

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Année 2024

N° : 13

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

Mention D.E.S. de MEDECINE GENERALE

PAR

Thérèse DIEBOLD

Née le 31.03.1994 à Strasbourg

Titre de la thèse

**DEPISTAGE CONJOINT
DES VIOLENCES CONJUGALES ET DES ADDICTIONS EN
MEDECINE GENERALE :
LE POINT DE VUE DES PATIENTS**

Etude qualitative réalisée auprès de patients dans le Bas-Rhin

Président de thèse : Professeur BERTSCHY

Directeur de thèse : Docteur SCHMITT



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022
Année universitaire 2022-2023

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Premier Vice Doyen de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SJIBLIA Jean
M. DERUELLE Philippe
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUCES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS ^a	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies Infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRP0 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRP0 NCS	• Pôle d'imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRP0 NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDP	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRP0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
NETTER Denis	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - Csp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERLINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DELHORME Jean-Baptiste		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILUSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marlange		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDCKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emille		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Niis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pr Ass. DUMAS Claire
Pr Ass. GRIES Jean-Luc
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 01.09.10
BURSZEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie Infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie Infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLINGER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Mollère - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;

Que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au Président du jury, **Monsieur le Professeur BERTSCHY Gilles**

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse et pour l'intérêt que vous y avez porté. Vos compétences dans le domaine de la psychiatrie sont une force pour ce travail. Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance et mes plus sincères remerciements quant à votre disponibilité.

A mon directeur de thèse, **Monsieur le Docteur SCHMITT Yannick,**

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour ton aide, tes conseils, et ton soutien dans ce projet.

A Monsieur le Docteur HILD Philippe

Merci d'avoir accepté d'évaluer mon travail qui vient clore le dernier cycle de mes études. Ce dernier cycle où tu m'as accompagné en tant que tuteur, toujours à l'écoute et réactif lors de mes sollicitations. Merci pour ton accompagnement bienveillant tout au long de ces années.

A Madame la Docteure WACK Emilie

Merci d'avoir également accepté d'évaluer mon travail et merci d'avoir donné de ton temps pour me former. Que ce soit dans le domaine de l'addictologie mais également dans toutes les spécificités de la médecine générale, tu m'as prodigué des conseils pertinents et précieux qui m'aident au quotidien. Merci pour tous ces conseils et ton enthousiasme communicateur.

Merci également à ces femmes qui ont acceptées de témoigner dans l'exercice de cette thèse, merci pour leur courage, et d'avoir donné de leur temps afin d'améliorer nos pratiques de médecins généralistes.

A Solène, Constance, Marine, Romane, et Natacha qui m'ont épaulées depuis le lycée, malgré ces études prenantes et plutôt envahissantes, vous avez toujours été présentes !

A Valérie, Chloé, Denise, Sarah, Morgane, Amélie et évidemment leur moitiés respectives, merci pour ces années écoulées ! Merci pour votre soutien, toujours infaillible, ces moments partagés, et pour tous les projets à venir !

A Alma, Rozenn, Michaël, Benjamin, Lou, merci d'avoir illuminé ces années d'internat ! Merci pour votre soutien, votre écoute et pour tous ces bons moments, vous avez acceptés (tolérés ?) la Rousse comme telle à vos côtés !

Merci à ma famille d'avoir toujours crus en mes capacités et de m'avoir encouragé jusqu'au bout ! Entre temps la famille s'est agrandie avec l'arrivée de **Mathis**, ce petit rayon de soleil, je suis heureuse d'être ta marraine ! Une pensée également pour **Mamama** qui aurait été tellement fière d'être là aujourd'hui.

Enfin, merci à Frank, merci d'être là tous les jours, l'avenir semble toujours plus rayonnant quand on l'envisage à deux !

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	20
1.	Le concept d'addiction	20
2.	Violences conjugales	23
3.	Relation addictions et violences conjugales.....	25
4.	Place du médecin généraliste	26
II.	MATERIEL ET METHODE	28
1.	Type d'étude	28
2.	Choix de la méthode.....	28
3.	Choix de la technique de recueil des données.....	29
4.	Population d'étude et échantillon	30
4.1	Population	30
4.2	Échantillon	31
4.3	Mode de recrutement	32
5.	Recueil des données	34
5.1	Guide d'entretien	34
5.2	Déroulement.....	35
5.3	Retranscription des données	36
5.4	Analyses des données	37
6.	Éthique et confidentialité	37
6.1	Soumission au comité d'éthique	37
6.2	Formulaire de consentement	38
6.3	Anonymisation.....	38
6.4	Conflits d'intérêt	38
III.	RESULTATS	39
1.	Population étudiée	39
1.1	données sociodémographiques.....	39
1.2	Types de violences	40
1.3	Types d'addictions	42
2.	Le vécu dans le parcours de soin.....	45
2.1	L'entrée dans le parcours de soin	45

2.2	L'élément déclencheur	47
2.3	Les attentes.....	50
2.4	Les sentiments après cette 1 ^{ère} consultation.....	53
2.5	Les autres recours que le médecin généraliste.....	55
2.6	Les obstacles à l'entrée dans le parcours de soins	57
3.	Interrelations entre les violences conjugales et la consommation de substances psychoactives.....	58
3.1	Chronologie.....	58
3.2	Les conséquences des violences	60
3.3	Les attentes du produit	66
3.4	Les conséquences du produit	71
3.5	Les conséquences des addictions du conjoint sur le couple.....	76
3.6	L'alliance paradoxale des addictions et des violences	77
4.	Les pistes d'amélioration du dépistage	79
4.1	Les avantages des questionnaires de dépistage.....	79
4.2	Les limites des questionnaires de dépistage.....	82
4.3	Le dépistage conjoint	84
4.4	Axe d'amélioration pluridisciplinaire	86
IV.	DISCUSSION	89
1.	Résultats principaux et implications majeures	89
2.	Forces et faiblesses de l'étude	90
2.1	Force de l'étude.....	90
2.2	Faiblesses de l'étude	91
2.2.1	Les difficultés de recrutement	91
2.2.2	Les biais d'investigation.....	91
2.2.3	Les biais d'interprétation.....	92
3.	Validités externes : interprétation à la lumière de la littérature existante.....	92
3.1	Attentes des patients du médecin généraliste.....	92
3.2	Interrelation entre les violences et les addictions.....	95
3.3	Les pistes d'amélioration du dépistage	99
3.4	Limites de l'étude et suggestions pour les recherches futures	103
V.	CONCLUSION.....	105
VI.	BIBLIOGRAPHIE	107

VII. ANNEXES	113
1. Grille d'analyse méthodique selon les lignes directrices COREQ.....	113
2. Formulaire de consentement éclairé.....	116
3. Validation du comité d'éthique de l'université de Strasbourg	117
4. Grille d'entretien	118
5. Questionnaire WAST.....	120
6. Questionnaire Fagertröm.....	121
7. Questionnaire CAST	122
8. Questionnaire AUDIT	123
9. Dépistage conjoint.....	124
RESUME.....	126

LISTES DES ABREVIATIONS

AUDIT: Alcohol Use Disorders Test

CAST: Cannabis Abuse Screening Test

CIR : Commission Impact des Recommandations

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RMS : Réseau de MicroStructure

SPA : Substance PsychoActive

TCC: Thérapies Cognitivo-Comportementales

WAST: Woman Abuse Screening Tool

I. INTRODUCTION

Les violences conjugales et les addictions font parties des problèmes de santé public majeurs en France. La fréquence de ces situations et leur interrelation complexe en font un sujet d'intérêt, en particulier en soins primaires.

1. Le concept d'addiction

Dans les années 1990, a émergé une nouvelle discipline médicale, celle de l'addictologie, qui englobe les anciens termes d'alcoolisme, de tabagisme et de toxicomanie, qui relevaient autrefois de champs cliniques et scientifiques distincts. (1)

L'addictologie a été définie comme étant « un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ». Cette définition peut être résumée en cinq « C » : la perte de Contrôle, le Craving, une activité Compulsive et un usage Continu alors qu'apparaissent les Conséquences négatives. (2)

Actualisée en 2013, la classification dans le DSM-V des conduites addictives rassemble sous le terme « trouble lié à l'usage de substance » les concepts d'abus et de dépendance. Cette évolution favorise une approche dimensionnelle du trouble, permettant un continuum entre les anciens termes « usage simple », « usage à risque » et « dépendance ». Le trouble lié à l'usage est ainsi envisagé dans un ensemble, entre une rencontre entre un individu particulier, avec une substance particulière dans un contexte particulier. (3)

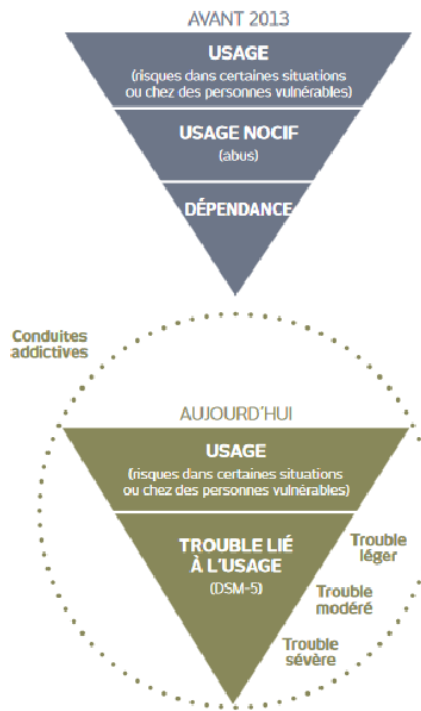


Figure 1 : Evolution de la classification DSM-V

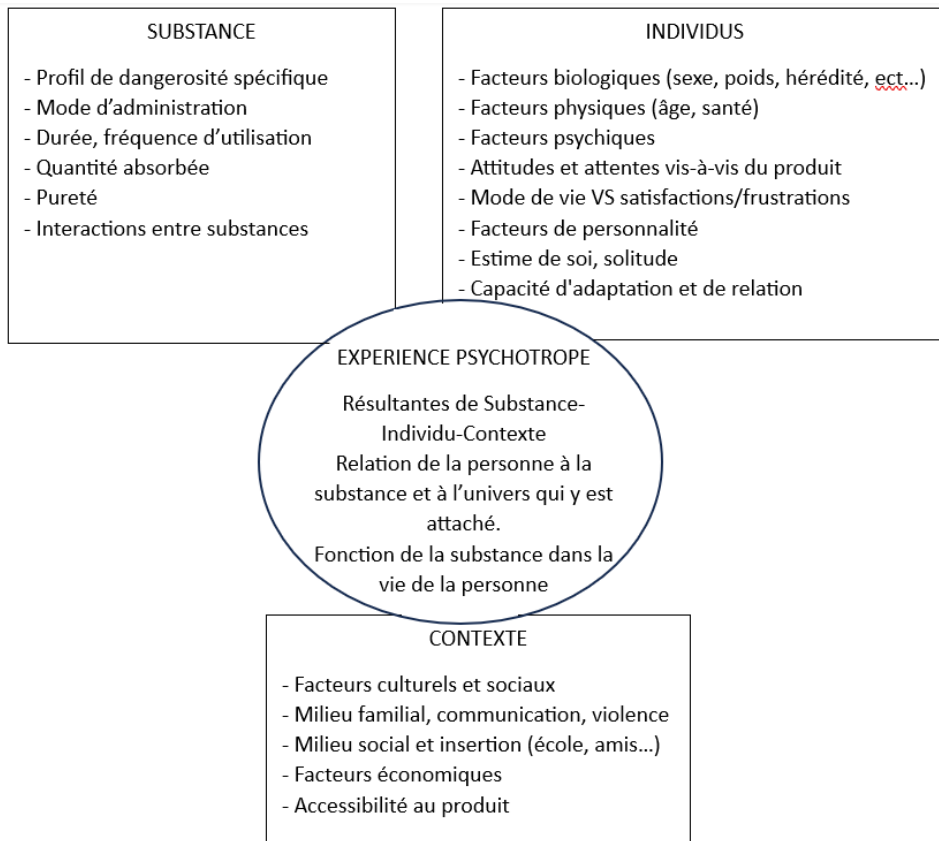


Figure 2 : L'équation de l'expérience psychotrope

Que ce soit sur le plan somatique, psychiatrique, ou social, les conduites addictives engendrent de multiples conséquences, devenant ainsi un problème majeur de santé publique et de société. En effet, le tabac et l'alcool figurent en tant que premiers facteurs de risque de mortalité évitable. À ce jour, la consommation de substances psychoactives (SPA) demeure responsable de plus de 100 000 décès évitables, que ce soit par accidents ou maladies, dont près de 40 000 sont attribuables à des cancers. Les conduites addictives contribuent ainsi à environ 30 % des décès prématurés, survenant avant l'âge de 65 ans. Au-delà de la mortalité associée, les répercussions individuelles, familiales, et sociales sont considérables. (4)

Dans ce contexte, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2021 une nouvelle recommandation visant à dépister les comportements à risque. L'objectif de cet outil est d'aider les professionnels de premier recours dans leur pratique quotidienne :

- à évaluer de façon précoce la consommation des trois substances psychoactives (SPA) les plus utilisées (alcool, tabac, cannabis) et à en évaluer le risque,
- à proposer une intervention brève aux consommateurs à risque,
- à assurer un accompagnement de manière durable afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de ces consommations.

Ce repérage précoce et intervention brève (RPIB) se base sur l'utilisation de questionnaires ayant démontré leur sensibilité, spécificité et acceptabilité : FACE (version raccourcie de l'AUDIT) concernant les troubles liés à l'alcool, le Fagerström concernant le tabac, et CAST concernant le cannabis. (5)

2. Violences conjugales

L'OMS qualifie les violences conjugales comme tout comportement au sein d'une relation intime (avec un partenaire ou ex-partenaire) causant un préjudice d'ordre physique, sexuel, ou psychologique, ce qui inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contrainte, la violence psychologique et tout autre acte de domination. (6)

En 2021, selon l'enquête menée par le Cadre de vie et de Sécurité (CVS), 122 femmes et 23 hommes ont été tué•es par leur (ex-)partenaire et 14 enfants mineurs sont décédés par un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple. 87% des victimes de violences commises par le partenaire enregistrées par les services de police et de gendarmerie sont des femmes. 213 000 femmes majeures, de 18 à 75 ans, déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur la dernière année, dont sept femmes sur 10 déclarent avoir subi des faits répétés et huit femmes sur 10 déclarent avoir également été soumises à des atteintes psychologiques ou des agressions verbales. Parmi ces femmes victimes, seulement 18% déclarent avoir déposé une plainte en gendarmerie ou en commissariat de police et plus de la moitié des victimes n'a fait aucune démarche auprès d'un professionnel de santé ou d'une association. De plus de la moitié des victimes (56%) déclarent que ces violences entraînent une perturbation dans leur vie quotidienne. (7)

Figure 3 : proportion de femmes victimes de violences conjugales ayant entrepris des démarches auprès de professionnels



Les conséquences sur l'état de santé des personnes victimes de violences conjugales sont nombreuses. En effet, ces conséquences peuvent être aiguës et immédiates, mais elles peuvent également perdurer bien des années après la cessation des violences, pouvant se transformer en affections chroniques. Des études ont révélé que les femmes ayant des antécédents de mauvais traitements sont plus susceptibles de présenter divers problèmes de santé chronique, tels que des maux de tête, des douleurs pelviennes chroniques, des douleurs dorsales, des douleurs abdominales, le syndrome du côlon irritable, et des troubles gastro-intestinaux. (8)

Sur le plan psychologique, la diminution de l'estime de soi résultant de la dévalorisation constante imposée par l'agresseur peut entraîner un état de stress post-traumatique, voire conduire à des états dépressifs et suicidaires. Dans l'ensemble, la détérioration de la qualité de vie des victimes entraîne une perte moyenne de quatre à cinq années de vie en bonne santé. Le taux de suicide chez les victimes est multiplié par cinq. (9)

Il est donc impératif, en tant que médecin généraliste, de repérer ces situations le plus tôt possible afin de minimiser les séquelles à court, moyen et long terme, et ainsi réduire la morbi-mortalité de ces individus.

3. Relation addictions et violences conjugales

Sur le plan comportemental, on observe des similitudes entre les troubles addictifs et les violences conjugales, notamment en termes de perte de contrôle, de préoccupations, de perpétuation malgré les conséquences négatives, de phénomène de tolérance, d'implication de la famille, ainsi que des mécanismes de déni, de minimisation et de rationalisation.

Une revue de la littérature réalisée en 2015 dresse un état des lieux des connaissances concernant les violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives. Diverses approches ont été adoptées, certaines se penchant sur les caractéristiques sociodémographiques, tandis que d'autres privilégiaient une approche qualitative. D'autres études proposaient une approche quantitative en examinant des échantillons de populations fréquentant des centres de santé ou en se basant sur des registres nationaux. Quel que soit l'angle de recherche ou la méthodologie utilisée, ces études soulignent une prévalence nettement plus élevée des violences subies chez les personnes dépendantes aux substances psychoactives, qu'il s'agisse de drogues illicites ou de médicaments psychotropes, par rapport à la population générale. (10)

Cette relation est également mise en évidence dans l'autre sens : une prévalence plus importante de la consommation de substances psychoactives est observée chez les victimes de violences domestique. L'addiction se présente comme la deuxième conséquence la plus fréquente après un psycho traumatisme.

Les psycho traumatismes, qu'ils soient « simples » (épisode unique et bref) ou « complexe » (épisodes répétés, sur une longue durée), peuvent engendrer une profonde souffrance. Ceux-ci peuvent se compliquer avec l'apparition de réminiscences, induites par la mémoire traumatique, avec la mise en place de technique d'évitement, phobies et retraits, des conduites d'hypervigilance pour tenter de les contrôler et des conduites dissociantes pour tenter de les autotrainer (comme les comportements à risque et les conduites addictives anesthésiantes). La prise en charge de ces patients implique une attention particulière pour éviter une recrudescence du syndrome anxieux sous-jacent, souvent auto-traité par la consommation de la substance addictogène. Le double diagnostic, englobant à la fois l'addiction et le psychotraumatisme, est capital afin de mettre en place des thérapies spécialisées et intégratives, telles que la thérapie systémique, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), les groupes de parole, ou encore l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). (11)

4. Place du médecin généraliste

Le médecin généraliste représente souvent le premier recours pour les victimes de violences conjugales, avec 24% des femmes identifiant le médecin généraliste comme leur premier interlocuteur, selon l'enquête ENVEFF. Dans ce cadre, la HAS a publié en 2019, mise à jour en 2020, des recommandations de bonne pratique visant à un dépistage systématique des violences conjugales lors des consultations de médecine générale. (12)

De même, le médecin généraliste est également en première ligne pour lutter contre les conséquences en termes de morbi-mortalité des addictions. Les champs d'intervention du médecin généraliste sont nombreux : il vise à réduire les vulnérabilités, à renforcer les défenses individuelles, à désamorcer les conséquences des premières consommations, à repérer et

évaluer les conduites addictives, à intervenir pour réduire leur emprise et leurs conséquences, et à prévenir la reprise en cas d'arrêt des consommations. (13)

Ainsi, le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié pour les patients confrontés aux violences conjugales et ceux présentant un trouble de l'usage à une substance. En développant un outil destiné aux médecins généralistes, à la fois facile à utiliser et également accepté du point de vue des patients, le dépistage conjoint des addictions et des violences conjugales permettrait une prise en charge globale et adaptée à ces personnes vulnérables et diminuer ainsi les risques de séquelles psychologiques et somatiques à long terme. Un outil a été proposé à la suite d'une revue de la littérature, mais sa pertinence et son acceptabilité n'ont pas encore été évaluées. (14)

Pour donner suite à la conclusion de cette revue de la littérature, cette étude s'intéresse à la perception d'un dépistage conjoint des addictions et des violences en médecine générale par les patients, en mettant l'accent sur les limites et les points forts de cette approche.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Cette étude est une étude qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés réalisés dans le Bas Rhin. Les critères de qualité méthodologique COREQ-32 ont été utilisés. (Annexe 1) (15)

2. Choix de la méthode

Dans le domaine de la recherche médicale, deux méthodes d'études scientifiques prédominent : les études quantitatives et les études qualitatives. Bien que souvent considérées comme opposées, ces approches visent à répondre à des problématiques distinctes, apportant ainsi des données complémentaires.

Les études quantitatives visent à établir un lien de causalité en quantifiant des variables et en les comparant entre elles. Ces études se révèlent utiles et pertinentes pour tester des hypothèses préexistantes, fournissant généralement des résultats exprimés sous forme statistique. Les groupes comparés doivent être homogènes afin d'augmenter la puissance statistique du phénomène étudié. (16)

La méthode qualitative, quant à elle, convient à la compréhension des phénomènes sociaux. En complément de la méthode quantitative, elle vise à générer des hypothèses dans des domaines où les données scientifiques sont limitées. Elle se concentre sur la collecte de données verbales pour faciliter une démarche interprétative. Contrairement à la méthode quantitative, le recrutement dans la démarche qualitative ne vise pas à constituer un groupe homogène de sujets, mais plutôt un groupe hétérogène afin d'explorer la plus grande diversité du thème abordé, créant ainsi de nouvelles hypothèses dans un nouveau domaine scientifique.

Ces hypothèses pourront ensuite être testées par une nouvelle étude, éventuellement quantitative. (16)

Cependant, bien que les liens entre les violences conjugales et les addictions aient déjà été démontrés, à ce jour, aucun questionnaire standardisé n'a été élaboré pour être utilisé dans le cadre d'un dépistage conjoint de ces deux sujets. (11,17–19)

Afin de connaître l'avis des patients concernant un tel questionnaire, une étude qualitative s'avère plus appropriée qu'une étude quantitative. Les données recueillies permettront d'apporter un éclairage nouveau sur ce sujet. Les divers points de vue des patients, provenant d'horizons variés et reflétant la diversité de la patientèle en médecine générale permettront d'apporter une expertise nouvelle sur ce dépistage.

3. Choix de la technique de recueil des données

La collecte de données dans la méthode qualitative peut être réalisée de différentes manières, les plus fréquentes étant les entretiens de groupe, également appelés *focus groups*, et les entretiens individuels.

Les *focus groups* réunissent un groupe de 8 à 10 participants qui interagissent entre eux lors de l'entretien avec l'investigateur. Cette méthode est intéressante pour instaurer une dynamique de groupe et obtenir des explications nouvelles sur des sujets spécifiques.

Les entretiens individuels, quant à eux, permettent d'aborder des sujets plus sensibles. Le participant à l'étude est seul avec l'investigateur, créant ainsi un climat de confiance et de confidentialité propice à l'exploration de thèmes que le participant n'aurait peut-être pas abordés en groupe. L'investigateur doit adopter une attitude bienveillante, sans jugement et sans

influencer les réponses du participant. Compte tenu des sujets sensibles abordés dans cette étude, les entretiens individuels semblent plus adaptés

4. Population d'étude et échantillon

4.1 Population

La population étudiée se compose de personnes ayant été victimes de violences conjugales et décrivant des troubles liés à la consommation de substances. Les critères d'inclusions étaient :

- Personne majeure, homme ou femme
- Ayant présentée ou présentant toujours un trouble de l'usage à une substance ET ayant subi ou subissant toujours des violences conjugales
- Francophone

Les critères de non-inclusion étaient :

- Présenter ou avoir présenté un trouble lié à l'usage d'une substance sans violence conjugale associée
- Subir ou ayant subi des violences conjugales sans trouble lié à l'usage d'une substance associées
- Subir des violences autre que conjugales
- Présenter une addiction autre qu'à une substance : jeux vidéo, jeux d'argent

Sur le plan des violences conjugales, le recrutement a été réalisé sur la base des déclarations spontanées des patients. Ceux-ci avaient abordé leurs difficultés conjugales avec leur médecin traitant ou les médecins de la structure (associations, CSAPA), sans qu'il y ait eu de classification ni de dépistage systématique préalablement à l'étude.

Concernant les troubles liés à l'usage de substances, il n'y a pas eu de distinction entre les termes de l'ancienne nomenclature telles que l'usage, l'usage nocif et la dépendance. Les participants ont été dirigés par leur médecin prescripteur selon les critères du DSM-V.

Enfin, les addictions liées aux jeux d'argent semblent également être associées aux violences familiales, que ce soit en tant que victime ou acteur. Cette forme d'addiction semble prendre de l'ampleur ces dernières années, avec une augmentation significative du jeu excessif : 1,6 % des joueurs contre 0,8 % en 2014. (20) Mais le dépistage est encore moins connu et moins utilisé en médecine de ville. Pour cette raison, cette catégorie d'addiction a également été exclue de cette étude. (20–23)

4.2 Échantillon

Comme vu précédemment, l'objectif d'une étude qualitative est d'explorer la diversité du thème abordé. Afin de refléter cette diversité de profils, différentes structures ont été sollicitées, notamment les CSAPA de Strasbourg, Haguenau, Sélestat et Saverne, le réseau de microstructures du Bas-Rhin, les cabinets de médecine générale, le planning familial, le réseau ELSA, les associations ALT et ITHAQUE, SOS femmes solidarités, ainsi que le Mouvement du Nid.

Le Centre d'addictologie de Strasbourg et le réseau ELSA, relevant du CSAPA de Strasbourg, ont exprimé leur souhait de voir l'étude validée par la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI). Malgré les démarches entreprises pour soumettre le protocole de l'étude au responsable de la DRCI, l'absence d'un promoteur dédié à cette étude a empêché l'aboutissement de l'accord de la DRCI, et ceux malgré les relances à la faculté de médecine pour obtenir une convention sans surcoût signée par un représentant de l'Unistra. Par

conséquent, le recrutement au CSAPA de Strasbourg et dans le réseau ELSA n'a pas pu être réalisé.

En raison de la sensibilité des thèmes abordés, le planning familial et le Mouvement du Nid ont fait le choix de s'abstenir de participer au recrutement de cette étude. Le CSAPA de Sélestat n'a jamais répondu aux relances réalisées, et le CSAPA de Saverne s'est porté volontaire pour accrocher l'affiche de recrutement (explication ci-dessous) dans leur salle d'attente, mais sans vouloir réaliser de dépistage actif via les médecins de la structure.

4.3 Mode de recrutement

Les différentes structures citées précédemment ont été contactées dans un premier temps par mail, puis deux relances téléphoniques ont été réalisées.

Ce premier échange, que ce soit par téléphone ou par courrier électronique, a permis de présenter en détail l'étude et d'expliquer les modes de recrutement envisagé pour les participants. Deux méthodes de recrutement ont été mises en œuvre : une orientation directe par les médecins des patients répondant aux critères de l'étude, et la diffusion d'une affiche informative comportant un numéro de téléphone et une adresse électronique pour un recrutement direct.

Cette affiche a été accrochée dans plusieurs cabinets médicaux, le CSAPA de Saverne, ainsi que dans les trois associations concernées : ALT, ITHAQUE et SOS Femmes Solidarités. En ce qui concerne cette seconde méthode de recrutement, aucun patient n'a été recruté directement par cet accès, tous les entretiens ont été réalisés à la suite d'une recommandation d'un médecin.

Au final, sur les 7 entretiens :

- 4 patientes ont été adressées par des médecins exerçant avec le réseau de microstructure (RMS) d'Alsace
- 1 patiente a été adressée par l'association ALT
- 1 patiente provenant d'un cabinet médical de ville
- 1 patiente a été adressée par le CSAPA de Haguenau

A noter un nombre important de patients contactés qui n'ont pas donné suite aux relances :

- 1 patient, adressé par son médecin traitant, n'a plus donné suite au mail explication, bien qu'il ait indiqué son souhait d'être contacté par ce moyen pour obtenir plus d'informations sur l'étude
- 2 patientes, adressée par des cabinets du RMS, ne sont pas venues aux RDV sans donner d'explication
- 1 patiente, adressée par ITHAQUE, a annulé le RDV à la suite de difficultés financières et n'avait donc plus la disposition d'esprit pour l'entretien
- 1 patient, adressé par un cabinet du RMS, a annulé le RDV parce que, après réflexion, il ne souhaitait plus partager son expérience

A la fin du recrutement, aucun patient de sexe masculin n'a participé à l'étude.

Au total, sept entretiens ont été menés, ce qui représentait un plafond d'inclusions via les différentes structures contactées. Au terme de ces entretiens, de nouveaux éléments étaient encore présents, ainsi la saturation des données ne peut pas être assurée. Néanmoins, compte-tenu de leur richesse, une suffisance des données peut être atteinte.

5. Recueil des données

5.1 Guide d'entretien

Une grille d'entretien a été préalablement réalisée pour servir de guide au cours de cette étude. Cette grille a été élaborée après une recherche bibliographique approfondie, en se basant sur des questions ouvertes afin de limiter l'influence de l'investigateur et de permettre aux participantes d'aborder spontanément certaines thématiques

Pendant les entretiens, afin de maintenir la fluidité et la cohérence dans les témoignages des participantes, certaines questions ont été abordées dans un ordre différent, permettant ainsi à certains thèmes d'émerger plus tôt dans les échanges. Cette flexibilité a favorisé l'approfondissement de certains sujets et a facilité des échanges plus humains compte tenu de la sensibilité des thèmes abordés.

Cette grille d'entretien était structurée autour de trois grands axes : le vécu dans le parcours de soins, la relation entre la consommation de substance et les violences subies, et les suggestions pour améliorer le dépistage. Dans cette dernière partie, les participantes ont eu accès aux différents questionnaires, leur permettant ainsi de les consulter :

- Le questionnaire de dépistage des violences conjugales de référence : WAST
- Le questionnaire d'évaluation de la dépendance physique à la nicotine : FAGERSTROM
- Le questionnaire concernant l'évaluation de la consommation de cannabis : CAST
- Le questionnaire d'évaluation de la consommation de boissons alcoolisées : AUDIT

- Le questionnaire concernant le dépistage conjoint des addictions et des violences conjugales, élaboré par le Dr SCHMITT, outil réalisé à la suite d'une revue de la littérature concernant le repérage conjoint de ces deux sujets.(14)

Les questionnaires CAST, AUDIT ou FAGERSTROM ont été donnée en fonction des addictions présentées par chaque participante. En revanche, le questionnaire relatif au dépistage conjoint a été systématiquement remis à la fin de l'entretien, permettant ainsi aux participants de le comparer aux questionnaires précédents.

Lorsqu'une poly-addiction était constatée, une décision a été prise après le 3^e entretien de limiter à deux le nombre de questionnaires de référence. En effet, la lecture de l'ensemble des questionnaires s'est révélée fastidieuse, et une certaine impatience a progressivement émergé. Cette restriction visait à favoriser des échanges plus approfondis sur le questionnaire de dépistage conjoint.

5.2 Déroulement

Les entretiens se sont déroulés entre août 2022 et mars 2023. Tous ces entretiens se sont déroulés dans des lieux familiers aux patients, tels que les cabinets médicaux des praticiens habituels, des associations ou des centres d'addictologie. Les entretiens en visioconférence n'étaient pas adaptés aux sujets abordés, ne favorisant pas un climat de confiance, et auraient compliqué l'envoi des questionnaires de dépistage de la dernière partie de l'entretien.

Avant de commencer chaque entretien, un rappel des thèmes principaux à aborder, ainsi que l'objectif de l'étude, était présenté aux participants, sans entrer dans les détails pour éviter toute influence sur leurs réponses. Une insistance particulière était mise sur la garantie de

l'anonymat, et il était souligné que les participants pouvaient interrompre l'entretien à tout moment sans impact sur leur prise en charge habituelle avec leur médecin, instaurant ainsi un climat de confiance et de réassurance.

Une feuille de consentement à cette étude était également donnée après ces explications. Celle-ci reprenait les informations transmises à l'oral, visant à recueillir un consentement éclairé. (Annexe 2)

Après avoir recueilli le consentement, les entretiens pouvaient débuter. Ils étaient enregistrés à l'aide d'un smartphone. À l'exception du premier entretien, où la partie portant sur le recueil des données socio-démographiques n'avait pas été enregistrée, tous les autres entretiens étaient intégralement sauvegardés.

5.3 Retranscription des données

Les entretiens ont été intégralement retranscrits, sur un logiciel de traitement de texte, en essayant de retranscrire le langage non verbal et les émotions des participants afin de préserver le maximum de données. Les sujets abordés étant délicat, des pauses ont souvent été nécessaires, mais aucune des participantes n'a souhaité interrompre l'entretien, ni de s'abstenir de répondre à une question.

À la suite de cette retranscription, les entretiens ont été définitivement supprimés. Ils sont numérotés en ordre chronologique, précédé de la lettre « E », pour « entretien », soit E1 le premier entretien de l'étude.

5.4 Analyses des données

La retranscription des entretiens a donné lieu aux « verbatims », numérotés de E1 à E7. C'est sur ces verbatims que l'analyse des entretiens a été réalisée, s'inspirant de la méthode de la théorisation ancrée, développée par Pierre PAILLE. (24)

Dans un premier temps, une « codification » des verbatims a été effectuée en réalisant un résumé de chaque entretien en restant au plus près des propos des participantes. Ensuite, ces « codes » ont été regroupés et fusionnés pour aboutir à des concepts plus vastes, dans ce que l'on appelle l'étape de la « catégorisation ». Par la suite, le travail a consisté à établir des liens entre ces différentes catégories, permettant ainsi l'émergence de nouvelles idées ou hypothèses que l'investigateur n'avait pas anticipées. Les codages ont ensuite été triangulés avec une consœur, permettant de s'affranchir, du moins partiellement, d'un biais d'interprétation.

Dans le cadre de cette étude, ces liens ont permis une meilleure compréhension des attentes des patients, de leurs craintes, et ont mis en lumière les limites et les points forts des dépistages standardisés, contribuant ainsi à optimiser la prise en charge des patients en médecine générale.

6. Éthique et confidentialité

6.1 Soumission au comité d'éthique

Une demande d'avis a été effectuée auprès du Comité d'éthique pour la recherche (CER) de l'Université de Strasbourg le 23/05/2022. Celui-ci a émis un avis positif définitif le 11/07/2022. (Annexe 3)

6.2 Formulaire de consentement

Les entretiens ont eu lieu après la signature du consentement éclairé pour la participation à l'étude. Les explications sur l'objectif de l'étude, sur l'enregistrement et la conservation des entretiens étaient retranscrites sur la feuille de consentement, laquelle a été signée par les participants. Un accord oral et écrit était requis avant le début de chaque entretien. (Annexe 2)

6.3 Anonymisation

A la suite de la retranscription des entretiens, les enregistrements ont été détruits et l'identification des participantes a été anonymisée par l'utilisation de la lettre « E » pour désigner chaque entretien. De même, les noms de lieux ou de personnes pouvant être évoqués lors des entretiens ont été supprimés, remplacés par une didascalie indiquant « lieux » ou « personnes » en fonction du contexte.

6.4 Conflits d'intérêt

Les chercheurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cette étude.

III. RESULTATS

1. Population étudiée

1.1 données sociodémographiques

Entre août 2022 et mars 2023, 7 entretiens ont été réalisés, retranscrits et analysés. Après la retranscription, les entretiens ont été détruits afin de garantir l'anonymat des participants. La durée des entretiens varie entre 40 min et 1h 21, avec une moyenne de 58 min par entretien. (55 min, 50 min, 1h06, 1h21, 41 min, 56 min, 50 min)

Le ratio hommes/femmes dans l'échantillon est de 0/7. Les participantes se situent dans la tranche d'âge de 40 à 60 ans et sont majoritairement des femmes s'étant séparées de leur conjoint. Une exception concerne une participante qui vit toujours en concubinage avec son conjoint, et une autre qui partage la même maison mais occupe un étage différent. Toutes ont des enfants, à l'exception d'une. La majorité possède la nationalité française, à l'exception d'une participante qui est de nationalité portugaise. Le lieu de vie est principalement urbain. La catégorie socio-économique est plutôt variée, mais une majorité occupent des emplois précaires, ou sont sans emploi, nécessitant des soutiens sociaux. Chacune a un médecin traitant déclaré. Un cas particulier est apparu avec la cinquième participante, qui n'a jamais abordé avec son médecin traitant les violences subies ou les problèmes d'addiction, et la septième participante qui n'a évoqué que les violences conjugales avec celui-ci.

Les caractéristiques socio-démographiques des participants sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : données socio-démographiques des participants

	Identité de genre	Âge	Niveau d'étude	Lieu de vie	Statut marital	MG déclaré
E1	F	41	CAP BEP	Urbain	Célibataire	Oui
E2	F	40	CAP	Semi rural	Célibataire	Oui
E3	F	41	Bac	Urbain	En cours de divorce	Oui
E4	F	54	Bac +6	Urbain	Concubinage (nouveau compagnon)	Oui
E5	F	57	Apprentissage	Urbain	Célibataire	Oui
E6	F	52	CAP BEP	Urbain	Mariée	Oui
E7	F	60	Equivalent Bac +4	Semi rural	En cours de divorce	Oui

1.2 Types de violences

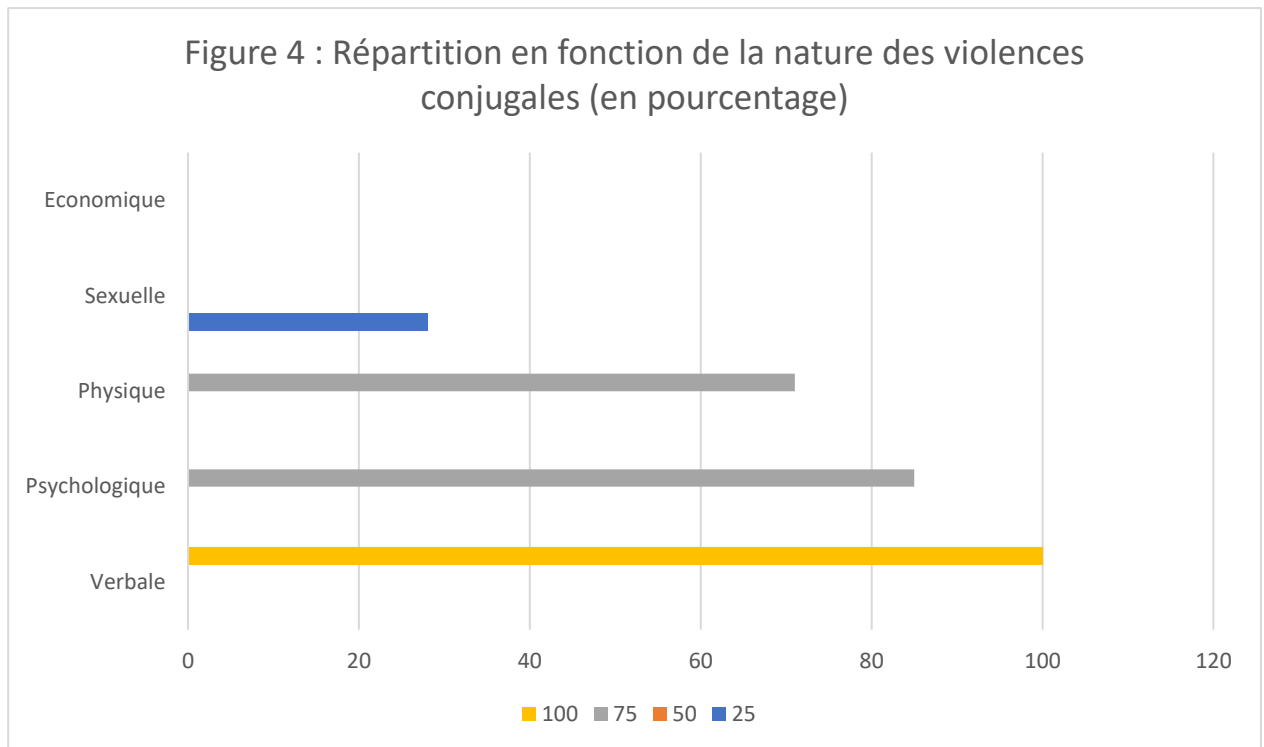
Lors du recueil des données socio-démographiques, les formes prédominantes de violence évoquées étaient de nature psychologique et verbale. Cependant, au cours de l'entretien semi-dirigé, toutes les participantes ont fait référence à des formes de violence physique. Il est à noter que ce type de violence était fréquemment minimisé ou banalisé. Lorsqu'il était évoqué, c'était fait souvent de manière secondaire au souvenir qu'elles partageaient, mettant l'accent non pas sur la violence elle-même, mais plutôt sur les conséquences, telles que le recours aux

services d'urgence. Sur le plan financier, une seule participante a mentionné cette forme de violence, puisque c'est principalement pour des raisons économiques qu'elle reste avec son conjoint.

Tableau 2 : type de violences conjugales subies par les participants

Participants	Types de violences				
	Physique	Psychologique	Verbale	Sexuelle	Économique
E1	X	X	X	X	
E2	X	X	X		
E3	X	X	X		
E4	(X)	X	X	X	
E5	X		X		
E6	X	X	X		(X)
E7	(X)	X	X	(X)	

Les croix entre parenthèse correspondent des situations de violence décrites par les participantes au cours de l'entretien mais qui n'ont pas été expressément reconnues en tant que telles par elles. Par exemple, une participante a déclaré ne pas avoir subi de violence physique tout en mentionnant qu'elle s'est retrouvée aux urgences à la suite de coups infligés par son conjoint. De même, la sixième participante dit ne pas être victime de violences économiques alors que les ressources financières sont un frein important à la séparation avec son conjoint.



Le type de violence le plus fréquemment évoqué est la violence verbale (100%), suivie de près par les violences psychologiques (85,7%), puis les violences physiques (71,4%), et enfin les violences sexuelles (28,5%). Les violences économiques, comme mentionné précédemment, n'ont pas été spontanément abordées. Le graphique a été réalisé sur la base des déclarations spontanées des participantes, en excluant les violences décrites au cours de l'entretien mais non identifiées comme telles par les participantes elles-mêmes.

Il est à noter que toutes les participantes ont subi au moins deux types de violences, la majorité ayant vécu trois types de violences distinctes

1.3 Types d'addictions

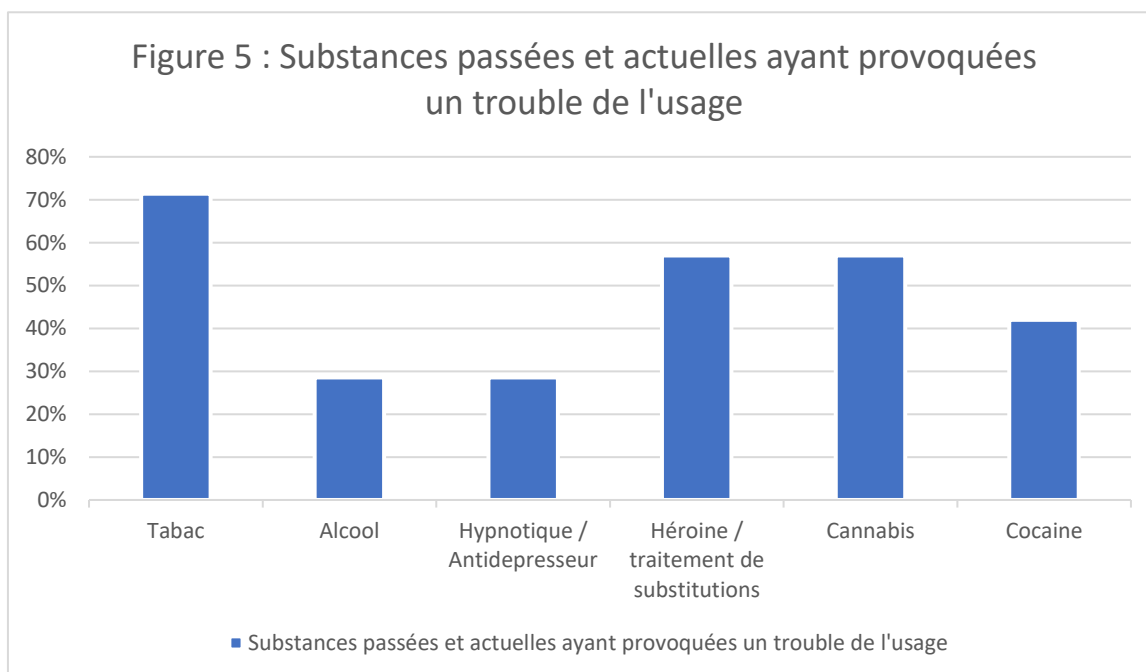
En ce qui concerne les addictions, elles sont variées, tant au niveau de la substance consommée, (héroïne, cannabis, cocaïne, benzodiazépine, tabac), que dans la durée de la

consommation. Les participantes présentant des troubles liés à l'usage d'héroïne suivent actuellement un traitement de substitution, la méthadone ou le Subutex, sans avoir fait de rechute au cours des dernières années. Le tabac a été évoqué spontanément par une seule participante lors de la question sur les dépendances, alors qu'après approfondissement, cinq participantes présentaient une dépendance à la cigarette. La consommation de cannabis et de cocaïne a été la plus difficile à évaluer. En effet les participantes l'ont spontanément jugée comme sevrée, mais au cours de l'entretien, elles ont laissé entendre une consommation actuelle occasionnelle.

Tableau 3 : type de produit consommé et durée

Participants	Types de substances	Durée
E1	Cannabis, cocaïne, héroïne, Subutex, tabac	Cannabis : depuis 20 ans, non sevré Cocaïne : exceptionnel Héroïne : pendant 2ans, sevré Subutex : depuis 10ans, non sevré Tabac : depuis 25 ans, non sevré
E2	Alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, kétamine, Subutex, tabac	Alcool : dépendance forte actuelle Cannabis : exceptionnel Cocaïne : occasionnel, non sevré Héroïne : pendant environ 5ans (20->25ans), sevré Kétamine : occasionnel, vers l'âge de 20ans, sevré Subutex : début à l'âge de 13ans, non sevré Tabac : dépendance forte actuelle
E3	Benzodiazépine, zopiclone	Benzodiazépine : depuis 2 ans, non sevré

		Zopiclone : depuis 2 ans, non sevré
E4	Benzodiazépine, tabac	Benzodiazépine : depuis 15ans, non sevré Tabac : depuis 20 ans, non sevré
E5	Cannabis, héroïne, méthadone, tabac	Cannabis : pendant 30ans, sevré Héroïne : pendant 10ans, sevré Méthadone : depuis 3ans, non sevré Tabac : depuis 40ans, non sevré
E6	Cannabis, cocaïne, héroïne, méthadone, tabac	Cannabis : occasionnel, sevré Cocaïne : occasionnel pendant 12ans, sevré Héroïne : pendant 12ans, sevré Méthadone : depuis 20ans, non sevré Tabac : depuis l'adolescence, non sevré
E7	Alcool	Alcool : aggravation en 2015, non sevré



La substance la plus consommée par les participantes est le tabac (71%), les traitements de substitutions et le cannabis sont représentées de manière équivalentes (57%), comme pour le trouble de l'usage de l'alcool et des hypnotiques (29%).

Quatre participantes présentent un trouble de l'usage à 4 substances psycho actives différentes ou plus. Une seule présente un trouble de l'usage limité à un produit.

Que ce soit sur le plan sociodémographique, le type d'addiction ou le profil des violences subies, ce groupe de participantes présente une très grande hétérogénéité. Afin de comprendre leur point de vue sur le dépistage, une connaissance de leur parcours personnel et de l'impact des violences et des addictions dans leur quotidien est nécessaire. Trois axes principaux ressortent donc de ces entretiens :

- Le vécu dans le parcours de soin
- Le lien entre les violences subies et les addictions
- Les pistes d'amélioration du dépistage

2. Le vécu dans le parcours de soin

L'expérience personnelle des participantes occupe une place importante dans les entretiens. Bien que les vécus aient été très hétérogènes, des thèmes principaux communs en sont ressortis.

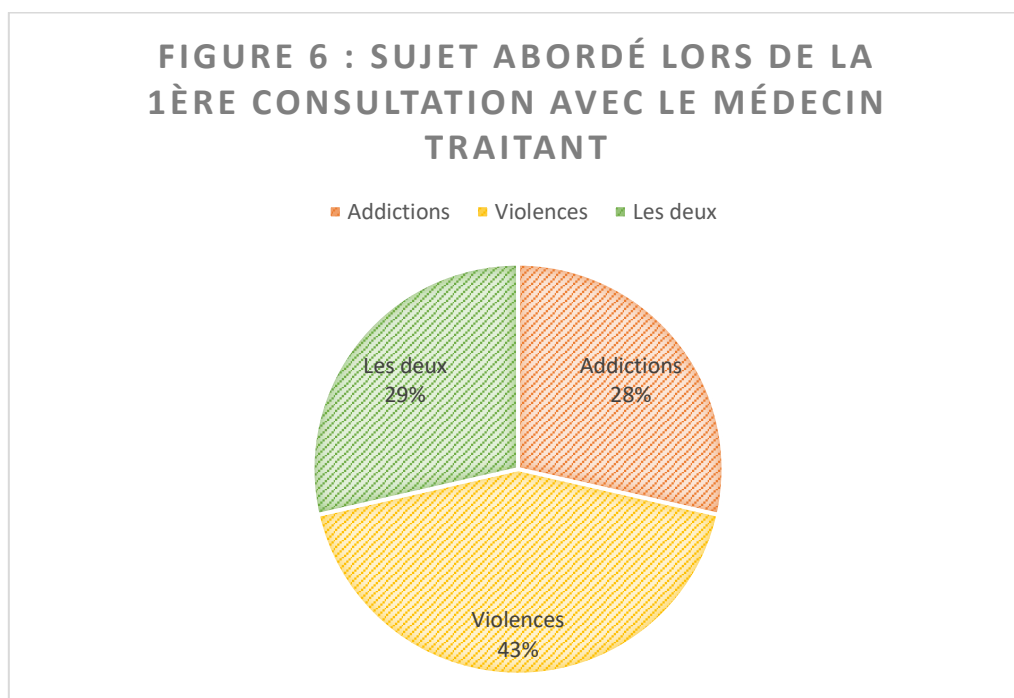
2.1 L'entrée dans le parcours de soin

Toutes les participantes avaient un médecin généraliste déclaré lors des entretiens, et aucune d'entre elles n'a vécu une rupture avec les soins médicaux de manière générale durant leur vie. En revanche, deux d'entre elles ne sont pas suivies par leur médecin généraliste respectif

concernant les violences et les addictions. Le recrutement de ces deux participantes a été réalisé via l'association ALT et le CSPA de Haguenau.

Lors des entretiens, la question concernant le premier sujet abordé, que ce soit avec leur médecin généraliste ou avec le médecin du CSPA ou de ALT, a été posée. Sur les sept entretiens :

- Trois participantes ont initialement parlé des violences
- Deux participantes ont parlé de leur addiction
- Deux participantes ont abordé les deux sujets lors de la première consultation



Une partie importante du temps des entretiens a été consacrée par l'écoute de l'histoire de vie des participantes. Sans les interrompre, ni poser des questions directives, elles ont évoqué leur passé. Cette écoute active a été déterminante pour comprendre les traumatismes, toujours très présent dans leur vie actuelle, ainsi que les entremêlements de leur expérience afin de comprendre les déterminants de leur choix.

2.2 L'élément déclencheur

Spontanément, certaines participantes ont évoqué l'élément déclencheur qui les ont poussés à aborder ces sujets avec un professionnel de santé.

2.2.1 Une exacerbation des violences subies

La montée en crescendo des violences du conjoint a entraîné une peur grandissante chez une des participantes, la laissant démunie face aux accès de violence de plus en plus intenses.

« Et c'est là que j'ai parlé avec Dr [anonyme] dans la semaine... Parce que j'ai l'impression qu'il voulait me tuer ! » E3

« Il fallait que je fasse quelque chose, je ne pouvais pas continuer comme ça ...pour moi et pour mes enfants aussi... Ensuite c'est vrai, j'ai très peur de lui ... Parce qu'il fait presque 2 mètres et moi je suis très petite... Je pouvais vous dire qu'il pouvait arracher toutes les portes, même les cadres de portes... » E3

2.2.2 Les enfants

Que ce soit en rapport avec les violences domestiques ou les addictions, la naissance de leurs enfants a motivé deux participantes à demander de l'aide au corps médical afin de les protéger.

« Quand moi j'ai eu mon enfant mon avec [nom du conjoint] nous étions à la maternité pour accueillir [nom du fils], donc il y avait plus de questions de drogue... [...] Donc là moi je ne prenais déjà rien, je buvais beaucoup moins d'alcool ! [...] J'étais heureuse, remplie de bonheur ! Et j'ai vite déchanté... Mon mec, père de mon fils, arrive avec 1 g d'héroïne à l'hôpital. Et je suis devenu folle ! Je lui ai dit 'ne me mets pas ça sous le nez' ! Bah oui j'ai tapé

en trait ... Et le lendemain je m'en suis tellement voulue ! Je pleurais comme une madeleine...

L'infirmière est venue chez moi m'a demandé ce qui s'est passé et je lui ai expliqué. Je lui ai dit que je ne rentrerai pas chez lui à la maison, chez nous, s'il continue ce bordel » E2

« Quand j'ai eu mon fils, avant que j'aie ma fille, je me rappelle, j'avais fait, j'avais dit 'bon maintenant c'est fini !' J'avais pris un avocat par rapport à mon fils pour que je n'ai pas de soucis de garde ou quoique ce soit ! » E6

Chez une autre participante, la suspicion de violence sexuelle de son ex-compagnon sur sa fille a eu deux effets qui semblent, pourtant à première vue, contradictoires : elle a demandé de l'aide à des professionnels de santé pour mettre fin à ces violences mais en attendant elle s'est soumise à toutes les exigences de son ex-compagnon dans le but de protéger sa fille.

« C'était aussi l'époque où j'avais parlé [au CHS] des attouchements sur ma fille [...] donc là je l'avais menacé de divorce et il a arrêté quoi ... par contre moi derrière, ben moi du coup, c'était tous les 2 jours, et si je n'acceptais pas, c'était ma fille qui était en danger [...] je l'ai interprété qu'il n'avait plus son compte avec moi et qu'il le cherchait chez ma, chez notre, fille... » E4

Les enfants ont également constitué un moteur de motivation supplémentaire pour poursuivre les démarches.

« Quand vous regardez votre fille avec tous les bleus... parce qu'ils [médecins légistes] ont mesuré ! combien de centimètres et tout ça ! » E3

2.2.3 Les comorbidités psychiatriques

Une autre porte d'entrée dans le parcours de soin a été les conséquences psychologiques résultant de nombreuses années de violences conjugales. Effectivement, deux participantes ont développé un syndrome dépressif, allant jusqu'à la tentative de suicide.

« Et finalement si je n'avais pas fait de dépression nerveuse, je ne pense pas que j'aurais ouvert les yeux sur tout ça [...] la thérapie analytique avec le psychiatre. Si je n'étais pas tombée sur lui, je n'aurais peut-être pas fait la même analyse » E4

« Quand vous avez fait une tentative de suicide, vous êtes internés hein, en hôpital psychiatrique et suivi par ... par euh, un psychiatre ! et euh les infirmiers etcetera, psychologue... et, après quand vous sortez, vous avez la possibilité de continuer ! et moi je trouve que le fait de parler, ça m'aide bcp ! euh ... quasiment plus que les médicaments... » E7

2.2.4 Le « médecin de famille omniscient »

Le médecin généraliste apparaît comme un être omniscient en raison des années de suivi et de la connaissance approfondie de leur entourage.

« Elle a remarqué [en parlant des violences] je pense... Et après elle a fait des questions, [...] mais c'est moi qui a donné le premier pas » E3

« Elle a toujours su je crois [en parlant des addictions] ... quand elle est devenue mon médecin, elle le savait je crois, elle savait » E6

« Il [le médecin traitant] m'a arrêté plusieurs fois pour déprime ! ... et donc il sentait bien que ... ce n'était pas une sinécure de vivre avec quelqu'un comme ça ! » E7

2.3 Les attentes

Les participantes ont également décrit les attentes qu'elles avaient lors de leur décision de demander de l'aide à un professionnel de santé.

2.3.1 *Besoin de s'exprimer*

Certaines participantes ont souffert d'isolement, social et familial. Le médecin généraliste apparaît dans ce contexte comme une personne pouvant apporter une écoute attentive et bienveillante.

« En fait j'avais besoin d'elle comme un psychologue, elle me donnait de bons conseils » E3.

« Je suis suivie avec ma psychologue, un psychiatre, mais c'est vrai que je me confie plus à Dr [anonyme] qu'à mon psychiatre ! en fait j'ai plus confiance en elle et je me confie à elle » E3

« J'en parlais autour de moi, quelque part c'était tendre une perche pour que quelqu'un me dise 'effectivement ça ne va pas, tu as raison !' ». E4

« Me défouler en parlant, sortir tout ce que j'avais en moi » E5

2.3.2 *Expertise médicale*

Ce temps d'écoute aboutit à une demande de conseils adaptés à leur condition de vie. Cela peut être en déclenchant des procédures judiciaires :

« C'est elle qui a dit 'on va faire plus attention parce que là je pense que ça commence à devenir dangereux' ! Alors elle a pris la décision d'être plus disponible ! elle m'a dit 's'il arrive quelque chose, tu m'écris juste 'SOS police' ou 'SOS appel la police' Et on a fait des codes comme ça,

et c'est vrai que ça a marché [...] C'est elle qui m'a soutenu aussi [...] quand je suis allée au Parquet pour aller chercher le téléphone » E3

Ou en donnant des explications claires sur les mécanismes de l'addiction afin de pouvoir reprendre le contrôle sur leur vie :

« D'un cheminement pour comprendre mes consommations, et pour les anticiper pour voir les signes avant-coureurs de quand j'ai envie de vraiment bcp consommer » E2.

« J'attendais vraiment un partage, qu'on m'écoute et qu'on m'explique ce que j'ai fait, ce que ce que j'ai merdé. » E2

« des explications aussi sur le mode de fonctionnement des gens qui tombent là-dedans, les toxicomanes, ce qui entraînent les toxicomanes à en prendre plus. J'attendais beaucoup de réponses à énormément de questions » E2

« Pour faire les démarches et tout ! ça aide ... à gérer la méthadone ! » E6

Et enfin d'être renseignée sur les possibilités de protocole afin d'arrêter les consommations :

« Je m'attendais à ce qu'elle me conseille plus vers tout ce qui était déjà euh (longue hésitation) ... Aides pour arrêter toutes ces drogues. Comment faire pour s'en sortir de toutes ces addictions ! Voilà, vraiment un conseil, vers la sortie d'addiction une aide pour s'arrête, ou tout doucement diminuer » E1

À noter l'ambivalence initiale de certaines participantes, une complexité pouvant être difficile à gérer par les professionnels de santé, mais intrinsèquement liée aux conduites addictives.

« Inconsciemment ... Je pense que ... Je pense que je demandais de l'aide ... même si sur le coup je n'en voulais pas » E6

2.3.3 Suivi spécialisé : la place du psychiatre

Bien que la demande n'ait pas été verbalisée par la participante à son médecin traitant, il y a une attente que celui-ci propose un suivi pluridisciplinaire, en association avec un psychiatre ou une psychologue.

« Je n'avais jamais été conseillé d'aller voir un psychiatre, un psychologue pour vider le sac quoi » E1

2.3.4 Le médiateur avec le conjoint

Au-delà du rôle purement médical, deux participantes expriment le souhait que leur médecin endosse le rôle de médiateur avec le conjoint. Ces attentes n'ont malheureusement pas été satisfaites, que ce soit par le refus du médecin généraliste, ou par l'inefficacité de son intervention chez le conjoint.

« Je lui avais demandé de l'aide, pour qu'il parle à mon époux, pour essayer de le raisonner un peu, il avait refusé de le faire » E4

« Il y avait un 2^{ème} médecin généraliste, qui était aussi du village, [...] lui il m'a répondu la même chose 'ça me gêne de faire une remarque à [nom anonyme] parce que vous êtes nos amis tous les deux' donc il a refusé... » E4

« Donc je disais à mon généraliste 'essayez de lui parler, mais ne lui dite pas que ça vient de moi' » E7

« Bah qu'il essaie de ... je ne sais pas ... de ... d'en parler à mon mari, de le raisonner, de ... parce que c'est un généraliste à qui on peut, avec qui on discute bien ! avec qui on peut discuter, il ne se contente pas de prescrire les médicaments, il ne s'arrête pas uniquement à la maladie point... il regarde un peu l'ensemble ! ... je pensais essayer de ... comme ça de ... que mon mari puisse être raisonné » E7

« Mais il n'a pas pu faire grand-chose en fait ... » E7

2.3.5 Fonction détournée

Une participante a formulé une attente franche de sa première consultation :

« Rien juste se défoncer la gueule » E2.

Mais en reprenant ce témoignage, l'ambivalence par rapport à la consommation du produit est forte, et le rôle des professionnels de santé est de la mettre en évidence :

« En fait j'avais des copains qui me filaient du Sub et comme je n'en avais plus et que j'étais devenue accro, on m'a dit tu vas chez Dr (anonyme) et il te prescrira ce que tu veux. Je leur ai dit 'ouais moi ce n'est pas ce que je veux, je veux m'en sortir' ! Et en fait lui il a cache prescrit du Subutex, 8mg alors que je n'avais même pas 16 ans. » E2

2.4 Les sentiments après cette 1^{ère} consultation

Les participantes étaient venues avec des attentes plus ou moins précises vis-à-vis du médecin. Bien que, pour la plupart, cette première consultation remonte à plusieurs années, le sentiment à la sortie de celle-ci reste gravé dans leur mémoire.

2.4.1 Souvenirs négatifs

Sur le plan des violences, la participante décrit un abandon de la part des professionnels de santé.

« Bah j'attendais de l'aide... et il n'y a rien eu [...] l'impression de ne pas avoir été entendu ... Puis que rien à changer après » E4

Sur le plan des addictions, la première consultation a également été vécue par certaines comme un échec de prise en charge, un abandon :

« Mais sans me demander 'tu veux arrêter ou pas ? Ou est-ce que tu aimerais qu'on commence un protocole ?' » E1.

« Coupable de faire tout ça quoi voilà ... comme être resté sur notre faim Ouais de la frustration je dirais Parce que je n'ai pas trouvé ce que je cherchais à ce moment-là peut-être comme réponse et comme accompagnement. » E1

« J'ai l'impression que c'est une perte de temps pour moi, voilà ! de le [psychologue] voir ... [...] on parle, on parle, on parle, mais au final on sort de là, pareil quoi ! Je ne sais pas ... après je sais, ce n'est pas un magicien ! il ne peut pas claquer des doigts et résoudre mes problèmes ! ça j'ai bien compris mais ...mais voilà ... je ... si je parle à un psychologue, je peux très bien parler, me confier à une bonne amie quoi ! » E5

2.4.2 Souvenirs positifs

En revanche, pour d'autres participantes, cette première consultation a été vécue comme un soulagement et leur a permis d'entrevoir de nouvelles solutions :

« J'avais l'impression que je suis encouragée ... [...] j'avais l'impression d'avoir le courage en moi ... je ne suis pas toute seule, j'avais l'impression de n'être pas toute seule, que j'avais quelqu'un à qui je pouvais confier et qu'elle pouvait m'aider. » E3

« Sur le coup, j'avais bcp d'espoir ! » E7

Sur le plan des addictions, cette première consultation a permis de diminuer l'appréhension d'un suivi médical :

« Elle [MG] a été exceptionnelle ! [...] et le pire c'est qu'il [le médecin généraliste] ne porte pas de jugement, il donne des conseils et comme ça vient quelqu'un quand même qui a fait des études et tout et qui ne te prend pas pour une tebé, ses conseils tu les prends vraiment à la lettre quoi » E2

« Parce qu'on pouvait parler avec des gens là-bas [association Ithaque] ... et ils savaient de quoi on parlait et c'était ... il n'étaient pas là pour te juger ou quoi que ce soit... » E6

2.5 Les autres recours que le médecin généraliste

Les médecins généralistes ne sont pas les seuls professionnels de santé en soins primaires auxquels les participantes ont eu recours.

2.5.1 Les spécialistes : la place importante du psychiatre

Les principaux autres professionnels de santé auxquels les participantes ont également eu recours, hormis le médecin traitant sont les psychiatres et les psychologues

« J'étais voir un temps le psychologue d'en face, M. [anonyme] qui travaille au centre médico-social. » E1

« Je me souviens que là je devenais folle et c'est là que ça m'avait poussée à consulter une psychologue au CHS [lieu anonyme], où j'ai eu un suivi psychologique. Le psychiatre je ne l'ai vu qu'une fois, et après j'ai vu une psychologue » E4

« C'est vrai qu'à l'époque, je ne me connaissais pas encore aussi bien qu'après tout le travail qu'on a fait avec le psychiatre... puisque j'ai aussi compris les mécanismes chez moi, qui ont fait que, ça s'est passée comme ça ... mais pour l'instant, je n'arrive pas encore à les combattre, mais je les identifie ! » E4

2.5.2 Les associations spécialisées

Pour lutter contre les violences subies, une participante a sollicité en plus de son médecin traitant, l'association SOS femmes solidarités.

« Parce que vous savez, il y a SOS femme, que j'ai appelé, après que la police soit venue » E3

Concernant les addictions, une patiente passe uniquement par l'association ALT. Une autre participante a bénéficié d'un suivi initial à ITHAQUE en complément du suivi par son médecin traitant.

« Je prenais de la méthadone au black comme on dit ... on va dire que j'avais des connaissances qui pouvaient m'en avoir... Jusqu'à ce que je contacte ce centre [ALT]... » E5

« En fait moi je suis passée par l'association ... comment elle s'appelle celle-là ... Ithaque ... »

E6

2.6 Les obstacles à l'entrée dans le parcours de soins

2.6.1 La honte

Que ce soit en ce qui concerne les violences ou les addictions, l'un des freins majeurs demeure identique : le sentiment de honte.

« C'est plus compliqué, j'avais honte... Honte... En tant que mère, en tant qu'être humain ... Honte... » E1.

« Peut-être que oui, si j'avais parlé plus tôt avec elle, peut être que oui, elle pouvait peut-être m'aider, mais là j'avais la honte ! (Silence) » E3

« La honte ! la honte ! ce n'est pas glorieux pour une femme de boire ! un homme ça passe encore mais une femme c'est mal vu... c'est encore plus mal vu... enfin je pense... » E7

2.6.2 Médecin généraliste « trop » proche

Une des particularités du médecin généraliste réside dans sa proximité avec les patients, entretenue par des années de suivi, et de leur entourage, famille et amis. Selon la personnalité du patient, cette proximité peut constituer un atout ou se présenter comme un véritable obstacle.

« C'est un médecin de famille, en même temps, je la connais depuis plus de vingt ans maintenant ! Son cabinet est juste à côté de chez mes parents, donc je ne préfère pas qu'elle le sache ... » E5

« C'est difficile à expliquer c'est comme un ... pas comme un membre de la famille mais ... c'est quelqu'un de proche ... » E7

3. Interrelations entre les violences conjugales et la consommation de substances psychoactives

3.1 Chronologie

L'histoire de vie précède l'histoire médicale. Chaque milieu et parcours de vie des participantes est unique. Comprendre les origines des violences subies ou des addictions est indispensable pour analyser par la suite les conséquences de ces éléments dans leur vie.

3.1.1 *Un contexte de violence dès l'enfance*

Certaines ont toujours vécu dans un contexte de violences : dès leur enfance, les participantes 1, 3 et 5 ont subies des violences familiales.

« Parce que moi la famille ce n'est pas les plus gentils ... » E1

« J'avais 11ans, je me suis faite violée par mon frère... » E3

« En fait j'ai toujours baigné là-dedans, c'est-à-dire déjà à l'époque quand j'étais petite... Mon père était violent, au sein de la famille, d'abord avec ma mère, puis avec mes frères et sœurs ... moi je suis la dernière, la dernière de la famille donc on va dire qu'il m'a mis la main dessus tardivement on va dire ! » E5

3.1.2 *Un début insidieux des violences conjugales*

La participante 4 a commencé à subir des violences à un âge plus avancé, alors qu'elle était déjà depuis quelques années avec son conjoint.

« Je ne peux pas exactement dire quand ça s'est mis, quand ça s'est insinué Il n'y a pas de date précise, mais je dirais vers les ... Quand j'avais 40ans, je me souviens que là je devenais folle » E4

3.1.3 Un début par la consommation de substances

Pour d'autres participantes, leurs histoires ont commencé par la consommation de substances psychoactives, initialement dans une visée récréative.

« J'avais des copains qui me filaient du Sub et comme je n'en avais plus et que j'étais devenue accro » E2

« Alors au départ c'était pour m'amuser, pour faire pareil ... » E6

La participante 2 a eu un parcours chaotique, avec de nombreuses rencontres, certaines lui ayant permis d'arrêter les consommations :

« Et du coup après j'ai rencontré un petit copain et il m'a fait arrêter pendant 4-5 ans » E2

D'autres malheureusement la replongeant dans ses addictions :

« Une fois on était censé se remettre ensemble avec le papa de [nom du fils], il avait tout prévu ! La bague, les 800 balles dans le portemonnaie pour faire un petit 'funny burger' » E2

Alors que la participante 6 a rencontré son conjoint via la consommation de substances :

« Vu qu'on était tous les deux dedans, on était tous les deux addicts » E6

Enfin concernant la participante 7, les violences et la consommation d'alcool sont tellement liées qu'il lui est impossible de savoir par quoi ça a commencé :

« Jeune parce que... le dimanche ... mes parents, mes deux parents chassaient ! donc on avait souvent du gibier, et donc j'avais le droit à un verre de Rougis » E7

« Donc moi je rentrais, il était là, mais j'étais seule quoi ... et là, j'ai commencé à piocher dans le vin rouge que j'avais hérité de mon père » E7

« Lui ne buvait plus, il ne voulait plus boire du tout ! il supportait ça très mal ! » E7

3.2 Les conséquences des violences

Les violences quotidiennes ont entraîné des conséquences sur la santé physique et psychologique des participantes.

3.2.1 Mécanisme d'autoprotection : minimisation des violences

Un mécanisme de protection retrouvée chez les participantes est la minimisation, voir le déni initial des violences.

« Je pensais que c'était tout normal » E3

« Bon ensuite je n'ai pas été violentée de fou hein ! [...] je n'ai pas pris des coups tous les jours, tous les jours, tous les jours ! » E6

3.2.2 Apparition d'une distorsion cognitive

Une des conséquences majeures des violences répétées est l'apparition d'une distorsion cognitive. Celle-ci se manifeste tout d'abord par une perte de confiance.

Une perte de confiance en soi-même :

« *Votre conjoint est en train de vous rabaisser auprès des autres ... ça c'est important de dire aussi ... ça il faisait constamment* » E3

« *Parce que je n'étais pas sûre si c'était moi qui devenais folle...* » E4

« *Parce que pendant longtemps, j'étais tellement rabaissée que ... il y a une dizaine d'année... la seule amie qui m'a dit 'mais quitte ton mari', je n'ai pas quitté mon mari parce que je m'en sentais pas capable ! je me suis dit 'mais jamais de la vie j'arriverais à élever mes enfants avec un métier à côté' et puis euh... toute seule* » E4

« *Toujours à critiquer, 'c'est toi qui fais mal'* » E6

Mais également une perte de confiance dans les autres :

« *Là est le problème c'est que je n'arrive pas, maintenant, à ... Faire confiance à une personne ... moi si je voulais faire ma vie avec quelqu'un, je pense que je n'ai pas la confiance, j'ai peur quand même...* » E3

Cette distorsion cognitive se manifeste par ailleurs par un sentiment de culpabilité intense. Ce sentiment est ressenti tout d'abord vis-à-vis de leurs enfants :

« *Une mère est là pour défendre ses enfants aussi, et des fois je n'avais pas la force pour défendre mes enfants... Et là je regrette beaucoup, je n'ai pas fait* » E3

Mais elle peut également être ressentie envers le conjoint. Celle-ci renforce l'emprise de leur compagnon et les entraîne dans un cercle vicieux de violence.

« Il a réussi à me retourner le cerveau. Ça me rendait... je culpabilisais en fait. Je me disais que c'était ma faute » E4

« Mais quelque part, je pense que c'est de ma faute aussi ! parce qu'au début, dès le départ, je lui ai donné trop de mauvaise habitude ! c'est moi qui lui ai donné trop de facilités » E6

Si celui-ci n'est pas brisé, la participante se trouve dans l'incapacité à mettre fin à la relation : *« Si je pars, il ne s'en remettrait pas » E6*

Pour une des participantes, ce sentiment impacte de façon globale sa santé psychologique :

« C'est là que j'ai dit à Dr [anonyme], je me sens perdue, je me sens ... Je me sens coupable, je me sens sale aussi, je me sens ...je me sens coupable ... » E3

« Ça va rester avec moi, je vais sentir cette culpabilité jusqu'à la fin de ma vie... » E3

3.2.3 Impact sur la santé physique

L'impact des violences conjugales sur la santé physique est plurimodal.

Tout d'abord, certaines participantes rapportent des impacts directs et immédiats :

« Il m'a séquestré moi et mon enfant, il m'a frappé ce soir-là, j'ai volé à 2 mètres de la table et il m'a cassé 2 doigts » E2

« Il y avait les bleus qu'il m'avait marqué » E3

De manière plus sournoise et à plus long terme, la santé physique a été dégradée chez une participante par l'obligation, décrétée par son mari, d'être la seule ressource financière de toute la famille.

« lui il n'a jamais travaillé dans sa vie et c'est moi qui aie travaillé, qui ait cassé toute ma santé [...] lui il est plus de temps en arrêt maladie qu'en tant que travailleur. En fait j'avais 78heures par semaine de travail, moi, je faisais 3-4 boulots, et en 2019 l'état français m'a donné l'invalidité en catégorie 2 car je ne pouvais plus travailler, j'avais beaucoup trop de problème de santé, ça commençait à être impossible » E3

Un autre impact de survenue plus tardive chez une participante est l'apparition de douleurs diffuses, entraînant une impotence fonctionnelle, dont le bilan étiologique s'est avéré négatif. Une des principales hypothèses étiologiques de ses douleurs seraient les années de violences subies.

« J'ai des douleurs un peu partout... [...] Et le kiné me disait, c'est inflammatoire... J'avais essayé même la mésothérapie, mais ça n'a pas servi. En fait c'est... Le kiné il me massait, ça soulageait sur le moment, une ou deux heures et puis c'était fini ... et on repartait à zéro, donc à un moment donné on a arrêté » E4

Une dernière sphère d'impact retrouvée lors des entretiens est la négligence de sa propre santé physique au profit de celle de son ex-compagnon.

« Et je me rends compte que, même quand j'allais consulter pour moi, ça dérivait pas mal sur le ... les ... mon mari quoi » E7

3.2.4 Impact sur la santé psychologique

Comme pour l'impact sur la santé physique, les conséquences sur la santé mentale sont multiples et variées.

Tout d'abord, concernant cette participante, son ex-compagnon manifeste une ambivalence dans ses sentiments dans le but de perturber ses repères.

« Parce que s'il me voit encore couchée à cette heure il va me dire que je suis une feignante ou il va mal le prendre ou ... alors c'est bizarre parce que ... d'un côté ... c'est vraiment la douche écossaise parce que, il me ramène un croissant quand il va chercher du pain... un jour il va me faire un cadeau, un bel arbre en fer forgé « tiens, c'est pour me faire pardonner de tout le mal que je t'ai fait subir ! » enfin ... » E7

Cette ambivalence dans laquelle elle vit génère un stress et l'oblige à être constamment sur le qui-vive.

« C'est extrêmement variable ... c'est imprévisible ... c'est anxiogène parce qu'on est toujours là à se dire 'ah ça va venir par quel côté !' » E7

« Il ne supporte pas la contradiction ! il pète un câble pour des motifs qui ... vraiment d'une futilité ... » E7

Pour d'autres participantes, il n'y a aucune ambiguïté : l'insécurité est permanente, engendrant des angoisses et un stress constant.

« Je suis sous la protection de la police, j'ai même un téléphone SOS, parce qu'il me menace tout le temps de mort, 'tu ne vas pas faire ta vie avec une autre personne'. Si je ne suis pas à lui, je ne suis à personne » E3

« J'avais peur pour les enfants et que ... Tout le monde avait peur quand le mari rentrait, tout le monde avait peur ... » E4

« Quand j'ai peur, je me dis 'tais-toi c'est mieux'... [...] je me disais 'je me tais' par rapport aux enfants, parce que je n'ai pas envie qu'ils voient... » E6

Le stress, l'hypervigilance permanente et les crises d'angoisses ont développé un syndrome anxio-dépressif chez trois des participantes, compliqué pour certaines d'une tentative de suicide :

« J'ai essayé de tout prendre, tous les médicaments, pour mettre fin à mes jours » E3

« Je me sens complètement anéantie » E4

« Je me sens... je ne me sens plus rien en fait. Je me sens vide » E4

« Depuis que j'ai fait l'IMV et que je fais des angoisses » E4

« Et du coup j'ai fait une tentative de suicide » E7

3.2.5 Impact sur les relations sociales

Les conséquences des violences physiques et psychologiques ont induit un repli chez cette participante, entraînant une rupture des liens familiaux et amicaux :

« Parce que ma famille n'est pas au courant de tout ça... » E3

« J'ai ma mère qui ne me parle pas, j'ai ma sœur qui ne me parle pas, mon frère, ne me parle pas non plus » E3

« Je me sens seule » E3

« Quand vous vous avez un problème, avec votre ex-mari, vous pensez que vous pouvez compter sur votre famille ! moi je me trouve toute seule ... » E3

3.3 Les attentes du produit

Avant de développer un trouble de l'usage, la consommation d'une substance psychoactive commence par un bénéfice recherché et ressenti : elle représente une amélioration sous plusieurs aspects du quotidien des participantes.

3.3.1 Moment de plaisir

En fonction de la substance psychoactive, de la personnalité de la participante et du contexte, l'effet de la substance varie, mais a une même conséquence : une sensation de bien-être quasi immédiat.

La consommation de cigarettes permet à cette participante dans un premier temps de s'isoler un moment de son conjoint :

« C'était une excuse pour sortir [...] ça me faisait du bien de prendre l'air... J'avais besoin de me mettre à l'écart et d'être seule. Je ne sortais pas ... Dans ces cas-là je ne sortais pas avec quelqu'un d'autre, je ne voulais pas qu'on me suive. Il fallait que je sorte et que je sois toute seule. Et que je me calme » E4

En plus de cette pause dans son quotidien, elle représente également un moment de plaisir égoïste, un moment où elle peut se préoccuper que d'elle-même :

« Le café-cigarette c'est mon petit plaisir. Et c'est vrai que le matin je ne mange pas forcément, mais c'est vrai que le café-cigarette ... ça c'est des moments de plaisirs pour moi. J'emmène le café dehors, sur la terrasse, avec mon petit café et je fume la cigarette... c'est mon petit plaisir... ! » E4

Pour une autre participante, et une autre consommation, celle de cocaïne, la recherche est celle d'une impression de contrôle sur sa vie, une manière d'affronter son quotidien :

« Ça me donnait du courage surtout la coc, c'était pour me donner du courage et de la force. »

E1

Concernant la consommation d'héroïne, l'effet recherché est une sensation de bien-être immédiat :

« La première fois [de la consommation d'héroïne], c'est une sensation étrange, parce qu'on a des sensations de fourmis partout, enfin c'est bizarre comme sensation...Et après malheureusement, j'ai pris gout ... On va dire que j'ai aimé ça ... on peut dire ça comme ça ... j'aurais préféré ne pas aimer mais bon ... » E5

« Elle [l'héroïne] m'a apporté du bien être en fait...j'étais bien, je me sentais bien avec ... j'avais l'impression d'être mieux en fait, psychologiquement, physiquement ... » E6

« Ce n'étaient pas que des mauvais moments ! j'étais bien, j'étais ... je me sentais bien ! » E6

Enfin, les effets recherchés lors de la consommation d'alcool se rapproche de celle d'héroïne : la facilité d'accès pour éprouver un sentiment de bien-être.

« *Je cherchais une échappatoire, bien m'endormir, être gaie, enfin plus gaie* » E7

3.3.2 Action anxiolytique

Puis la recherche d'une sensation de bien-être s'est transformée en recherche d'apaiser le mal-être. La consommation apparaît, là, comme un mécanisme de défense essentiel pour 'tenir le coup'.

« *Mais à l'époque, je consommais, c'était vraiment pour oublier toute la violence, tout le mal, qui a pu m'être fait [...] c'était vraiment pour oublier... Le lendemain tu te réveilles, tu n'as rien oublié hein ! T'as juste la barre en plus sur la tête c'est tout voilà !* » E1

« *Des fois vraiment j'y allais tête baissée et j'y allais juste pour consommer, pour oublier tout ce que je vivais à la maison voilà...* » E1

« *L'alcool, ça reste presque essentiel pour moi pour tenir le coup, pour avoir une béquille ...* » E2

« *Et là vous commencez à parler et c'est là que vous vous dites, que vous avez besoin de quelque chose...* » E3

« *Ça me calmait en fait ... Quand j'étais nerveuse, et même encore maintenant ! quand je suis nerveuse, je prends une cigarette et je sors ...* » E4

« *Autant la nuit, j'ai besoin de sortir fumer, quand je me lève... C'est bizarre, mais c'est plus la nuit que j'ai mes angoisses en fait* » E4

« *Et l'alcool permet de diminuer ce stress...* » E7

3.3.3 Action anorexigène

Pour une des participante, la consommation d'alcool lui permet également d'oublier la faim :

« Ça me remplit l'estomac, ça m'apaise ... ça me coupe la faim... Car je n'ai pas trop mangé pour moi, j'ai plus à manger pour mon gamin » E2

3.3.4 Lien social

La substance est parfois consommée dans un contexte précis, entouré de connaissances, permettant de maintenir un semblant de lien social.

« Dès qu'on n'est pas bien, et ben on a envie d'aller voir des connaissances [...] et se laisser complètement, mais vraiment, aller quoi ! Comme si on n'avait plus de port d'attache ! » E1

« C'est un petit partage entre copain, c'est plutôt festif [...] Mais voilà simplement je suis toute seule, le contact humain me manque, alors voilà... » E2

3.3.5 Lien avec le conjoint

La consommation de substance représentait initialement pour cette participante un moment de partage avec son conjoint :

« Là je me suis dit dans ma tête hein peut-être dans ma tête je me suis dit est-ce que ça va calmer la violence de mon conjoint. Est-ce que si je vais dans le même chemin que lui, est-ce que ça va plus le.... Le Le... le rendre plus sympathique où je ne sais pas. » E1

Puis ce moment de partage est devenu une obligation imposée par son ex-compagnon :

« Ce que je me suis dit ... bon tu consommes de temps en temps mais euh ... Puis ce n'est pas venu de temps en temps ! C'est devenu tous les jours au début ! Puis à un moment c'est TOUS LES JOURS (exclamations) ! Même le dimanche inclus ... Pour qu'il évite de me frapper, pour qu'il évite ses accès de violence en envers moi et les enfants ... » E1

3.3.6 Lutter contre le syndrome de manque

Dès que les consommations ont été régulières, le syndrome de manque a été un frein majeur à l'arrêt de la consommation.

« La peur du manque ...c'est ça qui me faisait peur, d'être en manque ... Parce que je l'ai déjà été, et c'est pas du tout agréable ... euh et voilà c'est ça quoi ...ensuite le plaisir, non pas vraiment ... parce qu'à un moment donné ça ne me faisait plus rien quoi... » E5

« Qu'on a en a besoin pour continuer parce que sinon après tu n'es pas bien, on est mal physiquement, psychologiquement ... il y a un manque ... » E6

3.3.7 Appel à l'aide

Se retrouvant seules face aux violences, la consommation de substance apparaît comme un appel à l'aide :

« Pourquoi j'ai aussi eu cette forme d'addiction, c'est parce que j'avais l'impression, ben qu'on m'avait laisser tomber quoi ! » E1

« Une sorte de défis vis-à-vis de ...un peu comme un gosse qui fait une connerie pour qu'on s'occupe de lui ... » E7

3.4 Les conséquences du produit

Initialement vécue comme bénéfique dans la vie quotidienne des participantes, la consommation de substances a commencé à provoquer des conséquences non négligeables sur leur santé somatique et psychologique.

3.4.1 Impact sur la santé physique

En premier lieu, les participantes décrivent un impact sur leur santé physique à court, moyen et long terme.

Tout d'abord, des conséquences immédiates de la consommation de produit

« J'étais déjà tombée sur des trucs où.... Je ne sais pas ce qu'ils avaient mis dedans... de la mort aux rats ou je ne sais pas ... après vous étiez malade ... » E6

Puis un impact à moyen et long terme : l'injection de produits tels que l'héroïne et la cocaïne a entraîné une complexification de la prise en charge médicale pour d'autre pathologie.

« Parce que là maintenant quand je dois faire ma prise de sang, ils n'y arrivent pas à me piquer, ils ne trouvent pas mes veines... c'est une galère ! je me suis tuée tout ... tout mon capital veineux » E6

« J'ai perdu bcp d'années là-dedans, je me suis ruinée ma santé » E6

3.4.2 Impact sur la santé psychologique

La santé physique n'est pas la seule à être impactée. La consommation de substance étant devenue la seule source de plaisirs, deux participantes n'arrivent plus ni à être stimulées ni à éprouver une sensation de bien-être sans l'effet des produits psychoactifs.

« Je m'emmerde, je ne sors jamais, je n'ai pas de distraction ben voilà quoi ... » E2

« Je m'emmerde en fait ... je m'ennuie... en fait aujourd'hui, il n'y a plus rien qui me ... je ne sais pas comment dire ça ... qui me fait vibrer » E6

Comme pour les violences conjugales, on retrouve également un sentiment de culpabilité chez certaines participantes, responsable en partie d'un syndrome dépressif.

« Tous les jours je pense... tous les jours je pense, tous les jours je regrette... mais c'est fini maintenant, on ne peut plus faire marche arrière ... mais je regrette énormément... à un point vous ne vous... si je pouvais donner je ne sais pas quoi pour retourner en arrière, je le ferais (pleure)... » E5

Pouvant se compliquer par des pensées suicidaires :

« Non ça m'a juste détruite tout doucement petit feu tout doucement.... Tout doucement ... J'ai l'impression de m'être éteinte à l'intérieur. (Silence) Comme ça on avait pris l'interrupteur et qu'on l'avait éteint » E1

« Il n'y a aucune solution hormis le suicide, le meurtre ou l'overdose quoi ... » E2

3.4.3 Impact sur les fonctions cognitives

Certaines participantes présentent également une diminution des capacités de concentration et de mémorisation :

« Ça crée aussi des pertes de mémoire, de concentration ... » E1

« J'oublie tout, j'ai plus de concentration (voix qui tremble, début de larmes), je ne lis plus, je ne peux plus voir un film en entier... j'ai plus envie de rien en fait ... » E4

« et puis j'ai des trous aussi ! Vous avez des trous aussi quand vous étiez pas mal d'années dedans... il y a des choses qu'on oublie » E6

« C'est difficile parce que l'alcool se cumule avec des médicaments que je prends pour la dépression, donc pour la mémoire ça ne doit pas être top » E7

De façon plus insidieuse, l'obsession de la substance restreint les sujets d'intérêt de cette participante :

« C'est quand on se réveille, c'est la première chose à laquelle on pense » E6

« Le seul truc, c'est la dose, tous les jours, tous les jours, chercher l'argent » E6

3.4.4 Impact sur les violences

Concernant les effets sur les violences conjugales, l'effet des substances est très hétérogène en fonction du vécu des participantes.

Pour deux d'entre elles, la consommation d'héroïne et d'alcool est nettement liée à l'aggravation des violences, principalement verbales et psychologiques :

« Ça a créé encore plus de méchanceté de violence envers moi parce qu'il pensait que je le trompais, que je serais capable de donner mon corps pour 1 gramme » E1

« [aggravation de] de la violence psychologique. Mais même avec les mains ! » E1

« Quand il voyait ça, quand il voyait les bouteilles, il me traitait, à juste titre hein ! d'ivrogne etcetera » E7

En revanche, en ce qui concernant cette autre participante, elle ne voit pas de lien direct entre les violences conjugales et les addictions :

« si je n'avais pas été addict je ne sais pas si ça aurait été autrement, je ne sais pas je ne pense pas hein ! non ... Je n'ai pas spécialement ... non... moi je ne mettrais pas forcément ensemble les addictions et la violence ... non pour moi c'est deux trucs différents. » E6

Enfin, la consommation peut également faire apparaître une agressivité chez les participantes :

« Ça vous rend dépressif, ça vous rend agressif aussi, des sautes d'humeur » E1

« Ça veut dire que : si j'avais un peu bu, si j'avais pris de la drogue dans les derniers jours ... J'étais capable de défoncer la gueule à quelqu'un » E2

3.4.5 Impact sociétal

Les conséquences des addictions ne s'arrêtent pas que sur le plan médical, mais irradient également sur leur vie familiale et sociale.

Une participante rapporte que le lien avec son enfant a été affecté :

« Et [nom du fils] dans tout ça... C'est le laisser pour compte... » E2

Pour deux autres participantes, c'est leur lien avec leurs parents qui a été rompu :

« C'est-à-dire qu'il n'y a plus rien qui existe autour ! C'est-à-dire qu'on n'ose même pas en parler avec la famille, on est bloqué entre quatre murs » E2

« Parce qu'après il faut trouver de l'argent tous les jours ... donc après il y en a qui vont se prostituer... il y en a qui vont voler ... moi perso, je ne me suis jamais prostituée. J'ai toujours volé... j'ai même volé mes parents hein ! » E6

Sur le plan sociétal, on note tout d'abord une restriction du cercle amical :

« Je ne connais pas une personne qui n'est pas addict à quelque chose... Je n'en connais pas une » E2

Mais également un isolement à la suite de la difficulté à conserver un travail :

« Vous ne pouvez plus travailler normalement parce que ... si vous n'avez pas, ça ne va pas, vous êtes malade, vous ne pouvez pas aller travailler ... donc le travail voilà c'est fini. » E6

Cette perte du travail entraîne une désinsertion sociétale, un sentiment d'inutilité, pouvant aggraver un syndrome dépressif sous-jacent :

« *Je ne travaille pas, donc voilà... tout le temps à la maison, tout le temps la même chose... [...] Parce que je suis sous oxygène, je ne sais pas si DR [anonyme] vous a dit ... Donc voilà, il y a plein de métier que je ne pourrais plus* » E6

« *je me sens inutile* » E6

Enfin, même si les addictions sont contrôlées grâce aux traitements substitutifs il existe toujours une perte de liberté :

« *ça m'empêche de faire bcp de chose ! je ne sais pas, de peut-être de voyager, de faire ci ou ça parce que...* » E5

3.5 Les conséquences des addictions du conjoint sur le couple

Un peu en dehors du cadre de recherche initial de cette étude, il est toutefois à noter les répercussions des addictions du conjoint sur la vie conjugale.

La consommation de produits psychoactifs par les conjoints de deux participantes était nettement associée à leurs insécurités physiques et psychologiques.

« *Il perdait complètement la notion de lui-même, de sa personnalité, de qui il était, et il devenait ultra violent quoi* » E2

« *C'est-à-dire, qu'une personne qui était cool avant, qui était bien, ça va la transformer en monstre* » E2

« *Et en fait ce soir-là il a pété un plomb car il avait tapé de la coc [...]. Et là c'est parti en couille ! Le gars il ne savait plus se retenir quoi !* » E2

« *'Je [ex-compagnon] ne sais pas pourquoi est-ce que je t'ai frappé' ! [...] Parce que des fois la cocaïne, elle est coupée à des produits, les gens, ils perdent complètement le cours de la réalité* » E2

« *il [ex conjoint] buvait, il était alcoolique... enfin occasionnellement mais quelque part oui quand même, car quand il commençait à boire, il n'arrivait pas à s'arrêter ! [...]il était ... il avait bu, ben quand il commençait avec sa violence* » E5

Le conjoint de cette participante en revanche pouvait avoir des comportements différents, voire contradictoires en fonction de la consommation :

« *Parfois il était plus calme ... enfin ... ça dépend, ça dépendait des moments, ça dépendant de ce qu'il prenait* » E6

Une participante a soulevé une dernière problématique, à savoir l'insécurité financière dans laquelle le couple vivait, aggravé par l'incapacité de son conjoint à trouver un travail stable :

« *Que lui il ne bossait pas hein ! forcément défoncer H24 ...* » E2

3.6 L'alliance paradoxale des addictions et des violences

Addictions et violences représentent un couple fort dans la vie de ces participantes : les addictions ont été perçues autant comme un remède aux violences subies à domicile, que comme un catalyseur des violences.

Les consommations ont été la réponse initiale de certaine participante afin d'améliorer leur quotidien en leur apportant un « *petit plaisir... !* » E4. Mais également un apaisement dans leur

couple, pour rendre leur conjoint « *plus sympathique* » E1 et éviter les « *excès de violence* » E1. Afin de soulager la souffrance psychologique pour « *être gaie, enfin plus gaie* » E7 ou pour « *pour oublier toute la violence* » E1, la consommation de substance psychoactive a semblé être une réponse cohérente aux patientes à leur conditions de vie. Celle-ci apparaît également comme une reprise de contrôle sur leur vie en leur donnant « *du courage et de la force* » E1.

Mais les addictions apparaissent également comme catalyseur de violence : en entraînant une perte de contrôle sur soi, « *des sautes d'humeur* » E1, rendant « *agressif* » E1, et pouvant se rendre « *capable de défoncer la gueule à quelqu'un* » E2. Elles potentialisent par ailleurs le développement de troubles psychiatriques, « *la dépression* » E7, « *le suicide* » E2, altèrent les capacités cognitives en créant « *des pertes de mémoire, de concentration* » E1. En dernier point elles entraînent une perte de contrôle dans sa relation aux autres, les isolant de leurs amis, de leur famille, les rendant « *bloqué entre quatre murs* » E2.

Cette interdépendance entre les deux sujets augmente d'autant plus la difficulté à en parler : le sentiment de « *honte* » E7, de « *culpabilité* » E3, et la sensation d'être « *sale* » E3 sont présent dans tous les sept témoignages.

Cette corrélation entre les addictions et les violences pourrait suggérer l'utilité d'aborder ces deux sujets lors des dépistages en médecine générale. Quelle est l'opinion des participantes à ce sujet ?

4. Les pistes d'amélioration du dépistage

L'objectif principal de cette étude est de savoir si un dépistage au moyen d'un questionnaire standardisé pourrait améliorer la prise en charge des patients, contribuant ainsi à réduire les répercussions à moyen et long terme des violences et des addictions

Par ailleurs, d'autres pistes d'amélioration du dépistage et de la prise en charge initiale ont également émergé au fil des entretiens.

4.1 Les avantages des questionnaires de dépistage

La plupart des participantes ne connaissaient pas les questionnaires de dépistage. Après la lecture de certains d'entre eux (WAST, CAST, AUDIT, FAGERSTROME et dépistage conjoint), des points positifs en sont ressortis.

4.1.1 Engendrer un questionnement

En ce qui concerne les violences conjugales, les participantes estiment que le questionnaire WAST peut constituer une première étape dans la remise en question de la relation, amenant à sortir de la minimisation voire du déni de certains comportements :

« ça met le point sur... Sur que ... Sur les œillères que se mettent les gens en fait. Les gens concernés. Que ce soit la victime ou que ce soit celui qui commet les violences ! » E2

« Peut-être ça m'aurait peut-être aidé à réaliser plus dans quoi ... parce que j'ai mis bcp de temps ! Ça ne fait pas si longtemps que ça que... ça fait peut-être un peu plus d'un an que je peux dire que j'ai été harcelée psychologiquement et qu'il y a eu des violences conjugales » E4

« De me dire, 'bah si je ne suis pas folle quand même !' de réaliser que ce que je vis ce n'est pas normal » E4

« Le fait de lire, de voir les questions, pour la personne de ..peut-être d'ouvrir les yeux, peut être... peut être de la faire réfléchir et de trouver des solutions à son problème ! » E6

« Le fait de faire la gueule systématiquement si on n'est pas d'accord, est ce que c'est abusé psychologiquement ? » E7

Ce questionnaire permette d'analyser en même temps plusieurs angles de la vie quotidienne des patients

« C'est des questions un peu variées quoi ! ça parle de la sécurité, de la sexualité, psychologiquement, après il y a ... Est ce qu'il nous a effrayée... oui voilà, il y a des diverses, je ne sais pas comment dire ça ... » E5

4.1.2 *Opportunité pour libérer la parole*

Que ce soit le questionnaire WAST ou ceux concernant la consommation de substances, ces questionnaires sont perçus comme une opportunité de libérer la parole, contribuant ainsi à combattre le sentiment de culpabilité et de honte.

« des fois les gens n'osent pas parler avec le médecin et dire certaines choses. Alors que si on t'envoie un questionnaire comme ça et qu'on a ce souci-là ! On peut peut-être y répondre, et après en rentrant dans le cabinet, en parler avec le médecin. Je pense que ça débloquerait un peu la parole parce qu'il y a des gens qui n'osent pas le dire ! [...] d'avoir le courage de parler

et de dire profondément ce qu'il a dans le cœur et dans la tête et comme on dit des fois c'est plus simple de l'écrire sur un papier que de le dire voilà. » E1

« Je pense qu'il y a peut-être bcp de femme qui sont dans le même état que moi, peut être que si on avait ce genre de questionnaire, peut-être qu'il y a bcp de femme qui ne sont pas décidés aussi ! » E3

« qu'ils osent sauter le pas ! » E6

« Oui mais que ça serve de support à une discussion, de tremplin » E7

Ces questionnaires auraient permis selon deux participantes une prise en charge plus précoce :

« ça aurait pu enclencher un appel au secours » E2

« j'ai pris l'initiative de venir me soigner ! mais ... c'est vrai, j'aurais aimé le faire ... quelques années plus tôt ... bien les premières années, les 2 premières années où j'ai commencé et ne pas attendre 10 ans après quoi ! » E5

4.1.3 Mettre en évidence des dangers des produits

Le questionnaire de Fagerström permet de faire le point sur sa consommation, son addiction aux produits

« Ben ça donne quand même un point de départ ! moi je trouve qu'il [Fagerstrom] n'est pas si mal » E4

Mais, en posant également des questions relatives aux symptômes, ils mettent en évidence la dangerosité des produits.

« Celui-là est plus pertinent parce qu'il arrive à mettre en cause la dangerosité de... Parce que pour moi le cannabis ça reste une drogue dure et pas une drogue douce » E2

« On arrive mieux à analyser la consommation, et à se rendre compte dans quel danger le mec qui se trouve. [en parlant du CAST] » E2

4.2 Les limites des questionnaires de dépistage

4.2.1 La relation de confiance

Le sujet des violences nécessite de créer une relation particulière ou supplémentaire avec le médecin traitant, ce qui peut être déstabilisant pour le patient.

« Ce questionnaire [questionnaire CAST] semble plus facile, plus abordable pour en discuter. Une relation patient/médecin se met plus en place, alors qu'auparavant [questionnaire WAST], c'était plutôt que relation de confiance » E1

4.2.2 Les limites de la médecine générale

Bien que le dépistage soit jugé acceptable et pertinent par l'ensemble des participantes, trois d'entre elles doutent de l'efficacité de la prise en charge qui en découlerait :

« Moi des fois quand je sortais du psychologue, j'avais l'impression de porter ma charge sur le dos, encore plus ouais ... » E1

« Après il aurait vraiment fallu derrière qu'il y ait des gens qui creusent vraiment d'avantage »

E2

« mais juste le questionnaire tout seul ... ben vu l'expérience que j'ai eu avec les médecins bah euh ... » E4

Mais également le manque de temps dédié pour ce genre de problématique :

« Bon des fois ils sont tous à la bourre donc j'en fais le moins possible... » E2

4.2.3 La volonté du patient

Un point essentiel est également ressorti : la santé reste aux mains des patients. Il est important d'accepter que malgré des dépistages bien conduits, une bienveillance et une formation adaptée, certains patients garderont certains sujets tabous :

« si tu restes là à consommer toute la journée et tu ne bouges pas ! Ah ben c'est fini amigo ! Même le meilleur médecin du monde ne te récupère pas ! C'est foutu ! » E1

« Tu ne pourras jamais sauver quelqu'un qui ne veut pas être sauvé » E2

« Oh même si elle [MG traitant] le [dépistage des addictions] faisait ... je pense qu'à ce moment-là je mentirais quoi ... voilà ce n'est pas sympa de dire ça, mais je ne veux vraiment pas qu'elle le sache » E5

« Il faut que je sois prête à en parler ! parce que sinon je n'en parlerais pas ! » E6

« J'aurais pu aborder le sujet [des addictions] mais c'est moi qui n'ai pas voulu » E7

« Mais là le [questionnaire conjoint] voir ça ne m'aiderait pas parce que je n'ai pas envie qu'il [MG] soit au courant » E7

4.3 Le dépistage conjoint

Le questionnaire de dépistage conjoint a été donné à la fin de l'entretien, afin que les participantes puissent le comparer avec les questionnaires déjà existants.

4.3.1 Apport par rapport aux autres questionnaires

Un des premiers points relevés est son accessibilité. Concis, il permet pourtant, pour certaines, d'atténuer le sentiment de culpabilité, le contexte de vie apparaissant comme une justification des choix réalisés :

« Pour moi c'est plus facile à répondre à celui-ci [questionnaire conjoint] ! Il n'est pas trop lourd ... » E7

« Ce n'est pas que centré sur le conjoint, que le conjoint ... comme ça si la personne a plus de problèmes, l'addiction, la drogue, l'alcool ou n'importe... et des problèmes de couple, ben y a les deux quoi ! » E6

« Alors c'est peut-être plus confus pour celui qui reçoit le message ! puisque ... quand on explique, on ne sait pas trop par quel bout le prendre ! Ça peut passer du coq à l'âne peut être et puis vous ... par exemple, vous, vous avez peut-être du mal à suivre quoi » E7

« Comme c'est lié, comme je lui ai dit ! je lui ai dit 'en tout cas l'alcool, si j'en sors, ça ne sera pas grâce à toi, mais malgré toi !' (Silence) c'est lié ! si j'arrive à m'en sortir, si j'arrive à rester zen, à ne pas me réfugier là-dedans quand il est mauvais etcetera, ça serait bien ! » E7

Enfin, pour une participante, il a mis en lien des problématiques qui lui semblaient distinctes :

« Vous savez, avant que vous en parliez, je n'aurais peut-être pas forcément fait facilement la relation entre la prise de cigarette et ... et mes problèmes de couple ... » E4

4.3.2 Afin d'optimiser la prise en charge

L'objectif de ce questionnaire est en accord avec les objectifs relevés par les participants : agir avant que les consommations deviennent problématiques

« il ne faut pas attendre parce que la personne va s'enfoncer encore plus dans sa consommation et après ça ne va pas être chouette quoi, ça sera trop tard pour sauver la personne » E1

« Quand j'étais plus jeune, si j'avais été mieux dirigé, mieux ... peut être que je m'en serais mieux sortie... ou plus tôt... » E6

Il permet également une ouverture sur les comorbidités psychiatriques qui peuvent apparaître, et notamment le syndrome dépressif :

« Je mettrais même une case 'n'en peux plus' quoi, 'au bout du rouleau'. Parce qu'au bout de ça, il y a le suicide. Il y a l'overdose, il y a le mec ou la nana qui va se mettre sous le train. Vous voyez ? ça (en montrant le questionnaire), ce n'est que le début ! Mais la finalité, c'est la mort... » E2

4.4 Axe d'amélioration pluridisciplinaire

Tout au long des entretiens, que ce soit lors de leur récit sur leur expérience de vie, ou à la fin lors des questionnements sur le dépistage, certaines participantes ont spontanément évoqué des idées, réalisables ou utopiques, mais qui les auraient aidés dans leur parcours personnel.

4.4.1 Importance de la justice

Certaines participantes auraient souhaité une prise en charge judiciaire plus ferme :

« Il devrait automatiquement avoir un service lié au médecin, un service de la justice, voilà voyez comme une cellule de police mais qui est liée directement avec les cabinets médicaux. [...] Que le médecin puisse avoir un contact directement avec des bureaux 'spécial de violence' faite aux personnes. Et que ... et que ce soit, mais alors, tout de suite pris par la justice ! » E1

« Qu'ils viennent chez moi et qu'une enquête soit fait derrière et que la personne qui violente soit entendue par un juge et emprisonner quoi » E1

« Et je pense que dès la première violence qui se passe dans un couple, le couple devrait être surveiller par la police de temps à autre » E1

« Alors la drogue je ne sais pas ce qu'il faut en faire mais euh mais durcir les lois » E2

4.4.2 Accentuer la communication

Une autre aurait souhaité une communication destinée au grand public plus importante concernant les violences conjugales :

« Mettre des affiches dans la salle d'attente, ça moi je les regarde c'est clair ! ça, ça aurait pu ... ça j'aurais peut-être téléphoné... » E4

4.4.3 Des temps dédiés à l'écoute et l'accompagnement

Un temps primordial doit être dédié à l'écoute selon les participantes. Que ce soit via les professionnels de santé :

« Moi je pense qu'il faut bcp de personne autour et des gens qui ne les jugent pas, car ça peut aller très vite de se sentir juger et de mal prendre la chose ! En fait il faut des gens qui les comprennent » E2

Ou via des ateliers, regroupant des personnes ayant vécu les mêmes expériences :

« J'aurais aimé qu'on fasse un atelier, un atelier d'écoute [...] Il y en a déjà, ça existe déjà de ce genre de groupe de parole, mais ici dans les cités ce n'est pas développé et là parce que dans les quartiers tout le monde n'ose pas le dire nous, ça fait peur d'être montrés du doigt, ou de si et de ça.... Mais je pense qu'il devrait exister ce groupe de paroles pour se libérer un petit peu de tout ce qu'on a... De partager avec d'autres personnes les expériences de tout à chacun bien sûr dans le respect le secret » E1

« avoir une association où il y a des gens qui écoutent et qui donnent des conseils et qui aident, ça m'aurait peut-être aider à partir plus tôt » E4

Ou par un mentor, jouant un rôle de repère, afin de les guider :

« A part peut être une personne qui aurait pu m'aider c'est peut-être si j'avais rencontré une personne qui n'est pas là-dedans, et qui comprend ma situation qui m'accepte comme je suis et que LÀ peut-être cette personne aurait pu peut-être m'aider ! » E5

« il me faudrait peut-être un mentor (rire)... quelqu'un qui me guide je ne sais pas » E6

4.4.4 *La place du psychiatre*

En ce qui concerne le recours aux spécialistes, une participante aurait aimé une amélioration de l'accessibilité aux soins psychiatriques : « *Des séances chez le psychiatre plus accessible.* »

E2

IV. DISCUSSION

1. Résultats principaux et implications majeures

Cette étude s'est intéressée à la manière dont les patients perçoivent le dépistage des violences et des addictions en médecine générale, ainsi que sur la pertinence et l'acceptabilité, selon eux, de regrouper ces deux dépistages dans une même démarche, au travers d'un seul outil. Il s'agit d'une approche exploratoire qui semble intéressante en théorie, mais qui n'avait encore jamais été testée en pratique. L'objectif étant de proposer par la suite des pistes d'amélioration de nos pratiques en médecine générale. Afin de comprendre pleinement leur point de vue, cette étude s'est attachée à recueillir leur témoignage sur leur parcours de vie et de soins.

L'outil proposé fusionne dans un seul questionnaire les items du questionnaire WAST-short, qui a démontré une sensibilité et une acceptabilité satisfaisante dans le dépistage des violences conjugales (25), et les quatre items du CAGE-AID qui permettent de détecter d'éventuels problèmes liés à la consommation de substances psychoactives, qu'elles soient licites ou illicites. (26) Ces deux outils n'ont pas pour but de poser un diagnostic mais de signaler une éventuelle problématique : une réponse positive à l'une de ces questions nécessite une évaluation plus approfondie.

Notre étude relève que l'apport principal du dépistage conjoint, par rapport aux autres questionnaires de dépistages déjà existant, est son accessibilité permettant aux patients une possibilité d'aborder plusieurs aspects de leur vie. Cette démarche peut s'apparenter à une justification de leurs choix et *in fine* une diminution du sentiment de culpabilité.

Un autre apport non négligeable, bien que moins relevé par les participantes, est la réalisation du lien existant entre leurs addictions et les violences qu'elles ont subies. Ceci

permettant par la suite de proposer une prise en charge adaptée. Effectivement la consommation de substances psychoactives apparait dans certaines situations, d'autant plus dans notre étude, comme étant le pilier principal sur lequel s'appuie les participantes. Sans ce pilier, les troubles anxieux, voir dépressifs risquent de refaire surface et d'envahir la patiente. Les thérapies doivent donc prendre en compte les traumatismes subis. Les modalités thérapeutiques allant dans ce sens seraient les thérapies systémiques, psychodynamiques, TCC, EMDR ou les groupes de paroles. (27)

Le dernier aspect soulevé par les participantes concerne la possibilité d'agir avant que les consommations ne deviennent problématiques, en intervenant précocement face aux difficultés et en réduisant ainsi le niveau de conséquences.

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1 Force de l'étude

Des études antérieures se sont intéressées à l'acceptabilité d'un dépistage systématique des violences, que ce soit par une approche quantitative (28) ou qualitative. (29–35) Par ailleurs, d'autres recherches ont étudié l'appréciabilité du dépistage des addictions, du point de vue des patients (36,37), ou des médecins. (38–41) Ces études ont analysé ces problématiques de manière séparées, elles ne se sont pas attardées à étudier l'interrelation entre ces deux sujets. Une des forces notables de cette étude réside donc dans son originalité.

Pour aborder ces sujets, la méthode qualitative par des entretiens approfondis individuels semblait la plus appropriée pour faire ressortir les avis, les émotions, le ressenti et les attitudes des différents participantes interrogées. Le caractère qualitatif était plus adéquat pour mesurer

ces paramètres non quantifiables. Un échange avec un participante seule, étant plus favorable à une réponse personnelle et subjective, a également permis de minimiser le biais de jugement.

Par ailleurs, la diversité de l'échantillon est forte, que ce soit sur le plan démographique : l'âge, la classe sociale, les milieux urbains ou semi urbains. Ou sur le plan des violences et des addictions : les différents types de produits psychoactifs consommés, la durée de consommation et la durée des violences conjugales subies. Cette diversité permet de rassembler un échantillon cohérent d'une population de patient suivi en médecine générale.

2.2 Faiblesses de l'étude

2.2.1 Les difficultés de recrutement

Malgré les tentatives et les relances d'intégrer des hommes à cette étude, aucun ne s'est finalement présenté aux entretiens. Cette étude comporte donc une limite importante dans la diversité de recrutement, ne comportant que des sujets de sexe féminin.

De plus, les personnes ayant accepté de participer à cette étude sont en voie, ou ont fini de sortir de leur situation précaire, que ce soit sur le plan des violences subies ou des addictions. Cette mise à distance de leur agresseur ou des substances toxiques peuvent impacter leurs réponses.

2.2.2 Les biais d'investigation

Pour ces entretiens l'investigatrice était aussi l'enquêtrice, un biais d'investigation est donc probable. A noter également que deux participantes étaient des patientes connues de l'investigatrice, ce qui a pu favoriser le climat de confiance et la compréhension de leur parcours de vie, sans avoir eu à reposer certaines questions.

2.2.3 Les biais d'interprétation

S'agissant d'une étude qualitative, l'interprétation des verbatim est subjective entraînant un biais d'interprétation inévitable. Certaines participantes étant ambivalentes dans leurs propos, l'analyse des verbatims a été délicate à interpréter. Mais l'analyse par une personne tierce a permis de limiter ce biais.

3. Validités externes : interprétation à la lumière de la littérature existante

3.1 Attentes des patients du médecin généraliste

Au cours de cette étude, nous avons relevé les principales attentes des participantes à l'égard de leur médecin traitant, que ce soit en ce qui concerne les violences subies ou de la consommation de SPA : la nécessité de s'exprimer, la sollicitation d'une expertise médicale et la demande d'un suivi pluridisciplinaire.

3.1.1 *Attentes des patients concernant les violences conjugales*

Selon une étude menée par la HAS, 8 femmes sur 10 pensent que le dépistage des violences est non seulement important mais également légitime au sein d'une consultation de médecine générale (12). Cependant, seules 25% des femmes en discutent spontanément avec leur médecin traitant, (42) et seulement 28% des médecins généralistes abordent la question avec leurs patientes. (30)

Dans le cadre de cette volonté politique de prise en charge des violences conjugales, une vaste étude nationale a été réalisée à partir de 2020, regroupant plusieurs travaux de thèses, afin de recueillir les attentes des victimes à l'égard de leur médecin généraliste. Ces recherches ont été entreprises dans le but de renforcer le contenu du site web Décliviolence visant ainsi à répondre aux attentes des personnes concernées. (28–32)

Concernant les attentes vis-à-vis du dépistage, ces études rejoignent les conclusions de la HAS : en moyenne, 85 à 90% des patientes auraient souhaité que le médecin généraliste aborde le sujet, et plus de 91% des patients considèrent cela comme faisant partie intégrante de son rôle. (28–31)

Les principaux motifs de consultations retrouvés lors de la première consultation avec le médecin traitant se concentrent principalement sur des troubles psychologiques tels que l'anxiété ou la tristesse de l'humeur, des perturbations du sommeil, ou de manière moins spécifique, une fatigue. La demande de prescription de psychotropes concerne un peu plus d'un tiers des demandes. Les consultations pour évoquer directement les violences conjugales font partis des motifs les moins fréquents. (28–33,35)

Ces motifs masquent le besoin de s'exprimer sur ce sujet, exigeant une relation de confiance, empathique, avec leur médecin, et la nécessité d'être crues lors des révélations. Certaines femmes soulignent le manque de formation de leur médecin traitant vis-à-vis de cette problématique et le manque de coordination en réseaux. En effet, la plupart des médecins généralistes pensent à adresser ces patientes à un confrère psychiatre mais seul une minorité pense aux associations spécialisées. (43) Comme le souligne la thèse du Dr Philippe, les patientes attendent du médecin qu'il exerce un rôle de coordinateur entre ces différents intervenants. (44) Cette demande de prise en charge associative est retrouvée particulièrement

chez trois des sept participantes à l'étude (E1, E2, E4) : un espace de libre échange avec des personnes ayant vécu une expérience de vie comparable à la leur.

Dans notre étude, nous pouvons relever une demande non retrouvée dans les recherches précédemment mentionnées : celle du rôle de médiateur entre le conjoint et la patiente. (E3 et E7). Cette demande met en évidence une relation de confiance particulièrement développée entre ces patientes et leur médecin traitant, même si cette demande s'était finalement soldée par un échec.

3.1.2 Attentes des patients concernant les addictions

En ce qui concerne les addictions, selon les études, on observe également une attente très marquée de la part des patients pour que ce soit le médecin traitant qui initie le dialogue. (36,37,45) Cependant, il existe une nette disparité dans le dépistage en médecine générale en fonction de substances consommées : par exemple, le dépistage du tabac semble bien ancré dans les pratiques, tandis que pour le cannabis, seule une minorité de médecins traitants pense à l'aborder. (46)

Peu d'études récentes se sont penchées sur l'acceptabilité, du point de vue du patient, d'un dépistage systématique de la consommation de substances psychoactives. Seule une étude multicentrique interventionnelle menée en 2021 a démontré, non seulement une bonne acceptabilité du dépistage, mais surtout l'impact positif d'une intervention brève sur la motivation à mettre fin à la consommation des substances psychoactives les plus courantes : le tabac, l'alcool et le cannabis. (47) Dans notre étude, aucune des participantes n'aurait trouvé dérangent que le MG fasse un dépistage des consommations, même si certaines d'entre elles auraient à priori tendance à cacher la vérité (E5 et E7).

D'autres recherches se sont penchées sur les attentes des patients consommateurs de SPA vis-à-vis de leur médecin généraliste. Les principales d'entre elles étaient une écoute attentive et objective, une demande d'information claire et adaptée à leur niveau de compréhension, une orientation vers un spécialiste ou une association, et un suivi rapproché. De plus, certains ont évoqué spontanément l'idée la mise en place d'un questionnaire de dépistage afin d'améliorer le repérage. (36,37,45) Ces demandes sont retrouvées dans la majorité des témoignages. En revanche, elles ne sont pas forcément clairement formulées, comme l'ambivalence initiale de la deuxième participante de notre étude.

Les obstacles identifiés au cours de ces études se superposent aux témoignages recueillis dans la nôtre : la peur du jugement, d'autant plus chez les femmes, la honte, et le manque de temps. Ce manque de temps est généralement perçu non pas comme une critique envers le médecin traitant, mais vis-à-vis du système de soins, les patients éprouvant la volonté de ne pas faire perdre le temps de leur médecin. Cette intention a été également spécifiquement soulignée par la deuxième participante.

Ces données confirment celles retrouvées dans cette étude : une attente importante du médecin généraliste dans leur prise en charge. Que ce soit en lien avec les violences conjugales ou les addictions, les patients ont tendance à consulter en priorité leur médecin traitant, avant de solliciter des associations, les spécialistes ou, dans le contexte spécifique des violences, les forces de l'ordre, que ce soit la police ou la gendarmerie. (34)

3.2 Interrelation entre les violences et les addictions

L'adaptation des soins de premiers recours passe par la compréhension du parcours et de l'histoire de vie des patients. Il existe relativement peu d'études explorant de façon conjointe

les questions de l'usage de substances psychoactives et celle des violences et traumatismes subis au cours de leur vie.

3.2.1 Interrelation entre la consommation de SPA et les violences conjugales

Une revue de la littérature réalisée en 2015 dresse un état des lieux des recherches réalisées sur les risques de violences conjugales chez les personnes consommant des SPA. (10) Ces violences ont été abordées sous différents aspects : en tant que facteur déclencheur de l'initiation à la consommation, favorisant le développement de la dépendance, ou comme un obstacle au processus de sevrage. Quel que soit l'angle de l'approche, selon l'équipe du Dr Dambélé et Benoit, la consommation de SPA, toutes substances confondues, est plus importante et plus problématique dans la population subissant des violences domestiques que dans la population générale.

Bien que toutes les manifestations de violences conjugales semblent être corrélées à une augmentation de la consommation de substances (48), indépendamment du genre, même si la prévalence est plus marquée chez les femmes (49), il semble que certaines formes de violences aient des répercussions d'autant plus significatives que d'autres. Au vu du faible nombre de personnes recrutées, nous n'avons pas pu analyser l'impact spécifique de chaque forme de violences.

Dans notre étude, les participantes E3 et E4 ont subi des violences psychologiques, physiques et sexuelles ayant abouties à la prescription, puis à une addiction, envers des anxiolytiques et des hypnotiques. Ceux-ci étant jugés initialement indispensables par ces participantes afin de gérer des bouffées d'anxiété et de stress, puis créant des états de manque. Cette prescription d'anxiolytiques, d'antidépresseurs ou d'hypnotiques apparaît, selon deux

études menées par le Dr Stene, multipliée chez les femmes subissant des violences domestiques. En effet, sur le plan des violences psychologiques, la prescription se voit doublée par rapport à la population générale, tandis que sur le plan des violences sexuelles ou physiques celle-ci se voit triplée. Même après ajustement sur la détresse mentale, les femmes subissant des violences présentent des consommations plus importantes et une plus grande variété de médicaments. (50,51)

En ce qui concerne la consommation de SPA illicites, une étude espagnole s'est penchée en 2014 sur la prévalence des violences domestiques chez des patients, hommes et femmes, pris en charge par un programme de traitement de la dépendance en ambulatoire. Parmi les données mises en relief dans cette étude, la proportion des patients dépendants ayant été victimes de violences domestiques au cours de la vie est particulièrement plus élevée que la population générale : 46% contre 5% en Espagne en 2014. Celle-ci est significativement plus élevée chez les femmes (79,6 %) que chez les hommes (37,8 %), et cela quelle que soit la nature des violences. La comparaison entre les deux groupes révèle également un taux d'abandon du traitement plus important ainsi qu'un indice de sévérité de la dépendance plus élevé chez les patients ayant subi des violences domestiques au cours de la vie. (52) Bien que la majorité des participantes de notre étude ait réussi à reprendre le contrôle sur leur consommation respective, la participante E2 présente encore de nombreuses périodes de rechute.

La substance, prescrite ou illicite, se présente alors comme un allié thérapeutique, visant à atténuer les reviviscences, voire à les maîtriser. Par exemple, le cannabis, en induisant une anxiolyse, l'alcool en favorisant le sommeil, ou encore l'héroïne en provoquant une indifférence à la souffrance psychique. La consommation apparaît comme étant une aide indispensable pour faire face à leur quotidien. La psychiatre Muriel Salmona met l'accent sur les risques associés au sevrage d'une substance dans une situation où la gestion du psycho-traumatisme n'est pas organisée. (27,37,45) La participante E1 de notre étude décrit précisément cette attente de la

consommation de cocaïne afin de reprendre le contrôle sur sa vie, et la consommation d'héroïne afin de lâcher prise et ne plus rien ressentir. Pour les participantes E2 et E7, c'est la consommation d'alcool qui permet de trouver un apaisement.

Cette relation est également retrouvée par le psychologue Thomas Olivier, qui s'est particulièrement intéressé aux troubles addictifs chez la femme. Travaillant dans un centre spécialisé de soins en toxicomanie, il a analysé les témoignages de ses patientes lors de ses vingt-cinq ans de pratique afin de dégager des points de convergence, dans le but de proposer un guide de meilleure pratique clinique. (53,54) Une attente essentielle de la consommation de substance psychoactive selon ses recherches est de surseoir à l'évocation d'un souvenir traumatisant. « La toxicomanie féminine est une solution auto-thérapeutique à la suite d'un traumatisme ». (53) Cette solution auto thérapeutique est retrouvée chez toutes les participantes de notre étude hormis la participante E5, dont la consommation d'héroïne était selon elle, uniquement liée à un contexte festif.

Pour certaines, la première et la dernière participante, la consommation apparaît également comme un appel à l'aide, destiné à leur famille ou aux professionnels de santé.

3.2.2 Relation entre de la consommation de SPA du conjoint et des violences conjugales

Bien que peu abordé dans notre étude, quatre des participantes (E1, E2, E5 et E6) ont spontanément mentionné les consommations de leur conjoint. Cette relation est décrite comme ambiguë : en fonction de la substance consommée, par moment leur conjoint respectif leur semblait plus calme ou, à l'inverse, plus agressif. Selon une étude réalisée en 1995 aux Etats-Unis, sur 62 épisodes de violences conjugales, 92% des agresseurs avaient consommé de l'alcool ou de la drogues le jour des violences, 72% des agresseurs avaient au moins une

arrestation pour toxicomanie. (55) Ce résultat est renforcé par les résultats d'une étude géorgienne qui souligne le risque accru de violence chez les partenaires d'hommes consommant des substances psychoactives : 42% rapportaient des violences physiques au cours de l'année, et 48% déclaraient ne pas se sentir en sécurité dans leur relation actuelle. (56)

3.2.3 Relation de la consommation de SPA et violences dans l'enfance

Le lien entre les violences subies dans l'enfance et consommation de substance psychoactive n'a pas été spécifiquement étudié dans notre étude. Pourtant, certaines participantes (E1, E3, E5) ont spontanément évoqué certains souvenirs traumatisant de leur enfance, que ce soit en tant que victime et/ou de témoin.

Les participantes E1 et E5 n'ont pas détaillé les violences domestiques de leur enfance. A demi-mots, elles évoquaient principalement des violences physiques subies. La participante E3 a en revanche témoigné du viol subi lors de sa préadolescence, du silence et de l'impunité de son agresseur, son frère. L'entretien lui a permis de s'exprimer vis-à-vis de ce traumatisme dont elle dit encore subir des conséquences psychiques.

Ces témoignages de violences domestiques dans l'enfance ont également été retrouvés dans plusieurs études s'intéressant aux facteurs de risques chez des patients présentant une addiction à une SPA. (53,54, 57)

3.3 Les pistes d'amélioration du dépistage

Dans notre étude, et à la suite d'une recherche bibliographique, nous avons vu que les patients attendent une prise en charge active de la part de leur médecin traitant, que ce soit en ce qui concerne les violences conjugales ou les addictions. Or celui-ci se sent souvent

insuffisamment formé pour assumer cette prise en charge et demande des outils de soutien. Plus spécifiquement dans le cas des addictions, ils expriment également un sentiment d'impuissance et une lassitude face à des échecs répétés. (9,12,38–42,58) Afin d'aider les praticiens, la HAS propose des outils simples et rapides, pouvant s'inclure dans une consultation de médecine générale. Dans le même temps, de nombreuses formations voient le jour, que ce soit dans le cadre du DES (diplôme d'étude spécialisé) ou en dehors, afin de mettre à jour les connaissances médicales, que ce soit sur le plan des addictions ou des violences. (12,46,59–61)

3.3.1 L'apport du dépistage concernant les violences conjugales

Selon les données de l'OMS, les femmes victimes de violences conjugales voient leur espérance de vie en bonne santé réduite de 1 à 4 années. (6) De plus, l'identification des femmes subissant des violences domestiques aurait également un impact positif sur la santé des enfants du couple. En effet, dans les familles où des violences conjugales sont présentes, il existe un risque 6 à 15 fois plus élevé que les enfants soient également victimes de violences. (62,63) Ces données corroborent celles de notre étude : en effet, les participantes E2, E3, et E4 rapportent des cas de violences répétées, principalement physiques mais également psychologiques, de leur conjoint sur les enfants. Nous avons également vu que cette violence à l'encontre des enfants a été pour certaines participantes un facteur déclenchant, ou un moteur de motivation supplémentaire pour sortir de ce cercle de violences.

En 2019, la HAS a publié une nouvelle recommandation de bonne pratique visant à favoriser le repérage des femmes victimes de violences conjugales, en se fondant sur le questionnaire WAST. Le choix de ce questionnaire a été justifié car il a démontré sa forte sensibilité et spécificité dans le dépistage des violences, ainsi que son taux d'acceptation élevé, d'environ 95% chez les femmes interrogées. (64–66) Dans notre étude, ce questionnaire a

également été bien accepté, les patientes trouvant en ce questionnaire la possibilité de d'engendrer un questionnement sur les violences subies au quotidien et d'enlever certaines œillères.

Une étude a été menée par la Commission Impact des Recommandations (CIR), montrant une augmentation de 76% de la détection de femmes victimes, soit la découverte de 2 femmes supplémentaires par semaine, lorsque les médecins reçoivent un outil adapté, en l'occurrence le questionnaire WAST, et une formation adéquate. (62) Ce résultat est également conforté par les études de Dr Peyrelongue et de Dr Lo Fo Wong, qui soulignent le fait que la grande majorité des femmes répondent à la question des violences conjugales quand celle-ci est posée. (29) Mais ces résultats sont à prendre avec du recul : en effet, comme le souligne la majorité des femmes de notre étude, il restera toujours une part non négligeable de femmes qui refuseront d'aborder le sujet avec le médecin généraliste. En effet, même en fournissant un outil et une formation adaptée, il y aura toujours un pourcentage de la population qui jugera que cette problématique n'est pas du ressort du médecin généraliste. Par exemple, la participante E5 reconnaît le potentiel de son médecin traitant en tant que source d'aide mais, il lui paraît impensable d'aborder le sujet avec lui, même si lui-même venait à poser la question.

En revanche, certains médecins, faisant partie de l'étude menée par la CIR, avaient placé le questionnaire WAST dans la salle d'attente. Ils ont remarqué que la majorité des questionnaires avaient été emportés, même si aucune patiente n'est revenue avec celui-ci rempli. Cette observation pourrait éventuellement s'expliquer par une remarque faite par la participante E1 : il est plus simple d'écrire les réponses sur un bout de papier que d'en parler avec son médecin.

Enfin, les études du Dr Auslender et du Dr Poyer-Poullet ont démontré qu'après une formation sur les violences conjugales, les médecins étaient, non seulement plus efficaces dans le dépistage et l'évaluation des violences, mais également plus aptes à travailler en réseau avec

d'autres professionnels de la santé, travailleurs sociaux, forces de l'ordre et professionnels de la justice. (67,68) De plus cette évolution semble perdurer à moyen terme selon l'étude de Dr Zins. (69) Dans notre étude, nous retrouvons cette attente que le médecin travaille en réseau, que ce soit avec un collègue psychiatre mais également avec des associations. Sur le plan des violences, seule une des participantes a bénéficié d'un suivi pluridisciplinaire, par son médecin traitant et par une association spécialisée dans les violences faites aux femmes, en l'occurrence SOS femmes solidarité.

3.3.2 L'apport du dépistage concernant les addictions

Quant aux addictions, dans notre étude, seulement deux participantes connaissaient certains questionnaires de dépistage : la participante E4 connaissait le questionnaire de Fagerström, et la patiente E7 le questionnaire AUDIT. Ce résultat corrobore les données de l'étude de l'équipe du Dr Cogordan réalisé en 2017 : parmi les 18-75 ans ayant consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois, 37 % déclarent que le sujet du tabac et 17 % que celui de l'alcool avaient déjà été discutés en consultation. Cette étude conclut en recommandant de renforcer le repérage systématique des consommations par les médecins généralistes. (70)

Dans ce cadre politique, en 2020 que la HAS recommande le repérage des consommations les plus courantes (tabac, alcool et cannabis) via la méthode du RPIB au moins une fois par an, ainsi qu'en cas de situation à risques (grossesse, précarité stress, contexte psychosocial), pouvant ainsi prévenir 9% de la morbi-mortalité si sa mise en œuvre permettait de toucher au moins un quart des adultes ayant une consommation dangereuse et problématique. Environ un tiers des médecins généralistes déclare avoir connaissance du RPIB. (71) Une étude réalisée par la santé du travail a également indiqué que l'intervention brève était plus efficace que

l'information écrite, bien que cette dernière ait elle-même une influence sur les habitudes de consommation. (72) Pourtant, notre étude relève certains cas où même si ces recommandations sont mises en œuvre, il resterait, tout comme pour les violences conjugales, une proportion non négligeable de patient qui n'aborderont pas le sujet avec leur médecin traitant. Ceci est le cas des participantes E5 et E7, qui en reconnaissant qu'il serait important que leur médecin soit au courant, n'arriveront pas à aborder le sujet avec lui, mais s'il pose la question.

Afin de mieux comprendre l'apport du dépistage, notre étude s'est également penchée sur le ressenti après la lecture de ces questionnaires de dépistage. Peu d'étude ont été réalisés dans ce sens : les recommandations de bonnes pratiques évaluant principalement les effets objectifs du dépistage. Il ressort de notre étude trois effets importants des différents questionnaires, que ce soient les questionnaires de Fagerström, CAST, AUDIT ou le dépistage conjoint : mise en évidence des dangers, possibilité d'analyser de ses consommations et enclencher une prise en charge. Nous n'avons pas retrouvé d'étude pouvant comparer ces résultats. Les effets décrits peuvent en revanche nous rappeler à la deuxième étape de l'entretien motivationnel : la contemplation. Ce qui pourrait expliquer le résultat retrouvé dans l'équipe suisse : un patient sur deux à trois change d'avis sur sa consommation, après une intervention brève. (61)

3.4 Limites de l'étude et suggestions pour les recherches futures

Une des principales limites de l'étude réside dans sa méthodologie. En effet, le recrutement ne pouvait être réalisé qu'avec des patients consentant à aborder ces deux sujets sensibles. Ces participants étaient engagés dans un processus d'assimilation des violences passées et avaient pris en charge leurs troubles addictifs. Au vu de la difficulté du recrutement, il est probable que certains patients n'auraient pas répondu avec la même aisance à ce type de questionnaire.

Afin d'atténuer ce biais, et également pour déterminer si ce type de questionnaire dérange des patients non concernés par ces troubles, une approche quantitative pourrait répondre à cette question. Avec des patients provenant de différents cabinets médicaux, la mise à disposition de ce questionnaire suivi d'une enquête sur la perception de sa pertinence ou de son caractère dérangeant serait complémentaire de notre étude.

Enfin, une autre limite non prise en compte par notre étude concerne l'usage de cet outil par les médecins généralistes en pratique. Une étude qualitative visant à recueillir l'opinion de certains médecins, suivie d'une analyse comparative avant et après l'utilisation de l'outil, pourrait nous éclairer sur la pertinence de ce questionnaire dans une pratique courante de médecine générale.

V. CONCLUSION

Cette recherche s'est penchée sur deux thèmes souvent perçus comme tabous, tant du côté des médecins que des patients : les addictions et les violences conjugales.

Cette étude a permis de souligner les attentes principales des patients à l'égard de leurs consultations chez leur médecin généraliste : une écoute bienveillante, la délivrance de conseils adaptés à leur situation personnelle, et une orientation vers des professionnels plus spécialisés. Cependant cette prise en charge médicale peut être entravée par une ambivalence initiale de la part du patient, ou ralentie par un sentiment de honte et de culpabilité.

En effet, bien que difficilement avouable, la consommation de substances psychoactives semble être, à un moment donné de leur existence, une réponse cohérente à leurs conditions de vie. Agissant à la fois comme remède et poison, cette consommation apparaît initialement comme un pilier essentiel pour atténuer la sensation de mal être et pour garder un semblant de contrôle sur leur vie. Cependant cette consommation, en devenant une addiction, a engendré par la suite une augmentation de leur précarité, que ce soit sur le plan conjugal, médical, ou sociétal. Il semble donc essentiel, en tant que professionnel de la santé, de comprendre l'intégralité du contexte de vie du patient, afin de proposer des solutions adaptées.

Dans ce cadre, cette étude s'est intéressée à une nouvelle méthode de dépistage des addictions et des violences conjugales, le dépistage constituant une part essentielle des missions du médecin généraliste. La création d'un outil de dépistage conjoint standardisé semble faciliter l'approche de ces sujets avec les patients. En effet, cette approche simultanée à travers ces deux sujets semble susciter un questionnement, que ce soit sur la relation conjugale ou la consommation de substance, une mise en évidence de la dangerosité de la situation, et permet de créer une opportunité de justifier ses choix, rendant ainsi plus abordable ces sujets d'ordinaire sensibles.

Même s'il peut persister une hésitation initiale à aborder ces sujets, cette approche bivariée semble ouvrir de nouvelles pistes de réflexions pour le patient.

Dans ce contexte, le dépistage simultané de ces deux sujets semble pertinent et acceptable du point de vue des patients.

VU

Strasbourg, le 28/12/23

Le président du jury de thèse

Professeur *Gilles BERJOUX*



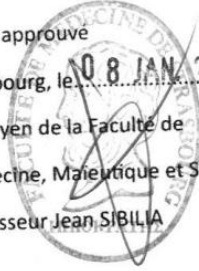
VU et approuvé

Strasbourg, le 08 JAN 2024

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Morel A, Meliava N, Couteron JP. Soins coopératifs, accompagnements et thérapies de gestion de l'addiction. In: Addictologie [Internet]. Paris: Dunod; 2019 [cité 28 nov 2022]. p. 399-419. (Aide-Mémoire; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/addictologie--9782100788408-p-399.htm>
2. Scroccaro N. Chapitre 2. L'addiction aux médicaments chez un jeune adulte. In: 8 cas cliniques en psychopathologie de l'adolescent et du jeune adulte [Internet]. Nathalie Scroccaro. Paris: Dunod; 2018 [cité 31 juill 2023]. p. 37-65. (Univers Psy). Disponible sur: <https://www.cairn.info/huit-cas-cliniques-en-psychopathologie-de-l-ado--9782100777822-p-37.htm>
3. Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeur. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
4. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 14 nov 2023]. Addictions. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
5. Locquet C, Blondet E, Solomon C. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. HAS; 2021 févr. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
6. OMS. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
7. Ministère de l'Intérieur. Arrêtons les violences. 2021 [cité 31 juill 2023]. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Insecurite-et-victimation-les-enseignements-de-l-enquete-Cadre-de-vie-et-securite>
8. Thomas JL. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. 2015;(3):253-69.
9. Guide pour les professionnelles du Gers [Internet]. 2020 [cité 31 juill 2023]. Les répercussions des violences conjugales : un impact sur la totalité des membres de la famille. Disponible sur: <https://www.gers.gouv.fr/Publications/Violences-au-sein-du-couple-Guide-pour-les-professionnel.le.s-du-Gers/Les-repercussions-des-violences-conjugales-un-impact-sur-la-totalite-des-membres-de-la-famille>
10. Benoit T, Dambélé S. Violence experienced or perpetrated, and psycho-active substance use among women in Europe and in the Mediterranean region. Conseil of Europ [Internet]. 2015; Disponible sur: <https://rm.coe.int/violence-experienced-or-perpetrated-and-psycho-active-substance-use-am/168075c038>
11. Salmona M. Mémoire Traumatique et victimologie. [cité 15 déc 2022]. Mécanismes des psychotraumatismes. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/mecanismes.html>

12. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. HAS; 2019 [cité 20 oct 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
13. Binder P, Venderkam P. Intervenir sur les addictions en médecine générale. 2017;(130):72-81.
14. Schmitt Y. Comment repérer conjointement addictions et violences conjugales : une revue systématique exploratoire de la littérature [Mémoire]. 2020.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.
16. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19.
17. Martino SC, Collins RL, Ellickson PL. Cross-lagged relationships between substance use and intimate partner violence among a sample of young adult women. *Journal of Studies on Alcohol* [Internet]. 4 janv 2015 [cité 23 févr 2022]; Disponible sur: <https://www.jsad.com/doi/abs/10.15288/jsa.2005.66.139>
18. Bègue L. 16. Alcool, drogues et violence. In: *Traité d'addictologie* [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2016 [cité 19 oct 2022]. p. 150-4. (Traités; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-p-150.htm>
19. Acier D, Nadeau L, Landry M. Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie–santé mentale. *smq*. 2007;32(2):59-82.
20. Jeux d'argent et de hasard dans le baromètre de Santé publique France 2019 : description des joueurs, des pratiques et des problèmes en population adulte [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/jeux-d-argent-et-de-hasard-dans-le-barometre-de-sante-publique-france-2019-description-des-joueurs-des-pratiques-et-des-problemes-en-population>
21. Dowling, Oldenhof, Cockman, Suomi, Merkouris, Jackson. Problem Gambling and Family Violence: Factors Associated With Family Violence Victimization and Perpetration in Treatment-Seeking Gamblers. *Journal of interpersonal violence* [Internet]. août 2021 [cité 22 févr 2023];36(15-16). Disponible sur: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/30894040/>
22. Dowling N, Suomi A, Jackson A, Lavis T, Patford J, Cockman S, et al. Problem Gambling and Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. janv 2016;17(1):43-61.
23. Hing, Mainey, O'Mullan, Nuske, Greer, Thomas, et al. Seeking Solace in Gambling: The Cycle of Gambling and Intimate Partner Violence Against Women Who Gamble. *Journal of gambling studies*. 6 juill 2022;795-812.
24. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *crs*. 27 avr 2011;(23):147-81.

25. Brown J, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. Dépistage de la violence faite aux femmes. 2001;47:988-95.
26. Brown RL, Rounds LA. Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. *Wis Med J.* 1995;94(3):135-40.
27. Morel A, Couteron JP. Psychotraumatisme et addictions. In: *Addictologie en 47 notions.* 3eme édition. 2019.
28. Durand L. Attente des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG dans le département du Finistère. 29 avr 2021;57.
29. Peyrelongue M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG en Aquitaine [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Bordeaux; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02531592/document>
30. Vigné PA. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG en Drôme-Ardèche [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Claude Bernard Lyon; 2022. Disponible sur: file:///C:/Users/there/Downloads/THm_2022LYO1M006.pdf
31. Assier C. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG en Loire-Atlantique et Vendée [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Nantes; 2020. Disponible sur: <file:///C:/Users/there/Downloads/assierMED20.pdf>
32. Biglia E. Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale: expériences et attentes de femmes victimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2012.
33. Dupré O. Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste: quelles sont leurs attentes ? Lyon, France; 2016.
34. Henrion. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité; 2001.
35. Gilot H. Les femmes victimes de violences conjugales: qu'attendent-elles de leur médecin généraliste? : une étude qualitative [Thèse d'exercice]. 2016.
36. Delaunay- Belleville C. Le vécu et l'opinion des patients présentant une addiction à l'alcool face au repérage et à la prise en charge par le médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]; 2022. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2021_Medecine_DelaunayBellevilleCynthia.pdf
37. Poisbeau M. Usagers de cannabis poly-consommateurs, quelles attentes envers le médecin généraliste ? [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Montpellier; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03920274v1/document>
38. Nalpas B, Lemaitre R, Dalbies PA, Monod P, Martien S. Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme : Une enquête en région Languedoc-Roussillon [Internet].

Nîmes: Observatoire français des drogues et des tendances addictives; 2003 p. 96. Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=64469

39. Goehrs L. Dépistage de la consommation d'alcool à l'adolescence et connaissance des risques. Enquête auprès de 58 médecins généralistes des Yvelines [Internet] [Thèse d'exercice]. Paris; 2012. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01471778/document>

40. Le Roy G. Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale : obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme. [Internet] [Thèse d'exercice]. Picardie; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01908606>

41. Carrus Deneef L. Prévention et dépistage du risque alcool chez l'adolescent. enquête menée auprès des médecins généralistes haut normands. [Internet]. Rouen; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01300185/document>

42. Thomas JL. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. 2015;253-69.

43. Mørk, Anderson, Taket. Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study. BMC Women Health. 2014;

44. Philippe P. Evaluation des attentes des femmes victimes de violences conjugales concernant leur prise en charge pluridisciplinaire [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Strasbourg; 2023. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2023/2023_PHILIPPE_Pauline.pdf

45. Mejean V. Représentations et ressentis des consommateurs de cannabis face à leur médecin : une enquête auprès de 15 patients en région Auvergne Rhône Alpes. [Internet]. Lyon; 2016. Disponible sur: <http://www.pieros.org/etude/representations-ressentis-consommateurs-de-cannabis-face-a-medecin-enquete-aupres-de-15-patients-region-auvergne-rhone-alpes/>

46. Scharll N, Maynié-François C. Utilisation des outils de repérage et d'évaluation des consommations à risque d'alcool, tabac et cannabis en médecine générale. Excercer [Internet]. 2021; Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/1633

47. Caron, Sellier-Petitprez, Arizaa. Expérimentation d'une semaine de dépistage et de prévention chez les adolescents de 16 à 25 ans aux substances psychoactives les plus répandues (tabac, alcool, cannabis). Elsevier.

48. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. Psychosomatic medicine [Internet]. 2005; Disponible sur: <https://rm.coe.int/violence-experienced-or-perpetrated-and-psychoactive-substance-use-am/168075c038>

49. Fernández-Montalvo J, López-Goñi J, Arteaga A. Psychological, physical, and sexual abuse in addicted patients who undergo treatment. Journal of Interpersonal Violence [Internet]. 2014; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24992952/>

50. Stene, Dyb, Jacobsen, Schei. Psychotropic drug use among women exposed to intimate partner violence : A population-based study. Scand J Public Health [Internet]. 2010; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21062843/>

51. Stene, Dyb, Tverdal. Intimate partnerviolence and prescription of potentially addictive drugs : prospective cohort study of women in the Oslo Health Study. *BMJ Open* [Internet]. 2012; Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/content/2/2/e000614>
52. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Arteaga A, Cacho R. Criminological profile of patients in addiction treatment. *Adicciones*. 2013;25(2):146-55.
53. Thomas O. Pourquoi la femme d'aujourd'hui ? *Psychotropes* [Internet]. 2013; Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2013-3-page-61.htm>
54. Thomas O. Toxicomanie féminine. Du traumatisme sexuel à l'amour de transfert. *Erès* [Internet]. 2006; Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2006-9.htm>
55. Brookoff D, O'Brien K, Cook S, Thimpson, Willima C. Characteristics of participants in domestic violence. *JAMA*. 1997;277.
56. Lund. Female partners of opioid-injecting men in the Republic of Georgia: an initial characterization. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* [Internet]. 2012; Disponible sur: <https://rm.coe.int/violence-experienced-or-perpetrated-and-psycho-active-substance-use-am/168075c038>
57. Björkenstam E, Hjern A, Mittendorfer-Rutz E, Vinnerljung B, Hallqvist J, Ljung R. Multi- exposure and clustering of adverse childhood experiences, socioeconomic differences and psychotropic medication in young adults. 2013; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23341951/>
58. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacé, cocaïne). *Freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante* [Internet] [Thèse d'exercice]. Nice; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01232248/document>
59. Barenton V. État des lieux des formations proposées aux internes de Médecine générale de France sur le thème des violences faites aux femmes. *Mémoire de médecine générale: Université de strasbourg*;
60. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 15 oct 2023]. *Violences conjugales : quel rôle pour les professionnels de santé ?* Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante
61. Michaud P, Abesdris J. Diffusion de la pratique de l'intervention brève : méthode de formation et de mobilisation des acteurs de soins de 1er recours. *Revue Médicale Suisse*. 2003;11(2451):1817-22.
62. McKay MM. Link between domestic violence and child abuse : assessment and treatment consideration. *Child Welfare*. 1994;
63. Rosalind J, Robert O, Isaac NE. Respons to battered mothers in the pediatric emergency departement, a call for an interdisciplinary approach to family violence. *Pediatrics*. 1997;99.
64. Equipe de la direction interministérielle de la transformation publique. Permettre aux médecins de mieux repérer les femmes victimes de violences conjugales [Internet]. HAS; 2022 nov. Disponible sur: <https://www.modernisation.gouv.fr/files/2022->

11/Rapport%20Permettre%20aux%20m%C3%A9decins%20de%20mieux%20rep%C3%A9rer%20les%20femmes%20victimes%20de%20violences%20conjugales_0.pdf

65. McNutt LA, Carlson, Rose IM, Robinson DA. Partner violence intervention in the busy primary care environment. *Am J Prev Med.* 2022;(22):84-91.
66. Kilpatrick D, Resnick H, Acierno R. Health impact of interpersonal violence, implications for clinical practice and public policy. *Behav Med.* 1997;(23):79-85.
67. Auslender V. Les violences faites aux femmes: enquête nationale auprès des étudiants en médecine [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. 2015. Disponible sur: https://books.google.fr/books/about/Les_violences_faites_aux_femmes.html?id=WC9AzQEA CAAJ&redir_esc=y
68. Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Nantes]; 2006.
69. Zins R. Formation sur le repérage et l'orientation des femmes victimes de violences au sein du couple : évaluation à moyen terme des pratiques professionnelles [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Strasbourg; 2021. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_ZINS_Rosalie.pdf
70. Cogordan, Quatremère. Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. *Revue d'épidémiologie et de Santé publique.* 2020;68:319-26.
71. Anderson, Gual, Colom. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves [Internet]. 2008. 141 p. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/referentiel/alcool-et-medecine-generale-recommandations-cliniques-pour-le-reperage-precoce-et-les-interventions-breves>
72. Michaud. Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail. Premiers résultats de l'étude EIST. *Evolutions* [Internet]. 2008;(14). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/les-interventions-breves-alcool-sont-efficaces-en-sante-au-travail-premiers-resultats-de-l-etude-eist>

VII. ANNEXES

1. Grille d'analyse méthodique selon les lignes directrices COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	DIEBOLD Thérèse
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	DES en médecine générale
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale puis médecin généraliste remplaçante
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur	Première expérience en étude qualitative
Relations avec les participants :			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	2 participantes sur 7 (patientes de l'enquêtrice)
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation de l'enquêteur sur la fiche d'information : nom, prénom, profession, recherche dans le cadre d'une thèse de médecine générale
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflits d'intérêt
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique :			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse de contenu thématique par théorisation ancrée
Sélection des participants :			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné

11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Via leur médecin traitant ou le CSAPA de Haguenau ou l'association ALT
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	7 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	5 personnes
Contexte :			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	En salle de consultation
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont présentées dans le tableau « Caractéristiques de la population » dans le chapitre « Résultat »
Recueil des données :			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages, étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien présenté en annexe et testé au cours des 2 premiers entretiens.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, il n'y a eu qu'un entretien par participant.
19	Enregistrement audio-visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio par smartphone avec accord des participants
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Après chaque entretien le chercheur a noté son ressenti à propos de l'entretien et ce qui l'a marqué
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Entre 40 min et 1h 21, avec une moyenne de 58min
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Le seuil de saturation des données n'a pas été atteint
23	Retour de retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données :			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codées les données	L'enquêtrice, avec double codage par une co-interne pour 6 entretiens sur 7
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fournis une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Une partie des thèmes ont été déterminés à l'avance pour l'élaboration de la grille d'entretien, le reste a été déterminé à partir des données.
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Logiciel de traitement de texte
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction :			
29	Citations présentées	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion de thèmes secondaires ?	Oui

2. Formulaire de consentement éclairé

Il m'a été proposé de participer à une **recherche sur le dépistage conjoint des violences conjugales et des addictions en médecine générale**. Cette recherche scientifique est réalisée dans le cadre d'une thèse soutenue par Mme DIEBOLD Thérèse, médecin généraliste diplômée par la faculté de Strasbourg.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

L'investigateur, Mme DIEBOLD Thérèse, m'a informé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

J'ai compris que je pourrai arrêter à tout moment sans justification ou décider de ne pas répondre à certaines questions de l'entretien si je ne le souhaite pas, et que je pourrai prendre connaissance des résultats lorsque l'étude sera terminée.

J'accepte que l'entretien mené dans le cadre de cette recherche fasse l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone. Celui-ci sera uniquement accessible par Mme DIEBOLD Thérèse et sera détruit après retranscription.

Je donne mon accord pour que les données soient utilisées à des fins scientifiques et pédagogiques, étant entendu que les données resteront anonymes et qu'aucune information ne sera donnée sur mon identité.

Après en avoir discuté avec Mme DIEBOLD Thérèse et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, je soussigné(e)
accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à, le, en double exemplaire.

Nom et signature de l'investigateur
sujet

Signature du

3. Validation du comité d'éthique de l'université de Strasbourg



Dr Yannick SCHMITT
 Département de Médecine Générale
 17 rue Tiergaertel
 67380 Lingolsheim

Eric FLAVIER
 Président du comité d'éthique
 pour la recherche

Strasbourg, le 11/07/2022
 Objet : Décision du comité d'éthique pour la recherche (CER)
 Référence dossier : 2022-25

Monsieur Schmitt, Cher collègue,

Affaire suivie par :
Philippe RUHLMANN
 Chargé d'appui au Comité
 d'éthique pour la recherche
 Direction de la recherche et de la
 valorisation
 p.ruhmann@unistra.fr
 +33 (0)3 68 85 56 19

Vous avez déposé le projet intitulé « Dépistage conjoint des addictions et violences conjugales. Le point de vue des patients » pour évaluation par le comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg.

Le Comité d'éthique pour la recherche Unistra déclare par la présente :

que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous un numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité vous le demandant :

Unistra/CER/2022-25

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cette entité afin que notre CER reçoive une copie dudit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CER juge que ces modifications administratives affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'entité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg vous souhaitent un travail de recherche fructueux.

Université de Strasbourg
 4 rue Blaise Pascal
 CS 90032
 F-67081 STRASBOURG cedex
 Tél. : +33 (0)3 68 85 00 00
 www.unistra.fr

Le président du comité d'éthique pour la recherche,



Eric FLAVIER

4. Grille d'entretien

A. Données sociodémographiques :

- Genre : H//F
- Âge
- Nombre d'enfant
- Niveau d'étude
- Médecin déclaré oui//non
- Date approximative de l'entrée dans le parcours de soins

B. Description des violences conjugales

- Comment décririez-vous les violences subies ? (Physique, psychologique, verbale, économique, sexuelle)
- Quand ont-elles commencé ?
- Est-ce que vous vous en êtes sortis ? Si oui, depuis combien de temps ?

C. Description des consommations

- Quel(s) produit(s) ayant entraîné(s) une addiction avez-vous déjà consommés ? (Tabac, alcool, cannabis, cocaïne, benzodiazépine, morphine, tramadol, somnifère...)
- Quand avez-vous commencé à consommer ? En quelle quantité ?

Entretien semi dirigé

A. L'entrée dans le parcours de soins

- Pouvez-vous me parler du dernier sujet sensible que vous avez abordé avec votre médecin traitant ?
- Pouvez-vous me raconter la première fois où vous avez abordé avec votre médecin traitant, votre consommation (nommer la substance) ou les violences conjugales ?
- Qu'attendiez-vous de cette première consultation ?
- Qu'avez-vous retenu de cette consultation ?
- Quel sentiment éprouviez-vous à la fin de cette consultation ?
- Selon votre expérience personnelle, quel est le sujet qui est le plus difficile à aborder avec votre médecin traitant : violence ? addiction ? Pourquoi ?
- Si vous n'aviez pas pu en parler à votre médecin traitant, vers qui vous seriez vous tourné ?

B. Lien entre addiction et violence

- De nombreuses études décrivent des liens entre les violences conjugales et les addictions. Qu'en pensez-vous ? Penseriez-vous à certaines situations où ce pourrait être le cas ?
- Dans votre histoire personnelle, ces deux entités semblent elles liées ?
- Si oui, pourquoi ?
- Si non, dans quelle(s) circonstance(s), état d'esprit, consommez-vous la substance (nommer la substance) ?
- Qu'est que vous apporte la consommation de la substance ?
- Quelles sont les conséquences sur votre vie personnelle et conjugale de votre consommation ?

C. Amélioration du dépistage

- Si nous revenons dans votre passé, comment auriez-vous souhaité aborder la première fois un de ces deux sujets sensibles avec votre médecin traitant ?
- Nous avons remarqué que ces deux sujets, les addictions et les violences, n'étaient souvent pas abordés en concomitance par les professionnels de santé. Nous restons la plupart du temps cantonnés à un sujet (les violences subies ou les addictions) sans en aborder l'autre. Que pensez-vous du fait d'aborder les deux problématiques dans une même consultation ?
- Il existe pour aborder ce genre de sujet, des questionnaires standardisés. Que pensez-vous de ce genre de questionnaire dans le cadre de dépistage ? (Amener un questionnaire WAST, CAST pour que le patient puisse la lire) Est-ce qu'ils vous auraient été utile ?
- Quel serait les points positifs //négatifs de ces types de questionnaire ?
- Quels en sont les limites selon vous ?
- Comment auriez-vous préféré réaliser ce genre de questionnaire ? En discutant avec votre médecin traitant ? en salle d'attente ? autre ?
- La réalisation d'un questionnaire abordant les deux problématiques vous semble-t-elle pertinente ?
- Avez-vous d'autres propositions ?

5. Questionnaire WAST

Questionnaire WAST

Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?

- Très tendue Assez tendue Sans tension

2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?

- Très difficilement Assez difficilement Sans difficulté

3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?

- Souvent Parfois Jamais

4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?

- Souvent Parfois Jamais

5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?

- Souvent Parfois Jamais

6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?

- Souvent Parfois Jamais

7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?

- Souvent Parfois Jamais

8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?

- Souvent Parfois Jamais

WAST : *Woman Abuse Screening Tool.*

6. Questionnaire Fagertröm

1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui	1
Non	0

3. À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?

La première le matin	1
N'importe quelle autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

7. Questionnaire CAST

Au cours des 12 derniers mois... <i>Une seule réponse par ligne</i>	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Avez-vous fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Avez-vous eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Des <u>amis</u> ou des <u>membres de votre famille</u> vous ont-ils <u>dit</u> que vous devriez <u>réduire</u> votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Avez-vous essayé de <u>réduire</u> ou d' <u>arrêter</u> votre consommation de cannabis <u>sans y arriver</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Avez-vous eu des problèmes <u>à cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ? Lesquels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

8. Questionnaire AUDIT

Questions	0	1	2	3	4	Score
1. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verre(s) d'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Jamais		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Jamais		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
					Score total	

9. Dépistage conjoint

- Questionnaire CAGE-AID :
 - Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter de consommer de l'alcool ou de la drogue ?
 - Vous êtes-vous déjà senti coupable vis-à-vis de votre consommation ?
 - Avez-vous déjà consommé de l'alcool ou de la drogue le matin pour mieux vous réveiller ?
 - Avez-vous déjà été ennuyé par des critiques de vos proches ?

- WAST short form :
 - En général, comment décririez-vous votre relation de couple ? très tendue / quelque peu tendue / aucune tension
 - Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec... beaucoup de difficultés / une certaine difficulté / aucune difficulté

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Diebow Prénom : Thérèse

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

S'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

À Strasbourg, le 7/01/2024

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME

Introduction : Les violences conjugales et les addictions font parties des problèmes de santé public majeurs en France. La fréquence de ces situations et leur interrelation complexe en font un sujet d'intérêt. Dans ce cadre, un outil de dépistage conjoint, s'intéressant à ces deux entités, a été proposé. L'objectif de cette étude est d'évaluer sa pertinence et son acceptabilité selon le point de vue des patients.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés entre aout 2022 et mars 2023 auprès de sept femmes victimes de violences conjugales et présentant un trouble de l'usage à au moins une substance psychoactive dans le Bas Rhin.

Résultats : Addictions et violences conjugales présentent une forte interrelation dans notre étude. Agissant à la fois comme remède et poison, la consommation de substances psychoactives apparaît dans un premier temps comme un vecteur de plaisir, d'apaisement des violences du quotidien, ou d'un semblant de contrôle sur leur vie. Cependant elle entraîne par la suite une perte de contrôle et potentialise le développement des troubles psychiatriques. Cette interdépendance entre les deux sujets augmente la difficulté à en parler, renforçant le sentiment de honte et de culpabilité. Les impacts physiques, psychologiques et sociaux à court, moyen et long terme sont d'autant plus présents. L'outil de dépistage conjoint semble faciliter l'approche de ces sujets, susciter un questionnement, et créer une opportunité de justifier ses choix, rendant ainsi plus abordable ces sujets d'ordinaire tabous.

Conclusion : il en ressort de notre étude une forte interrelation entre les violences conjugales et des addictions. Dans ce contexte, le dépistage simultané de ces deux sujets semble pertinent et acceptable du point de vue des patients.

Rubrique de classement : DES de médecine générale

Mot clés : violences conjugales, addictions, dépistage conjoint, médecine générale

Président : Professeur BERTCHY Gilles

Directeur : Docteur SCHMITT Yannick

Accesseurs : Docteur WACK Emilie, Docteur HILD Philippe

Adresse de l'auteur : therese.diebold@gmail.com