	Citations présentées	Oui (p 120-121)
30	Data anf findings consistent	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarity of major themes	Clarté des thèmes principaux	Oui (p 119-122)
32	Clarity of minor themes	Clarté des thèmes secondaires	Oui (p 122)

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « COREQ de l'article 38A-26B »

COREQ Talking matters : abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in hendling the abuse situation. S. Lo Fo Wong & al			
Liste des items	**Titre original**	**Traduction**	**Réponse/page**
Domain 1 : research team and reflexivity ***Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion***			
1	Interviewer/facilitator	Enquêteur/animateur	Oui (p 387)
2	Credentials	Titres académiques	Oui (p 387)
3	Occupation	Activité	Oui (p 387)
4	Gender	Genre	Oui (p 387)
5	Experience and training	Expériences et formation	Oui (p 387)
6	*Relationship etablished*	*Relation antérieure*	*Non*
7	Participant knowledge of the interviewer	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Oui (p 387)
8	Interviewer characteristics	Caractéristiques de l'enquêteur	Oui (p 387)
Domain 2 : Study design ***Domaine 2 : Conception de l'étude***			
9	Methodological orientation and theory	Orientation méthodologique et théorie	Oui
10	Sampling	Echantillonnage	Oui (p 387)
11	Method of approach	Prise de contact	Oui (p 387)
12	Sample size	Taille de l'échantillon	Oui (p 388)
13	Non-participation	Non-participation	Oui (p 388)
14	Setting of data collection	Cadre de la collecte de données	Oui (p 387)
15	Presence of non-participants	Présence de non-participants	Oui (p 387)
16	Description of sample	Description de l'échantillon	Oui (p 388)
17	Interview guide	Guide d'entretien	Oui (p 387)
18	Repeat interviews	Entretiens répétés	Oui (p 387)
19	Audi/visual recording	Enregistrement audio/visuel	Oui (p 388)
20	Field notes	Cahier de terrain	Oui (p 388)
21	Duration	Durée	Oui (p 387)
22	Data saturation	Seuil de saturation	Oui (p 388)
23	*Transcripts returned*	*Retour des transcriptions*	*Oui (p 388)*
Domain 3 : analysis and findings ***Domaine 3 : analyse et résultats***			
24	Number of data coders	Nombre de personnes codant les données	Oui (p 388)
25	Description of the coding tree	Description de l'arbre de codage	Oui (p 388)
26	Derivation of themes	Détermination des thèmes	Oui (p 388)
27	Software	Logiciel	Oui (p 388)
28	*Participant checking*	*Vérification par les participantes*	*Non*
29	Quotations presented	Citations présentées	Oui
30	Data anf findings consistent	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarity of major themes	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarity of minor themes	Clarté des thèmes secondaires	Oui

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « COREQ de l'article 57A »

COREQ Why abused women do not seek professional help : a qualitative study. G-J. Prosman & al			
Liste des items	**Titre original**	**Traduction**	**Réponse/page**
Domain 1 : research team and reflexivity ***Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion***			
1	Interviewer/facilitator	Enquêteur/animateur	Non
2	Credentials	Titres académiques	Oui (p 4)
3	Occupation	Activité	Oui (p 4)
4	Gender	Genre	Oui (p 4)
5	Experience and training	Expériences et formation	Oui (p 4)
6	*Relationship etablished*	*Relation antérieure*	*Non*
7	Participant knowledge of the interviewer	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non
8	Interviewer characteristics	Caractéristiques de l'enquêteur	Non
Domain 2 : Study design ***Domaine 2 : Conception de l'étude***			
9	Methodological orientation and theory	Orientation méthodologique et théorie	Oui (p 4)
10	Sampling	Echantillonnage	Oui (p 4)
11	Method of approach	Prise de contact	Oui (p 4-5)
12	Sample size	Taille de l'échantillon	Oui (p 5)
13	Non-participation	Non-participation	Oui (p 4)
14	Setting of data collection	Cadre de la collecte de données	Oui (p 4)
15	Presence of non-participants	Présence de non-participants	Oui (p 4)
16	Description of sample	Description de l'échantillon	Oui (p 5)
17	Interview guide	Guide d'entretien	Non
18	Repeat interviews	Entretiens répétés	Oui (p 4)
19	Audi/visual recording	Enregistrement audio/visuel	Oui (p 4)
20	Field notes	Cahier de terrain	Oui (p 4)
21	Duration	Durée	Oui (p 4)
22	Data saturation	Seuil de saturation	Non
23	*Transcripts returned*	*Retour des transcriptions*	*Non*
Domain 3 : analysis and findings ***Domaine 3 : analyse et résultats***			
		Nombre de personnes codant les données	Oui (p 4)
	Description of the coding tree	Description de l'arbre de codage	Oui (p 4)
	Derivation of themes	Détermination des thèmes	Oui (p 4)
27	Software	Logiciel	Oui (p 4)
28	*Participant checking*	*Vérification par les participantes*	*Non*
29	Quotations presented	Citations présentées	Oui
30	Data anf findings consistent	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarity of major themes	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarity of minor themes	Clarté des thèmes secondaires	Oui

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « COREQ de l'article 24A-13B »

COREQ Involving the Health Care System in Domestic Violence : What Women Want. J. Usta			
Liste des items	**Titre original**	**Traduction**	**Réponse/page**
Domain 1 : research team and reflexivity ***Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion***			
1	Interviewer/facilitator	Enquêteur/animateur	Non
2	Credentials	Titres académiques	Oui (p 213-214)
3	Occupation	Activité	Oui (p 213-214)
4	Gender	Genre	Non
5	Experience and training	Expériences et formation	Oui (p 214)
6	*Relationship etablished*	*Relation antérieure*	*Non*
7	Participant knowledge of the interviewer	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non
8	Interviewer characteristics	Caractéristiques de l'enquêteur	Non
Domain 2 : Study design ***Domaine 2 : Conception de l'étude***			
9	Methodological orientation and theory	Orientation méthodologique et théorie	Oui (p 214)
10	Sampling	Echantillonnage	Oui (p 214-215)
11	Method of approach	Prise de contact	Non
12	Sample size	Taille de l'échantillon	Oui (p 215)
13	Non-participation	Non-participation	Oui (p 216)
14	Setting of data collection	Cadre de la collecte de données	Oui (p 215)
15	Presence of non-participants	Présence de non-participants	Oui (p 214)
16	Description of sample	Description de l'échantillon	Oui (p 215)
17	Interview guide	Guide d'entretien	Non
18	Repeat interviews	Entretiens répétés	Oui
19	Audi/visual recording	Enregistrement audio/visuel	Oui (p 215)
20	Field notes	Cahier de terrain	Oui (p 215)
21	Duration	Durée	Non
22	Data saturation	Seuil de saturation	Oui (p 215)
23	*Transcripts returned*	*Retour des transcriptions*	*Non*
Domain 3 : analysis and findings ***Domaine 3 : analyse et résultats***			
24	Number of data coders	Nombre de personnes codant les données	Oui (p 215)
25	Description of the coding tree	Description de l'arbre de codage	Non
26	Derivation of themes	Détermination des thèmes	Oui (p 215)
27	Software	Logiciel	Non
28	*Participant checking*	*Vérification par les participantes*	*Non*
29	Quotations presented	Citations présentées	Oui
30	Data anf findings consistent	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarity of major themes	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarity of minor themes	Clarté des thèmes secondaires	Oui

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « COREQ de l'article 12B »

COREQ Intimate Partner Violence Screening and Brief Intervention : Experiences of Women in Two New Zealand Health Care Settings. J. Koziol-McLain & al			
Liste des items	**Titre original**	**Traduction**	**Réponse/page**
Domain 1 : research team and reflexivity ***Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion***			
1	Interviewer/facilitator	Enquêteur/animateur	Non
2	Credentials	Titres académiques	Oui (p 504)
3	Occupation	Activité	Non
4	Gender	Genre	Oui (p 504)
5	Experience and training	Expériences et formation	Non
6	*Relationship etablished*	*Relation antérieure*	*Non*
7	Participant knowledge of the interviewer	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non
8	Interviewer characteristics	Caractéristiques de l'enquêteur	Non
Domain 2 : Study design ***Domaine 2 : Conception de l'étude***			
9	Methodological orientation and theory	Orientation méthodologique et théorie	Oui (p 505)
10	Sampling	Echantillonnage	Oui (p 505)
11	Method of approach	Prise de contact	Oui (p 505)
12	Sample size	Taille de l'échantillon	Oui (p 505)
13	Non-participation	Non-participation	Oui (p 505)
14	Setting of data collection	Cadre de la collecte de données	Oui (p 505)
15	Presence of non-participants	Présence de non-participants	Non
16	Description of sample	Description de l'échantillon	Oui (p 505-506)
17	Interview guide	Guide d'entretien	Non
18	Repeat interviews	Entretiens répétés	Oui (p 505)
19	Audi/visual recording	Enregistrement audio/visuel	Oui (p 505)
20	Field notes	Cahier de terrain	Oui (p 505)
21	Duration	Durée	Oui (p 505)
22	Data saturation	Seuil de saturation	Non
23	*Transcripts returned*	*Retour des transcriptions*	*Non*
Domain 3 : analysis and findings ***Domaine 3 : analyse et résultats***			
24	Number of data coders	Nombre de personnes codant les données	Oui (p 505)
25	Description of the coding tree	Description de l'arbre de codage	Non
26	Derivation of themes	Détermination des thèmes	Oui (p 505-506)
27	Software	Logiciel	Oui (p 505)
28	*Participant checking*	*Vérification par les participantes*	*Non*
29	Quotations presented	Citations présentées	Oui (p 506-508)
30	Data anf findings consistent	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarity of major themes	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarity of minor themes	Clarté des thèmes secondaires	Oui

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « COREQ de l'article 1A-1B »

COREQ Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice : a qualitative study. T. Mork & al			
Liste des items	**Titre original**	**Traduction**	**Réponse/page**
Domain 1 : research team and reflexivity ***Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion***			
1	Interviewer/facilitator	Enquêteur/animateur	Oui (p 3)
2	Credentials	Titres académiques	Non
3	Occupation	Activité	Oui (p 2)
4	Gender	Genre	Non
5	Experience and training	Expériences et formation	Non
6	*Relationship etablished*	*Relation antérieure*	*Non*
7	Participant knowledge of the interviewer	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Oui (p 2)
8	Interviewer characteristics	Caractéristiques de l'enquêteur	Oui (p 2)
Domain 2 : Study design ***Domaine 2 : Conception de l'étude***			
9	Methodological orientation and theory	Orientation méthodologique et théorie	Oui (p 2)
10	Sampling	Echantillonnage	Oui (p 3)
11	Method of approach	Prise de contact	Oui (p 3)
12	Sample size	Taille de l'échantillon	Oui (p 3)
13	Non-participation	Non-participation	Non
14	Setting of data collection	Cadre de la collecte de données	Non
15	Presence of non-participants	Présence de non-participants	Oui (p 3)
16	Description of sample	Description de l'échantillon	Oui (p 3-4)
17	Interview guide	Guide d'entretien	Oui (p 2-3)
18	Repeat interviews	Entretiens répétés	Oui (p 3)
19	Audi/visual recording	Enregistrement audio/visuel	Oui (p 3)
20	Field notes	Cahier de terrain	Non
21	Duration	Durée	Oui (p 3)
22	Data saturation	Seuil de saturation	Non
23	*Transcripts returned*	*Retour des transcriptions*	*Non*
Domain 3 : analysis and findings ***Domaine 3 : analyse et résultats***			
24	Number of data coders	Nombre de personnes codant les données	Oui (p 3)
25	Description of the coding tree	Description de l'arbre de codage	Oui (p 3)
26	Derivation of themes	Détermination des thèmes	Oui (p 3)
27	Software	Logiciel	Non
28	*Participant checking*	*Vérification par les participantes*	*Non*
29	Quotations presented	Citations présentées	Oui (p 5-6)
30	Data anf findings consistent	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarity of major themes	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarity of minor themes	Clarté des thèmes secondaires	Oui

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « COREQ de l'article 49A-31B »

COREQ Victims' Barriers to Discussing Domestic Violence in Clinical Consultations : A Qualitative Enquiry. S. Othman & al			
Liste des items	**Titre original**	**Traduction**	**Réponse/page**
Domain 1 : research team and reflexivity ***Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion***			
1	Interviewer/facilitator	Enquêteur/animateur	Oui (p 1500)
2	Credentials	Titres académiques	Non
3	Occupation	Activité	Non
4	Gender	Genre	Non
5	Experience and training	Expériences et formation	Non
6	*Relationship etablished*	*Relation antérieure*	*Non*
7	Participant knowledge of the interviewer	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Oui (p 1500)
8	Interviewer characteristics	Caractéristiques de l'enquêteur	Oui (p 1500)
Domain 2 : Study design ***Domaine 2 : Conception de l'étude***			
9	Methodological orientation and theory	Orientation méthodologique et théorie	Oui (p 1500)
10	Sampling	Echantillonnage	Oui (p 1500)
11	Method of approach	Prise de contact	Non
12	Sample size	Taille de l'échantillon	Oui (p 1500-1501)
13	Non-participation	Non-participation	Non
14	Setting of data collection	Cadre de la collecte de données	Oui (p 1500)
15	Presence of non-participants	Présence de non-participants	Oui (p 1500)
16	Description of sample	Description de l'échantillon	Oui (p 1501)
17	Interview guide	Guide d'entretien	Non
18	Repeat interviews	Entretiens répétés	Oui (p 1500)
19	Audi/visual recording	Enregistrement audio/visuel	Oui (p 1500)
20	Field notes	Cahier de terrain	Oui (p 1500)
21	Duration	Durée	Non
22	Data saturation	Seuil de saturation	Oui (p 1500)
23	*Transcripts returned*	*Retour des transcriptions*	*Non*
Domain 3 : analysis and findings ***Domaine 3 : analyse et résultats***			
24	Number of data coders	Nombre de personnes codant les données	Oui (p 1500)
25	Description of the coding tree	Description de l'arbre de codage	Oui (p 1500)
26	Derivation of themes	Détermination des thèmes	Oui (p 1500)
27	Software	Logiciel	Oui (p 1500)
28	*Participant checking*	*Vérification par les participantes*	*Non*
29	Quotations presented	Citations présentées	Oui
30	Data anf findings consistent	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarity of major themes	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarity of minor themes	Clarté des thèmes secondaires	Oui

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « COREQ de l'article 40A »

COREQ The general practitioner and the problems of bettered women. J. Pahl & al			
Liste des items	**Titre original**	**Traduction**	**Réponse/page**
Domain 1 : research team and reflexivity ***Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion***			
1	Interviewer/facilitator	Enquêteur/animateur	Non
2	Credentials	Titres académiques	Non
3	Occupation	Activité	Non
4	Gender	Genre	Non
5	Experience and training	Expériences et formation	Non
6	*Relationship etablished*	*Relation antérieure*	*Non*
7	Participant knowledge of the interviewer	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non
8	Interviewer characteristics	Caractéristiques de l'enquêteur	Non
Domain 2 : Study design ***Domaine 2 : Conception de l'étude***			
9	Methodological orientation and theory	Orientation méthodologique et théorie	Non
10	Sampling	Echantillonnage	Oui
11	Method of approach	Prise de contact	Non
12	Sample size	Taille de l'échantillon	Oui
13	Non-participation	Non-participation	Non
14	Setting of data collection	Cadre de la collecte de données	Non
15	Presence of non-participants	Présence de non-participants	Non
16	Description of sample	Description de l'échantillon	Non
17	Interview guide	Guide d'entretien	Non
18	Repeat interviews	Entretiens répétés	Non
19	Audi/visual recording	Enregistrement audio/visuel	Non
20	Field notes	Cahier de terrain	Non
21	Duration	Durée	Non
22	Data saturation	Seuil de saturation	Non
23	*Transcripts returned*	*Retour des transcriptions*	*Non*
Domain 3 : analysis and findings ***Domaine 3 : analyse et résultats***			
24	Number of data coders	Nombre de personnes codant les données	Non
25	Description of the coding tree	Description de l'arbre de codage	Non
26	Derivation of themes	Détermination des thèmes	Non
27	Software	Logiciel	Non
28	*Participant checking*	*Vérification par les participantes*	*Non*
29	Quotations presented	Citations présentées	Oui
30	Data anf findings consistent	Cohérence des données et des résultats	Non
31	Clarity of major themes	Clarté des thèmes principaux	Non
32	Clarity of minor themes	Clarté des thèmes secondaires	Non

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « COREQ de l'article 1D »

COREQ 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. M. Le Bars & al			
Liste des items	**Titre original**	**Traduction**	**Réponse/page**
Domain 1 : research team and reflexivity ***Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion***			
1	Interviewer/facilitator	Enquêteur/animateur	Non
2	Credentials	Titres académiques	Non
3	Occupation	Activité	Non
4	Gender	Genre	Non
5	Experience and training	Expériences et formation	Non
6	*Relationship etablished*	*Relation antérieure*	*Oui (p 6)*
7	Participant knowledge of the interviewer	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Oui (p 3)
8	Interviewer characteristics	Caractéristiques de l'enquêteur	Oui (p 3)
Domain 2 : Study design ***Domaine 2 : Conception de l'étude***			
9	Methodological orientation and theory	Orientation méthodologique et théorie	Oui (p 3)
10	Sampling	Echantillonnage	Oui (p 2-3)
11	Method of approach	Prise de contact	Oui (p 3)
12	Sample size	Taille de l'échantillon	Oui (p 3)
13	Non-participation	Non-participation	Oui (p 3)
14	Setting of data collection	Cadre de la collecte de données	Oui (p 3)
15	Presence of non-participants	Présence de non-participants	Oui (p 3)
16	Description of sample	Description de l'échantillon	Oui (p 3)
17	Interview guide	Guide d'entretien	Non
18	Repeat interviews	Entretiens répétés	Oui (p 3)
19	Audi/visual recording	Enregistrement audio/visuel	Oui (p 3)
20	Field notes	Cahier de terrain	Oui (p 3)
21	Duration	Durée	Oui (p 3)
22	Data saturation	Seuil de saturation	Non
23	*Transcripts returned*	*Retour des transcriptions*	*Oui (p 3)*
Domain 3 : analysis and findings ***Domaine 3 : analyse et résultats***			
24	Number of data coders	Nombre de personnes codant les données	Non
25	Description of the coding tree	Description de l'arbre de codage	Non
26	Derivation of themes	Détermination des thèmes	Oui (p 3)
27	Software	Logiciel	Non
28	*Participant checking*	*Vérification par les participantes*	*Oui*
29	Quotations presented	Citations présentées	Oui (p 3-4)
30	Data anf findings consistent	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarity of major themes	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarity of minor themes	Clarté des thèmes secondaires	Oui

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « Classement par ordre d'importance des items COREQ »

COREQ			
Liste des items	**Titre original**	**Traduction**	**Importance de l'item coté a, b et c pour grande, moyenne et faible importance**
Domain 1 : research team and reflexivity ***Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion***			
1	Interviewer/facilitator	Enquêteur/animateur	c
2	Credentials	Titres académiques	c
3	Occupation	Activité	b
4	Gender	Genre	b
5	Experience and training	Expériences et formation	b
6	*Relationship established*	*Relation antérieure*	
7	Participant knowledge of the interviewer	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	b
8	Interviewer characteristics	Caractéristiques de l'enquêteur	c
Domain 2 : Study design ***Domaine 2 : Conception de l'étude***			
9	Methodological orientation and theory	Orientation méthodologique et théorie	a
10	Sampling	Echantillonnage	a
11	Method of approach	Prise de contact	b
12	Sample size	Taille de l'échantillon	b
13	Non-participation	Non-participation	b
14	Setting of data collection	Cadre de la collecte de données	c
15	Presence of non-participants	Présence de non-participants	b
16	Description of sample	Description de l'échantillon	a
17	Interview guide	Guide d'entretien	c
18	Repeat interviews	Entretiens répétés	b
19	Audi/visual recording	Enregistrement audio/visuel	a
20	Field notes	Cahier de terrain	c
21	Duration	Durée	c
22	Data saturation	Seuil de saturation	a
23	*Transcripts returned*	*Retour des transcriptions*	
Domain 3 : analysis and findings ***Domaine 3 : analyse et résultats***			
24	Number of data coders	Nombre de personnes codant les données	a
25	Description of the coding tree	Description de l'arbre de codage	a
26	Derivation of themes	Détermination des thèmes	a
27	Software	Logiciel	b
28	*Participant checking*	*Vérification par les participantes*	
29	Quotations presented	Citations présentées	a
30	Data anf findings consistent	Cohérence des données et des résultats	a
31	Clarity of major themes	Clarté des thèmes principaux	a
32	Clarity of minor themes	Clarté des thèmes secondaires	

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe « Tableau résumant les résultats des thèses d'exercice pour l'obtention du grade de docteur en médecine, non inclus dans l'analyse »

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
Les femmes victimes de VC face à leur médecin traitant : entente et attentes **A. Bounoure**	2010 Thèse d'exercice pour l'obten-tion du grade de docteur en médecine, non publiée	Qualitative, entretiens semi-dirigés	Attentes et ententes des femmes vis-à-vis de leur MG	Femmes de plus de 18 ans, victimes de VC, volontaires	France	-Comportement : confiance, proximité, prendre le temps -Il faut que le MG porte un intérêt et une écoute attentive -Il faut une écoute avant de donner des conseils -Il faut des explications -Il faut détecter les signaux -Faire sentir aux femmes victime que c'est une situation connue -Elles veulent un certificat médical initial, des informations sur les droits et les aides possibles -Parfois, elles attendent une orientation vers le psychologue	

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
Les femmes victimes de violences conjugales : analyse du vécu, du ressenti et de la perception des aides extérieures : étude qualitative auprès de 11 femme à l'aide d'entretiens semi-directifs. T . Jungo	2012 Thèse d'exercice pour l'obten-tion du grade de docteur en médecine, non publiée	Qualitative, entretiens semi-dirigés	Ressenti et vécu des femmes victimes de VC et leur perception des structures d'aides	Femmes victimes de VC recrutées par des médecins généralistes parmi leur patientèle, volontaires	France	Ressenti : - Le MG manque de temps, manque d'aptitude et de compétences pour gérer les VC - Le MG n'est pas forcément l'interlocuteur idéal - Le fait de parler à leur MG leur permet de passer à une phase ultérieure dans la démarche du départ du foyer des VC <u>Attentes de manière générale :</u> - De l'écoute, l'absence de jugement, le respect de leur choix - Ne pas être poussée à partir si elles ne l'ont pas décidé <u>Attentes de leur MG :</u> - Elles souhaitent que le MG ne parle de VC qu'une fois qu'elles en ont pris conscience - Elles souhaitent être comprise et crues - Elles attendent de l'empathie, un confident de confiance, un soutien apportant de la sécurité, l'absence de jugement - Elles attendent une prise en compte de leurs croyances culturelles - Elles ne veulent pas une médicalisation avec la prescription de médicament	

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
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 apr SOS Femmes 13 à Marseille. L. Landzberg	2015 Thèse d'exercice pour l'obten-tion du grade de docteur en médecine, non publiée	Qualitative, entretiens semi-dirigés	Perception de la place du MG par les femmes victimes de VC dans leur parcours initial et leurs attentes	Femmes de plus de 18 ans se présentant à SOS Femmes 13, ayant été ou étant victime de VC, volontaires	France	<u>Attentes des femmes victimes :</u> - Etre conseillées et même orientées de manière précise, informées sur leurs droits - Etre soutenues par leur médecin généraliste - Qu'on les aide à prendre conscience de leur situation, de leur statut de victime. Elles attendent de la reconnaissance - Le MG doit évaluer la gravité de la situation. Il doit même alerter les autorités lorsque la situation devient dangereuse, y compris pour une femme seule sans enfant, pouvant toutefois être vulnérable. - Il doit écouter, comprendre - La question doit être posée par le médecin, au minimum quand il y a des signes d'alerte (sinon elles sentiront que le médecin ne veut pas aborder ce type de sujet, et elles ne parleront plus du tout) - Le MG se doit de se faire confiance - Il se doit d'être impartial, notamment lorsqu'il est le médecin des deux partenaires. <u>Les freins à l'expression des VC :</u> - Les médecins hommes - Les médecins qui ne paraissent pas disposés ou ouverts aux yeux de la patiente - La crainte de ne ressortir qu'avec une prescription médicamenteuse - Ne souhaite pas que le médecin entre dans sa vie de couple - Le fait que le MG soit également le MG du partenaire - La présence du partenaire lors des consultations - La barrière de la langue - Le sentiment de honte et de culpabilité qu'elles ressentent - Une peur de représailles - La normalisation dans leur vie des VC	Le but de cette thèse est de faire émerger une ligne de conduite pour les médecins généralistes

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Titre, auteur principal	Année, Revue	Méthodo-logie	Facteur étudié	Caractéristiques de la population étudiée	Pays	Résultats	Eventuelles conclusions de l'auteur
Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale : expériences et attentes de femmes victimes. E. Biglia	2012 Thèse d'exercice pour l'obten-tion du grade de docteur en médecine, non publiée	Qualitative, entretiens semi-dirigés	Les attentes des femmes victimes de VC de leur MG	Femmes victimes, volontaires dans les Alpes-Maritimes, recrutées via l'institut de Médecine Légale, leurs archives, des associations de femmes victimes et une connaissance personnelle de l'auteur	France	<u>Elles attendent du MG :</u> - La rédaction d'un certificat médical - Le traitement de blessures physiques - Une aide active avec un suivi régulier rendant l'accès aux soins plus facile pour ces victimes - Il doit faire sortir le conjoint s'il est présent - Il doit aborder lui-même le sujet des VC - Elles attendent une relation de confiance et d'écoute <u>Leur ressenti face au dépistage via le MG :</u> - Le dépistage est nécessaire pour qu'elles osent se livrer - Il sous-entend une disposition du MG à entendre et écouter sur ce sujet délicat - Attention à la manière d'aborder le sujet car parfois la question peut être ressentie comme une intrusion dans leur vie privée	

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | La violence à l'encontre des femmes [Internet]. WHO. [cité 3 mars 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/

2. Microsoft Word - Archive présentation Enveff.doc - 2000_ENVEFF-metropoler.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2016]. Disponible sur: http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/11/2000_ENVEFF-metropoler.pdf

3. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes - n°8 - « Violences faites aux femmes : les principales données » - nov 2015 [Internet]. [cité 3 mars 2016]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/no8-Violences-faites-aux-femmes.html

4. Daligand L. Violences conjugales en guise d'amour. Paris : Albin Michel ;2006.

5. Daligand L, Gonin D. Violences et victimes. Paris: MEDitions ;1993.

6. Code pénal - Article 222-23. Code pénal. [Internet]. LEGIFRANCE. [cité le 3 mars 2016]. Disponible sur : ttps://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417678&cidTexte=LEGITEXT000006070719

7. Code pénal - Article 222-22. Code pénal. [Internet]. LEGIFRANCE. [cité le 3 mars 2016]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417677

8. Walker,L. The Battered woman. New-York : Harper and Row.1979.

9. Abgrall J-M. La mécanique des sectes. Payot. 2002.

10. Lettre_ONVF_4_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov14.pdf [Internet]. [cité 2 mai 2016]. Disponible sur:http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf

11. Rapport Henrion [Internet]. [cité 2 mai 2016]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf

12. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations [Internet]. [cité le 02 mai 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf

13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. The inetrantional Society for quality in health care. Sept 2014 ;19(6) : 349-357.

14. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écritre et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesith Rev. janv 2015 ;157(15) : 50-54.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

15. Wester W, Wong SLF, Lagro-Janssen ALM. What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. Women Health. 2007;45(1):105-19.

16. Nicolaidis C. The Voices of survivors documentary: using patient narrative to educate physicians about domestic violence. J Gen Intern Med. févr 2002;17(2):117-24.

17. 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. mars 2008;70(3):386-94.

18. Prosman G-J, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Why abused women do not seek rofessional help: a qualitative study. Scand J Caring Sci. mars 2014;28(1):3-11.

19. Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M. Involving the health care system in domestic violence: what women want. Ann Fam Med. juin 2012;10(3):213-20.

20. 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 Women Health. déc 2008;53(6):504-10.

21. 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. 2014;14:74.

22. Othman S, Goddard C, Piterman L. Victims' barriers to discussing domestic violence in clinical consultations: a qualitative enquiry. J Interpers Violence. mai 2014;29(8):1497-513.

23. Pahl J. The general practitioner and the problems of battered women. J Med Ethics. sept 1979;5(3):117-23.

24. Le Bars Goubert M, Lasserre E, Le Goaziou M. « 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. Ethique et santé.2015;12(4):244-9.

25. Ruiz-Pérez I, Mata-Pariente N, Plazaola-Castaño J. Women's response to intimate partner violence. J Interpers Violence. sept 2006;21(9):1156-68.

26. Goodman L, Dutton MA, Vankos N, Weinfurt K. Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. Violence Against Women. mars 2005;11(3):311-36.

27. Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. South Med J. nov 1997;90(11):1075-80.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

28. Malpass A, Sales K, Johnson M, Howell A, Agnew-Davies R, Feder G. Women's experiences of referral to a domestic violence advocate in UK primary care settings: a service-user collaborative study. Br J Gen Pract. mars 2014;64(620):E151-8.

29. Djikanovic B, Lo Fo Wong S, Stevanovic S, Celik H, Lagro-Janssen A. Women's expectations of healthcare professionals in case of intimate partner violence in Serbia. Women Health. nov 2011;51(7):693-708.

30. Hegarty KL, Gunn JM, O'Doherty LJ, Taft A, Chondros P, Feder G, et al. Women's evaluation of abuse and violence care in general practice: a cluster randomised controlled trial (weave). BMC Public Health. 2010;10:2-2.

31. Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. Midwifery. mars 2001;17(1):2-10.

32. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. Arch Intern Med. 9 janv 2006;166(1):22-37.

33. Naumann P, Langford D, Torres S, Campbell J, Glass N. Women battering in primary care practice. Fam Pract. août 1999;16(4):343-52.

34. Tashkandi A, Rasheed FP. Wife abuse: a hidden problem. A study among Saudi women attending PHC centres. East Mediterr Health J. oct 2009;15(5):1242-53.

35. Chang JC, Decker M, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors. J Am Med Womens Assoc. 2003;58(2):76-81.

36. Mazza D, Lawrence JM, Roberts GL, Knowlden SM. What can we do about domestic violence? Med J Aust. 20 nov 2000;173(10):532-+.

37. Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. [Violence against women: the role of the health sector in international legislation]. Gac Sanit. oct 2012;26(5):483-9.

38. Tönnesen E, Lundh C, Heimer G. [Violence against women is a hidden problem. Respectful, sensitive listening can break the evil circle of abuse]. Lakartidningen. 1 déc 1999;96(48):5381-4.

39. Büken NO, Sahinoglu S. Violence against women in Turkey and the role of women physicians. Nurs Ethics. mars 2006;13(2):197-205.

40. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. Womens Health Issues. oct 2011;21(5):400-6.

41. Mezey G, King M, MacClintock T. Victims of violence and the general practitioner. Br J Gen Pract. janv 1998;48(426):906-8.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

42. Barrett BJ, St Pierre M. Variations in women's help seeking in response to intimate partner violence: findings from a Canadian population-based study. Violence Against Women. janv 2011;17(1):47-70.

43. Paranjape A, Heron S, Kaslow NJ. Utilization of services by abused, low-income African-American women. J Gen Intern Med. févr 2006;21(2):189-92.

44. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens 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. mai 2007;57(538):396-400.

45. Goicolea I, Hurtig A-K, San Sebastian M, Marchal B, Vives-Cases C. Using realist evaluation to assess primary healthcare teams' responses to intimate partner violence in Spain. Gac Sanit. Sept 2015;29(6), 431-436.

46. Malterud K. Understanding women in pain - New pathways suggested by Umea researchers: qualitative research and feminist perspectives. Scand J Prim Health Care. déc 1998;16(4):195-8.

47. Sundborg E, Törnkvist L, Saleh-Stattin N, Wändell P, Hylander I. To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. J Clin Nurs. 30 sept 2015;10.

48. Morse DS, Lafleur R, Fogarty CT, Mittal M, Cerulli C. « They told me to leave »: how health care providers address intimate partner violence. J Am Board Fam Med. juin 2012;25(3):333-42.

49. Wuest J, Merritt-Gray M, Dubé N, Hodgins MJ, Malcolm J, Majerovich JA, et al. The process, outcomes, and challenges of feasibility studies conducted in partnership with stakeholders: a health intervention for women survivors of intimate partner violence. Res Nurs Health. févr 2015;38(1):82-96.

50. Ormon K, Torstensson-Levander M, Sunnqvist C, Bahtsevani C. The duality of suffering and trust: abused women's experiences of general psychiatric care - an interview study. J Clin Nurs. août 2014;23(15-16):2303-12.

51. Prosman G. J., Wong S. H. L. F., Lagro-Janssen A. L. Support by trained mentor mothers for abused women: a promising intervention in primary care. Family practice. 2014;31(1) :71-80.

52. Fraser IM, McNutt LA, Clark C, Williams-Muhammed D, Lee R. Social support choices for help with abusive relationships: Perceptions of African American women. J Fam Violence. déc 2002;17(4):363-75.

53. Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, et al. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. Lancet. 2013;382(9888):249-58.

54. Logan TK, Stevenson E, Evans L, Leukefeld C. Rural and urban women's perceptions of barriers to health, mental health, and criminal justice services: implications for victim services. Violence Vict. févr 2004;19(1):37-62.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

55. Feder G. Responding to intimate partner violence: what role for general practice? Br J Gen Pract. avr 2006;56(525):243-4.

56. Taket A. Responding to domestic violence in primary care. BMJ. 2012;344:e757.

57. McNutt LA, Carlson BE, Gagen D, Winterbauer N. Reproductive violence screening in primary care: perspectives and experiences of patients and battered women. J Am Med Womens Assoc. 1999;54(2):85-90.

58. Joyner K, Mash B. Quality of Care for Intimate Partner Violence in South African Primary Care: A Qualitative Study. Violence Vict. 2014;29(4):652-69.

59. Muñoz-Cobos F, Burgos-Varo ML, Carrasco-Rodríguez A, Martín-Carretero ML, Río-Ruiz J, Villalobos-Bravo M, et al. Qualitative research into women who are victims of male violence. Aten Primaria. 30 avr 2006;37(7):407-12.

60. Stam MT, Ford-Gilboe M, Regan S. Primary health care service use among women who have recently left an abusive partner: income and racialization, unmet need, fits of services, and health. Health Care Women Int. 2015;36(2):161-87.

61. Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, et al. Primary care-based interventions for intimate partner violence: a systematic review. Am J Prev Med. févr 2014;46(2):188-94.

62. Chibber KS, Krishnan S, Minkler M. Physician Practices in Response to Intimate Partner Violence in Southern India: Insights from a Qualitative Study. Women Health. 2011;51(2):168-85.

63. Krugman SD, Witting MD, Furuno JP, Hirshon JM, Limcangco R, Perisse ARS, et al. Perceptions of help resources for victims of intimate partner violence. J Interpers Violence. juill 2004;19(7):766-77.

64. Mathias A-KRA, Bedone A, Osis M-JD, Fernandes AMS. Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in São Paulo state, Brazil. Int J Gynaecol Obstet. juin 2013;121(3):214-7.

65. Burge SK, Schneider FD, Ivy L, Catala S. Patients' advice to physicians about intervening in family conflict. Ann Fam Med. juin 2005;3(3):248-54.

66. Sabri B, Huerta J, Alexander KA, St Vil NM, Campbell JC, Callwood GB. Multiple Intimate Partner Violence Experiences: Knowledge, Access, Utilization and Barriers to Utilization of Resources by Women of the African Diaspora. J Health Care Poor

67. Zink T, Elder N, Jacobson J, Klostermann B. Medical management of intimate partner violence considering the stages of change: precontemplation and contemplation. Ann Fam Med. juin 2004;2(3):231-9.

68. Hamberg K, Johansson EE, Lindgren G. « I was always on guard »--an exploration of woman abuse in a group of women with musculoskeletal pain. Fam Pract. juin 1999;16(3):238-44.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

69. Narula A, Agarwal G, McCarthy L. Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. Fam Pract. oct 2012;29(5):593-600.

70. Rhodes KV, Kothari CL, Dichter M, Cerulli C, Wiley J, Marcus S. Intimate Partner Violence Identification and Response: Time for a Change in Strategy. J Gen Intern Med. août 2011;26(8):894-9.

71. Hegarty K, O'Doherty L. Intimate partner violence - identification and response in general practice. Aust Fam Physician. nov 2011;40(11):852-6.

72. Tower M. Intimate partner violence and the health care response: a postmodern critique. Health Care Women Int. mai 2007;28(5):438-52.

73. Dufort M, Gumpert CH, Stenbacka M. Intimate partner violence and help-seeking--a cross-sectional study of women in Sweden. BMC Public Health. 2013;13:866.

74. Itimi K, Dienye PO, Gbeneol PK. Intimate Partner Violence and Associated Coping Strategies among Women in a Primary Care Clinic in Port Harcourt, Nigeria. J Family Med Prim Care. juill 2014;3(3):193-8.

75. Cronholm PF, Fogarty CT, Ambuel B, Harrisson SL. Intimate Partner Violence. Am Fam Physician. 2011 May 15;83(10):1165-1172.

76. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. Archives of internal medicine. 1992;152(6):1186-90.

77. Wong SLF, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 1 avr 2006;56(525):249-57.

78. Djikanović B, Wong SLF, Jansen HAFM, Koso S, Simić S, Otasević S, et al. Help-seeking behaviour of Serbian women who experienced intimate partner violence. Fam Pract. avr 2012;29(2):189-95.

79. Fanslow JL, Robinson EM. Help-seeking behaviors and reasons for help seeking reported by a representative sample of women victims of intimate partner violence in New Zealand. J Interpers Violence. mai 2010;25(5):929-51.

80. Tan E, O'Doherty L, Hegarty K. GPs' communication skills - a study into women's comfort to disclose intimate partner violence. Aust Fam Physician. juill 2012;41(7):513-7.

81. Paranjape A, Tucker A, McKenzie-Mack L, Thompson N, Kaslow N. Family violence and associated help-seeking behavior among older African American women. Patient Educ Couns. oct 2007;68(2):167-72.

82. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. Health Soc Care Community. janv 2003;11(1):10-8.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

83. Larsen MM, Krohn J, Püschel K, Seifert D. Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: qualitative findings from Germany. Health Care Women Int. 2014;35(4):359-79.

84. Paul G, Smith SM, Long J. Experience of intimate partner violence among women and men attending general practices in Dublin, Ireland: a cross-sectional survey. Eur J Gen Pract. 2006;12(2):66-9.

85. Silva, R. D. A., Araújo, T. V. B. D., Valongueiro, S., & Ludermir, A. B. Facing violence by intimate partner: the experience of women in an urban area of Northeastern Brazil. Revista de saude publica. 2012;46(6): 1014-1022.

86. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic violence and primary care - Attitudes, practices, and beliefs. Arch Fam Med. août 1999;8(4):301-6.

87. Richardson J, Feder G. Domestic violence: a hidden problem for general practice. Br J Gen Pract. avr 1996;46(405):239-42.

88. Wong SHLF, Jonge AD, Wester F, Mol SSL, Römkens RR, Lagro-Janssen T. Discussing partner abuse: does doctor's gender really matter? Family Practice. 10 janv 2006;23(5):578-86.

89. Goicolea I, Hurtig A-K, San Sebastian M, Vives-Cases C, Marchal B. Developing a programme theory to explain how primary health care teams learn to respond to intimate partner violence: a realist case-study. BMC Health Serv Res. 2015;15:228.

90. McCord-Duncan EC, Floyd M, Kemp EC, Bailey B, Lang F. Detecting potential intimate partner violence: which approach do women want? Fam Med. juin 2006;38(6):416-22.

91. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care. Cien Saude Colet. août 2009;14(4):1037-50.

92. Fogarty CT, Burge S, McCord EC. Communicating with patients about intimate partner violence: Screening and interviewing approaches. Fam Med. mai 2002;34(5):369-75.

93. Smith PH, Danis M, Helmick L. Changing the health care response to battered women: A health education approach. Fam Community Health. janv 1998;20(4):1-18.

94. Hopayian K, Horrocks G, Garner P, Levitt A. Battered women presenting in general practice. J R Coll Gen Pract. août 1983;33(253):506-7.

95. Henry CA, Hull AF. Battered women: how the primary care practitioner can help. Cleve Clin J Med. août 1996;63(4):199-201.

96. Piau Charruau D. Place du médecin généraliste dans les violences conjugales : à partir d'une enquête auprès de femmes victimes. Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine. Université d'Angers; 2006 :86p.

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

97. Landzberg L. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille. Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine. Université d'Aix-Marseille; 2015 :146p.

98. Jungo T. Les femmes victimes de violences conjugales : analyse du vécu, du ressenti et de la perception des aides extérieures : étude qualitative auprès de 11 femmes à l'aide d'entretiens semi-directifs. Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine. Université de Franche-Compté; 2012 :153p.

99. Bounoure A. Les femmes victimes de violences conjugales face à leur médecin traitant : ententes et attentes. Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine. Université de Strasbourg; 2010:186p.

100. Buchaillet C, Jousset N, Rouge Maillart C. Dossier : La violence conjugale. Aide à la prise en charge des victimes en 10 points. Rev Prat Med Ge.mai 2014;(922):417-22.

101. Biglia E. Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale : expériences et attentes de femmes victimes. Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine. Université de Nice; 2012:218p.

102. Enseignements obligatoires pour la validation du DES [Internet]. [cité le 11 mai 2016]. Disponible sur : http://lyon-est.univ-lyon1.fr/medias/fichier/enseignemens-obligatoires-des-2015_1442497682159-pdf

103. DES de médecine générale-Formation. [Intrenet]. [cité le 11 mai 2016]. Disponible sur : http://www.isnar-img.com/content/des-de-m%C3%A9n%C3%A9rale

104. Violences contre les femmes La loi vous protège [Internet]. [cité 2 mai 2016]. Disponible sur: http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/

105. LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. 2006-399 avr 4, 2006.

106. certificat_en_cas_de_violences_sur_personne_majeure-3.pdf [Internet]. [cité 2 mai 2016]. Disponible sur: http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/certificat_en_cas_de_violences_sur_personne_majeure-3.pdf

107. Descripteur : VIOLENCE CONJUGALE | Legifrance [Internet]. [cité 2 mai 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000022474297&ordre=null&nature=null&g=ls

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

DUPRE Océane :

LES FEMMES VICTIMESDE VIOLENCES CONJUGALES DEMANDENT DE L'AIDE A LEUR MEDECIN GENERALISTE : QUELLES SONT LEURS ATTENTES ? REVUE DE LA LITTERATURE.

90 pages, 2 Figures 10 Tableaux

Th. Méd : 2016 n°129

RESUME :

INTRODUCTION : Les violences conjugales sont un problème de santé publique majeur dans le monde car elles touchent tous les milieux socio-économiques. Le médecin est le premier contact, une fois sur quatre. Cette revue de la littérature explore les attentes des femmes victimes lors de l'entretien avec leur médecin. **MATERIEL & METHODE** : Les bases de données PubMed, Web of Science et Cochrane Librairy ont été utilisées d'octobre 2015 à janvier 2016 avec les équations de recherche utilisant : [spouse abuse OR intimatepartner abuse OR batteredwomen OR domestic violence OR gender violence] AND [primaryhealth care OR general practice OR physicianfamily] NOT child* NOT pregnan*. Les critères d'inclusion étaient les suivants : les études s'intéressant aux femmes de plus de 18 ans, sans problème psychiatrique ni enceintes, il fallait retrouver la notion de relation médecin-malade dans le titre. Les critères de non-inclusion étaient : les études de prévalence, de dépistage des VCou si on s'intéressait à une autre population que celle prédéfinie. L'évaluation a été réalisée selon les critères COREQ. **RESULTATS** : 10 articles ont été sélectionnés sur 81 résumés. 6 études sont de qualité bonne ou intermédiaire. Les femmes veulent être interrogées directement sur la violence, dans un climat d'empathie, et exprimer leur sentiment de culpabilité. La prise en charge doit se faire dans la durée pour accepter le statut de victime et pour se reconstruire. **CONCLUSION** : L'exploration qualitative performante des attentes des femmes victimes de violences conjugales permettra une amélioration de leur prise en charge médicale.

MOTS-CLES: intimate partner abuse, spouse abuse, battered women, domestic violence, gender violence, primary health care, physician family, general practice, help seeking

---

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Yves Matillon
Membres : Madame le Professeur Liliane Daligand
Monsieur le Professeur Yves Zerbib
Monsieur le Docteur Humbert deFreminville

DATE DE SOUTENANCE :le 28 juin 2016

ADRESSE DE L'AUTEUR :25 Rue des Echarmeaux, 69430 BEAUJEU

dupre_oceane@hotmail.fr

DUPRE
(CC BY-NC-ND 2.0)