



HAL
open science

Les violences faites aux femmes à Mayotte : enquête DEVIFFE 2014, première approche exploratoire multidisciplinaire

Olivier Dupray

► **To cite this version:**

Olivier Dupray. Les violences faites aux femmes à Mayotte : enquête DEVIFFE 2014, première approche exploratoire multidisciplinaire. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01485742

HAL Id: dumas-01485742

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01485742>

Submitted on 9 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
Subdivision Océan Indien
Collège Sciences de la Santé

Année 2017

Thèse N°15

Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine

Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 08 février 2017

Par
Olivier DUPRAY
Né le 11/06/1986

Les violences faites aux femmes à Mayotte : - Enquête DEVIFFE 2014 - Première approche exploratoire multidisciplinaire

Directrice de thèse
Madame le Docteur Valérie THOMAS

Membres du Jury

M. le Professeur Peter VON THEOBALD
M. le Professeur Jean-Marc FRANCO
Mme le Professeur Sophie GROMB-MONNOYEUR
Mme le Docteur Emmanuelle PIET
Mme le Docteur Valérie THOMAS

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Directrice de thèse

Remerciements

Monsieur le Professeur Peter VON THEOBALD,
Merci d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse.
Merci pour votre soutien auprès des étudiants s'engageant dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Trouvez ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire le rapport de ma thèse.
Merci de transmettre votre passion aux jeunes médecins que nous sommes, avec conviction et sincérité. Veuillez croire en ma pleine considération.

Madame le Professeur Sophie GROMB-MONNOYEUR,
Vous me faites l'honneur de juger mon travail.
Merci pour votre intérêt spontané à ma recherche. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Emmanuelle PIET,
Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez immédiatement porté à ce sujet.
Merci d'avoir inspiré des dizaines d'études à travers le monde de par vos travaux, dont celle que vous vous apprêtez à lire.
Trouvez ici l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Valérie THOMAS,
Qui mérite le nectar, merci de ton soutien, merci d'avoir cru en moi, merci de ta patience, de ton apprentissage, de ta lucidité. Une partie de mon histoire devait s'écrire à tes côtés. C'est une grande fierté. Je voudrais t'exprimer ici toute ma reconnaissance et mon amitié sincère. J'espère te faire honneur avec ce travail.

Je tiens à remercier toutes les femmes qui ont accepté de participer au dépistage, ainsi qu'à mes entretiens, en espérant de tout cœur que leur calvaire touche à sa fin. Ce n'est pas une fatalité, la honte doit changer de camp. Merci aussi à tous les professionnels de santé ayant contribué à notre enquête comme investigateurs, notre étude n'aurait pu se faire sans votre soutien et vos encouragements.

Merci aux acteurs locaux des violences faites aux femmes à Mayotte, qui m'ont aidé dans ma tâche, qui ont cru en cette étude, et qui ont permis sa réalisation sans heurt : Madame Noera Mohammed, Déléguée Régionale aux droits des femmes ; Madame Chamsia Madi, Responsable PMI ; les associations ACFAV (Djamaël, Faouzia...) et SHIME ; Madame Nazlli Joma, psychologue clinicienne ; Monsieur le directeur du CHM et toute l'équipe administrative du CHM ; Monsieur Joël Garrigues, Procureur de la République.
Merci également à Monsieur le Docteur Pierre Chauvin, Directeur de Recherche INSERM, pour son soutien méthodologique, j'espère que la lecture de ce travail vous satisfera.

Et enfin, un merci tout particulier à Marie-Laure qui a débuté ce travail avec moi, et qui l'aura sans aucun doute enrichi par sa ferveur et sa pugnacité.

A mon grand-père qui m'a transmis sa force dans son dernier regard. Ce chant du cygne résonne encore en moi.

A mes parents, bien sûr, qui m'auront toujours soutenu malgré mes oppositions, mes luttes, mes passions et tous ces projets qui n'appartiennent qu'aux gens qui se lèvent et se couchent en retard. Merci.

A ma sœur, modèle depuis tant d'années, dans la découverte et le dépassement de soi.
A François et Tom ...

A Antoine et Alex, mes guides, mes amis. Vous m'êtes indispensables.
Nunca olvides... ¡Hazlo hoy! Parce que demain c'est trop tard...
Laissons-les croire que nous sommes des idiots.

A la Forge, Céline, Fanny, Gillou, Tif', Alice, Lou, Sacha, Hélène, Gabby... qui ont réussi à se prouver que la vie est plus belle quand on croit à l'amour.

A ces femmes si belles, qui m'ont fait tel que je suis en me transmettant leurs valeurs, du militantisme à la bohème, de la sagesse à l'insouciance.

Aux rencontres inopinées, celles qui font rire et qui font surtout comprendre qu'une part de folie est essentielle pour vivre droit : Cécile, Amélie, Océ, Akim, Beno, Gaël, Max en Transit, Marjo, Ambre, Anne-Laure...

A Madeleine, si douce, si précieuse, qui représente et me renvoie à chaque instant la beauté de la nature, de l'humanité et de l'avenir.

« Il n'y a qu'une manière d'être féministe aujourd'hui pour un homme,
C'est de se taire enfin sur la féminité. C'est de laisser parler les femmes. »

Le Féminisme au masculin (1980)
Benoîte Groult (1920 ~ 2016)

Table des Matières

Liste des abréviations.....	10
Avant-Propos	11
Première Partie : Introduction	
I. Mayotte : un contexte géographique, historique sanitaire et social.....	13
I.1 Histoire, géographie et religion de Mayotte	13
I.1.1.Situation géographique	13
I.1.2. Mayotte comorienne, aux origines d'un peuple circulant librement	15
I.1.3. Mayotte française.....	16
I.1.4. Mayotte européenne.....	20
I.1.5. Un territoire en transition.....	20
I.2. Les femmes à Mayotte : approche historique, sociale et anthropologique.....	23
I.2.1.Les figures féminines politiques: de la chatouilleuse à la femme leader.....	23
I.2.2. Système de filiation.....	24
I.2.3. Evolution du statut légal de la femme à Mayotte (droit commun, droit local).....	26
I.3. L'offre de soin à Mayotte	28
II. Violences faites aux femmes (VFF) : définition, cadre légal, épidémiologie.....	30
II.1. Cadres, définitions, caractérisation et législations relatifs aux VFF	30
II.1.1. Définitions des violences faites aux femmes.....	30
II.1.2. Catégorisation des violences d'un point de vue multidisciplinaire	33
II.1.3. Les outils pour comprendre et agir	35
II.2. La lutte des VFF - une politique récente en France et à l'étranger ?.....	36
II.2.1. La lutte des violences contre les femmes dans le monde	37
II.2.2. Quelques dates de la législation française	38
II.3. Qualifier les VFF en problème de santé publique.....	39
II.3.1. Un point de vue épidémiologique mondial.....	39
II.3.2. Etat des lieux des connaissances en France métropolitaine.....	40
II.3.3. Etat des lieux des connaissances dans les DOM-TOM (hors Mayotte)	42
II.3.4. Mayotte : état des connaissances loco régionale	42
II.3.5. Un coût pour le système de santé ?.....	43

III. Cadre conceptuel	44
III.1. Constats	44
III.2. Objet du travail.....	45
III.3. Problématique.....	45
III.4. Hypothèses de travail	45
III.5. Les difficultés	46
III.5.1. Enquêteur blanc de sexe masculin	46
III.5.2. Les réticences potentielles.....	47
III.5.3. Différences culturelles.....	47
III.6. Outils mis en jeu	47
III.6.1. Approche ethnomédicale.....	48
III.6.2. Le questionnaire : issu de la pratique clinique	49
III.7. Revue de littérature	50
Deuxième Partie : Matériel et Méthode	
	51
I. Phase exploratoire et état de la question	51
II. Étude quantitative.....	51
II.1. Objectifs	51
II.2. Matériel et méthode	52
II.2.1. Les investigateurs : convaincre et former.....	52
II.2.2. Questionnaire.....	53
II.2.3. Prise en charge et orientation des cas détectés	54
II.2.4. Critères inclusion / exclusion	55
II.2.5. Recueil du consentement	55
II.2.6. Sécurité et éthique	56
II.2.7. Lieux de recueil	57
II.2.8. Population étudiée	57
II.2.9. Equipe de recherche.....	58
II.2.10. Documents correspondants aux obligations réglementaires liées au projet	59
III. Étude qualitative.....	59
III.1 Intérêt d'une méthode mixte	59

III.2. Objectifs.....	60
III.3. Matériel et méthode.....	60
III.3.1. Type de méthode	60
III.3.2. Choix des personnes interrogées	61
III.3.3. Déroulement de l'étude	61
III.4. Analyse et interprétation	63
III.5. Aspect éthique de l'étude	64
Troisième Partie : Résultats	
	65
I. Résultats partie quantitative.....	65
I.1. Description de la population interviewée	65
I.1.1. Effectifs, lieux de recueils, investigateurs	65
I.1.2. Caractéristiques sociodémographiques	66
I.2. Les violences déclarées	69
I.2.1. Descriptif des violences déclarées	69
I.2.2. Analyse univariée des facteurs associés aux situations de violence	70
I.2.3. Analyse multivariée des facteurs associés aux situations de violence.....	78
II. Résultats partie qualitative	80
II.1. Modalités d'entretien	80
II.1.1. Lieu.....	80
II.1.2. Durée	80
II.1.3. Tiers.....	80
II.2. Profil socio démographique des femmes victimes de violence	81
II.3. Profil type de l'agresseur dans la relation conflictuelle.....	83
II.4. Description des violences par les victimes.....	83
II.4.1. Définition personnelle	83
II.4.2. Connaissance de situations similaires / Statut de la rivale si polygamie.....	84
II.4.3. Le silence.....	84
II.4.4. La femme mahoraise, entre constat fataliste et volonté de changement.....	85
II.5. La vie pendant les violences	86
II.5.1. Caractérisation de la violence subie	86

II.5.2. Durée des violences / âge de début.....	95
II.5.3. Evènements associés aux situations de violence	95
II.5.4. Place de l'entourage.....	96
II.5.5. Place de la religion	98
II.5.6. Enfants victimes – enfants témoins	99
II.6. La vie après les violences	101
II.6.1. Conséquences / Séquelles	101
II.6.2. Situation des démarches initiées au moment de l'entretien.....	103
II.6.3. Trigger	104
II.6.4. Connaissance des recours possibles	104
II.6.5. Répudiation / Séparation	106
II.7. Le devenir des femmes interviewées.....	107
II.7.1. Persistance des violences.....	107
II.7.2. Moral – Degré d'espoir.....	108
II.7.3. Projets	108
II.7.4. Nouvelle relation affective	109
II.8. Impression post entretien	109
Quatrième Partie : Discussion	110
I. Points forts de l'étude.....	110
I.1. Volet quantitatif.....	110
I.2. Volet qualitatif	111
II. Points faibles / Limites de l'étude	112
II.1. Volet quantitatif	112
II.2. Volet qualitatif.....	112
III. Eléments de compréhension des phénomènes deVFF à Mayotte.....	113
III.1. Fréquence des situations de violence.....	113
III.2. Prédicteurs de violence.....	116
III.2.1. Niveau individuel	116
III.2.2. Niveau relationnel	120
III.2.3. Niveau communautaire	122

III.2.4. Niveau culturel	126
III.3. Conséquences	130
III.4. Enfants victimes.....	131
IV. Rôle et place des professionnels de santé, en particulier du médecin (généraliste) dans le dépistage des violences	131
IV.1. La société mahoraise est-elle prête à avoir recours au système de soins pour dénoncer la violence ?	131
IV.2. Les professionnels sont-ils prêts à recevoir des femmes victimes de violence ?	133
IV.2.1 Les difficultés pour les médecins.....	133
IV.2.2 La nécessité de l'approche multidisciplinaire.....	134
IV.3. Vers un dépistage systématique de la VFF ? Illusions et retards.....	136
IV.3.1. Intérêts et limites.....	136
IV.3.2. Les modèles.....	137
IV.3.3. Les questionnaires existants.....	139
V. Les raisons de penser à une sous déclaration des résultats	140
V.1. Vulnérabilité sociale.....	140
V.1.1. Impact de l'autonomie des femmes.....	140
V.1.2. Impact de la traduction	140
V.2. Impact de la distance patient/soignant?	141
V.3. Les freins à la déclaration.....	142
V.3.1. Sujet tabou aux yeux de la société.....	142
V.3.2. Entourage familial, exploitation de la composante insulaire et uxorilocale.....	143
VI. Nouveau statut de la femme mahoraise ?	144
VI.1. Des éléments qui orientent vers une émancipation féminine.....	144
VI.2. Vers l'apparition d'un féminisme mahorais	147
VI.3. Les freins à l'autonomisation.....	147
VII. Effet recherche et propositions d'action	149
CONCLUSION.....	153
Table des illustrations	155
Annexes	156
Bibliographie	160

Liste des abréviations

ACFAV : Association pour la Condition Féminine et Aide aux Victimes
AFD : Agence Française pour le Développement
ARS : Agence Régionale de Santé
CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
CHM : Centre Hospitalier de Mayotte
CPP : Comité de Protection des Personnes
CSW : Commission on the Status of Women
DEVIFFE : Dépistage des Violences Faites aux Femmes
DOM : Département d'Outre-Mer
ENVEFF : Enquête Nationale des Violences Envers les Femmes
ERES : Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale
HCE : Haut Conseil à l'Egalité
IEDOM : Institut d'Emission des Départements d'Outre-Mer
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPV : Intimate Partner Violence
MIPROF : Mission Interministérielle de la Protection des Femmes
OMS : Organisation Mondiale de la santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PIED : Petits Etats Insulaires en Développement
PMI : Protection Maternelle et Infantile
REDECA : Réseau de Dépistage des Cancers
REPEMA : Réseau de Périnatalité de Mayotte
RUP : Région Ultra Périphérique de l'Europe
SHIME : Shimaoré Méthodique
TOM : Territoire d'Outre-Mer
UE : Union Européenne
UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA : United Nations Fund for Population Activities
VBG : Violence Basée sur le Genre
VFF : Violences Faites aux Femmes
VIF : Violences Intra Familiales

Avant-Propos

La considération des violences faites aux femmes prend de plus en plus de place dans la politique, dans le champ d'action de la santé publique, dans la sphère médiatique.

Et pourtant...

Et pourtant en France, en moyenne, chaque année, 223 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violence conjugale, 122 femmes meurent sous les coups de leur compagnon, 62 000 victimes de viol ou tentative de viol, la parité dans le milieu du travail n'est pas respectée, les violences sexistes se banalisent, et l'inégalité salariale entre les hommes et les femmes persiste.[1]–[3].

En 2000, l'enquête nationale ENVEFF, sur les violences conjugales envers les femmes en France[4] évaluait qu'une femme sur dix avait déjà été victime de violence, et que cette violence touchait toutes les classes sociales, tous les âges, tous les milieux.

Au point de vue mondial, les constats sont les mêmes. L'Organisation Mondiale de la Santé a ainsi évalué que les femmes victimes de violences conjugales perdaient entre 1 et 4 années de vie en bonne santé, et que leur prise en charge ambulatoire coûte deux fois et demi plus cher que celle des autres femmes[5].

La violence faite aux femmes doit donc être abordée comme un problème majeur de santé publique regroupant des problématiques économiques, psychologiques et juridiques. C'est plus globalement un problème qui affecte une société entière.

La prise en charge des victimes de violence est par essence multidisciplinaire, et celle de ces femmes implique au moins les dimensions sanitaire (soins des blessures physique et psychologiques, établissement des certificats de coups et blessures), sociale (hébergement d'urgence, -ré- insertion sociale et professionnelle, autonomisation), judiciaire (mesure d'éloignement, sanctions envers l'agresseur) et sociologique (compréhension du phénomène en fonction de la culture, assurer la diffusion et la compréhension des messages de sensibilisation).

Même si la formation de ces professionnels fait partie des objectifs principaux de la Mission Interministérielle de la Protection des Femmes (MIPROF), bon nombre d'entre eux se trouvent démunis face à ce phénomène, et bon nombre de femmes victimes se trouve découragées par la complexité d'un parcours de dénonciation morcelé.

Il paraît donc nécessaire d'appréhender la problématique de la violence faite aux femmes selon un point de vue global. C'est ce que tentera de démontrer cette première étude de quantification et qualification de ce phénomène à Mayotte.

Malgré l'existence de recommandations sur la prise en charge des femmes victimes de violence en France, l'étude de ce phénomène dans d'autres cultures, d'autres traditions et d'autres schémas familiaux doit être teintée d'une approche ethnologique afin de cerner au mieux les problématiques soulevées.

Si son analyse et sa prise en charge étaient transposées selon les mêmes critères et les mêmes stratégies qu'en France métropolitaine, ce serait un échec assuré. C'est donc encore ici en adoptant une approche multidisciplinaire, un travail en réseau et une considération globale de la problématique que nous parviendrons à sensibiliser les femmes sur l'application de leurs droits fondamentaux, et sur la lutte contre ces morts évitables que sont les victimes de violence.

La France s'est engagée à « placer l'égalité femmes -hommes de façon transversale au cœur de la politique française de développement »¹.

A Mayotte, 101^{ème} département français depuis 2011, de grands progrès concernant le statut de la femme ont été accomplis ces dernières années : droits politiques et civils, accès à la contraception et à l'avortement, droit à l'éducation et au travail... Ces progrès de la condition féminine apparaissent aujourd'hui comme un des facteurs de la croissance, du développement, et donc de la puissance de ce jeune département.

Mais ici aussi, la violence faite aux femmes est un phénomène connu, mais bien trop souvent tu. La pudeur, le tabou, la honte empêchent les femmes d'exposer leurs problèmes de la sphère intime en public, et la souffrance s'intériorise, se refoule et laisse des séquelles. Si on sait que les femmes subissent diverses violences, il est difficile de les chiffrer et de les décrire avec précision. Pourtant, ces données semblent indispensables pour améliorer l'orientation et la prise en charge de ces femmes, et à plus grande échelle, permettre une sensibilisation efficace et la mise en place de mesures de prévention.

C'est encore une fois une approche pluridisciplinaire, mêlant tous les acteurs des domaines sanitaire, sociaux et judiciaires, qui permettra la dénonciation de ces violences par la reconnaissance de la problématique, et la facilitation du parcours de sortie de ces femmes.

Pendant mes études, j'ai eu l'opportunité d'apprendre la médecine en France, en Espagne, au Québec, au Bénin, dans l'Océan Indien entre Mayotte et La Réunion, et aujourd'hui en Nouvelle Calédonie. J'ai parallèlement pu appréhender le contact humain à travers mon expérience dans le bénévolat, au contact de personnes en situation de précarité au sein du Samu social, en centre de détention, en soins palliatifs.

L'idée que la médecine ne peut s'exercer seule, et qu'il est nécessaire d'adopter une approche multidisciplinaire ne m'a jamais quitté et a influencé mon parcours de professionnel de santé. Etre interne de Bordeaux, de la subdivision Océan Indien, affecté en premier semestre à Mayotte est une chose passionnante, bien que déroutante.

On ne peut s'empêcher de penser être un acteur indirect d'une mondialisation en marche, symbole de la destruction progressive d'une identité culturelle, linguistique et traditionnelle.

C'est dans un second temps que l'on se soustrait de cette idée, en se rendant compte que l'on peut apporter un savoir médical, afin d'améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des habitants de l'île fraîchement française. C'est dans un dernier temps, enfin, que l'on prend conscience de la nécessité, pour que sa présence soit utile et acceptée, de se soumettre à une démarche d'imprégnation culturelle, avec l'aide des acteurs locaux, afin de concevoir les principaux enjeux de notre mission : la maladie, la précarité, la souffrance.

C'est ainsi qu'en deuxième semestre de médecine générale, et grâce à ma rencontre avec Mme le docteur Valérie Thomas qui deviendra ma directrice de thèse, j'ai eu l'ambition de débiter une étude ayant une approche ethnomédicale à dimension inter et multidisciplinaire.

« De toute façon, elles ne parleront pas ». C'est le discours souvent entendu dans les prémices de l'étude.

Et pourtant, elles ont parlé.

¹ Lors de l'adoption du 2e Document d'Orientation Stratégique Genre et Développement 2013-17 (DOS II) par le Comité interministériel de la Coopération internationale et du Développement (CICID) le 31/7/2013, puis de la Loi d'Orientation et de Programmation relative à la politique de Développement et de Solidarité Internationale du 7/7/2014.

Première Partie : Introduction

I. Mayotte : un contexte géographique, historique sanitaire et social

I.1 Histoire, géographie et religion de Mayotte : contexte pour tenter de mieux comprendre les conditions d'émergence d'une violence sociale.

L'Histoire de Mayotte au sein de son archipel natal est complexe et instable.

Il est nécessaire d'apporter quelques éléments géographiques, démographiques, économiques et politiques, afin de cerner cette population en perpétuelle adaptation.

Mayotte, comorienne puis française, colonie puis département, est le résultat d'années de revendications, dans un contexte d'insularité et d'interculturalité que nous allons développer.

A 8000 kms de la Métropole, cette petite île particulière dans tous les domaines s'est incluse dans le futur de la France, et de l'Europe.

Cette caractérisation du contexte spécifique à Mayotte, faite de lutte d'appartenance, de migration, de transitions sociétales, tentera d'introduire mon propos sur les violences à Mayotte, et en particulier celles faites aux femmes.

Nous nous appuyons principalement sur des données du CRESOI (Centre de Recherche sur les Sociétés de l'Océan Indien), des rapports de l'ONU (Organisation des Nations Unies), de la Cour des Comptes, et des données historiques avec le Dr Isabelle Denis et anthropologue avec le Dr Sophie Blanchy.

I.1.1. Situation géographique



Source : Cour des comptes

Figure 1 : Situation géographique de Mayotte

Mayotte fait partie de l'archipel des Comores qui est composée de trois autres îles :

- Grande Comore : Ngazidja, 1025 km², 350 000 habitants, l'île la plus vaste.
- Mohéli : Mwali, 211 km², 40000 habitants, l'île la plus luxuriante.
- Anjouan : Nzuani, 424 km², 300 000 habitants, l'île la plus pauvre et la plus densément peuplée.

Ces trois îles de l'archipel forment ensemble l'Union des Comores et font partie, selon la liste établie par l'UNESCO, des 47 Petits Etats Insulaire en Développement (PEID) à travers le monde² des Caraïbes (ex : Bahamas, Haïti), du Pacifique (ex : Fidji, Nouvelle Calédonie, Polynésie française) et d'Afrique, Océan Indien, Méditerranée et mer de Chine méridionale (ex : Cap Vert, Maurice, Singapour). Ces territoires s'incluent ainsi dans un programme international qui vise « à mobiliser l'intérêt et le soutien au développement durable dans les PEID, à souligner les efforts entrepris par les PEID à surmonter les défis uniques pour le développement auxquels ils font face, ainsi qu'à célébrer le riche patrimoine culturel dans les PEID et leurs contributions à la communauté mondiale »³.

Mayotte est une île française située au nord du canal du Mozambique, entre la côte Est du continent africain et Madagascar, à 8000 km de la France métropolitaine, à 1400 km de La Réunion et à 70 km d'Anjouan, île des Comores la plus proche.

Son nom est *Maore* ou *Mawore* en comorien, et sa déclinaison française vient du swahili *Maote* ou *Mayote*.

Elle se compose de deux îles principales (la Grande-Terre prenant la forme d'un hippocampe de 363 km² et la Petite-Terre, 11 km²) ainsi que d'une trentaine d'îlots inhabités. Cet ensemble s'intègre dans un vaste lagon corallien de 1100 km², répertorié comme l'un des plus grands et des plus riches de la planète.

L'« île hippocampe » est l'un des plus petits départements français avec Paris (105 km²) ou le Val-de-Marne (245 km²) loin derrière l'île de La Réunion (2 512 km²). Elle représente 0,4 % de la Guyane, territoire le plus étendu avec 86 504 km².

Mayotte est une île volcanique, la plus ancienne de l'archipel des Comores (8 millions d'années). Ses côtes sont très découpées avec des baies profondes, des caps rocheux, des presqu'îles et des mangroves. Sur terre, l'île est parcourue du Nord au Sud par une chaîne montagneuse culminant à 660 m, et présente une altitude moins élevée que les autres îles de l'archipel en raison de l'érosion et de l'enfoncement de son plateau à l'origine de la double barrière de corail.

Le relief de l'île est très accidenté (63,0 % de la surface de Grande-Terre se caractérisent par des pentes d'inclinaison supérieures à 15,0 % et/ou se situent à plus de 300 mètres d'altitude). La population se concentre dans les rares espaces plats, le plus souvent dans la mince bande littorale de l'île. La densité de la population (570 habitants par km²) est la plus importante de France derrière celles des départements d'Île-de-France.

Le climat est de type équatorial maritime, et la chaleur est présente toute l'année. Deux saisons bien distinctes se succèdent : l'hiver austral, de mai à octobre, dite saison sèche et l'été austral, de novembre à avril, dite saison des pluies.

² Liste disponible sur <http://www.unesco.org/new/fr/natural-sciences/priority-areas/sids/about-unesco-and-sids/sids-list/> accès le 07/03/2016

³ Discours d'ouverture de la « Célébration de l'Année internationale 2014 pour les petits États insulaires en développement (PEID) dans la région du Pacifique » portail de l'UNESC <http://www.sids2014.org/>

La langue parlée à Mayotte est officiellement le français, mais elle cohabite avec le shimaoré et le shibushi.

Selon le rapport 2012 de l'INSEE, dans l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, 63 % des femmes ne maîtrisent pas les compétences de base à l'écrit en français contre 53 % des hommes, en raison d'un accès à l'enseignement plus tardif.⁴

Plus des deux tiers de la population parlent le shimaoré, beaucoup parlent le shibushi. Selon le recensement INSEE de 2007, 37 % de la population ne parle pas le français et seule 6 % ne parle que le français.

I.1.2. Mayotte comorienne, aux origines d'un peuple circulant librement

Le peuplement originel de Mayotte, qui aurait eu lieu entre le Vème et le VIIIème siècle, serait d'origine bantoue [6] [7] [8].

Jusqu'au XIIIème siècle, Mayotte développe des relations commerciales avec les autres îles du Canal du Mozambique, Madagascar et l'Afrique. Puis, entre les XIIIème et XVème siècles, l'archipel des Comores subit plusieurs invasions arabes, à l'origine de la culture swahilie et de la religion musulmane à Mayotte[8] [9].

Au cours de cette période, Mayotte est répartie en plusieurs territoires agricoles, administrés par des chefs islamisés alors appelés les Fani, qui se partagent l'île sous forme d'un premier sultanat.

La présence européenne est attestée dès la première moitié du XVème siècle, avec le débarquement de navires portugais et français, à la recherche de nouvelles routes vers les Indes, le Golfe Persique et l'Extrême- Orient.

L'archipel des Comores devient à partir de cette date un point de ravitaillement majeur des navires européens.

A la fin du XVIIIème, l'archipel des Comores est secoué par des troubles violents, issus d'attaques extérieures principalement malgaches (razzias) qui contribuent à une forte baisse de la population de Mayotte : celle-ci s'élève, au début du XIXème siècle, à 3 000 habitants environ. Ces attaques sont facilitées par l'absence de pouvoir central fort dans ces îles.

Mayotte sert alors de plaque tournante dans le commerce de l'esclavage.

C'est pourquoi le sultan d'Anjouan sollicite, en 1816, la protection de la France et cédera Mayotte par la signature d'un traité de session le 25 avril 1841 selon ces propos[10] :

« Article 1 : Le Sultan Andriantsouli cède à la France, en toute propriété, l'île de Mayotte qu'il possède par droits de conquête et par convention, et sur laquelle il règne depuis treize ans.

Article 2 : En retour de cette présente cession, le gouvernement français fera au Sultan Andriantsouli une rente annuelle et viagère de mille piastres ; cette rente qui sera par trimestre ne sera réversible sur les enfants du Sultan Andriantsouli, mais deux de ses fils pourront être envoyés à Bourbon pour y être élevés aux frais du gouvernement français. »

L'île de Mayotte devint alors une colonie agricole française de par l'exploitation de la vanille, et se repeupla progressivement de travailleurs africains esclaves et de paysans de Grande Comore et d'Anjouan.

Les comoriens des quatre îles migrent beaucoup pour fuir l'oppression de certains planteurs, jusqu'à représenter une bonne partie de la population de Zanzibar en Tanzanie et Majunga à

⁴ Rapport disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=27&ref_id=20788 accès le 07/03/16

Madagascar, jusqu'à s'en faire chasser pour des raisons politiques (notamment la mauvaise vision de l'accointance française des comoriens) lors de l'indépendance tanzanienne en 1964 et le massacre de Majunga en 1970 (1500 morts et 16 000 rescapés évacués par bateau par la compagnie belge « Sabena » qui aura donné son nom à cette communauté de survivants).

L'abolition de l'esclavage à Mayotte aura lieu le 1^{er} juillet 1847.

La France étend par la suite son protectorat aux trois autres îles de l'archipel (Mohéli en 1886, la Grande Comore et Anjouan en 1892), les Comores étant placées sous l'autorité du gouverneur de Mayotte.

Ainsi, de plus en plus de comoriens vinrent s'installer à Mayotte pour fuir la pression foncière exercée par les domaines coloniaux.

Un décret du 9 avril 1908 rattache Mayotte au Gouvernement Général de Madagascar et enfin la loi du 9 mai 1946⁵ confère une autonomie administrative à l'archipel des Comores, qui est désormais séparé de Madagascar, par l'octroi du statut de Territoire d'Outre-mer (TOM), permettant aux Comores d'être représentées au parlement français. Dzaoudzi devient le chef-lieu.

La présence de l'élite politique et du personnel administratif sur son sol permettait à Mayotte, traitée de rurale par les aristocrates des autres îles, de maintenir ainsi sa position privilégiée.

I.1.3. Mayotte française

Volonté séparatiste des indépendantistes

En 1958, le Général De Gaulle propose aux populations d'outre-mer d'opter, par référendum, pour l'indépendance, le statut de territoire d'outre-mer ou celui de département d'outre-mer.

Le 14 mai de cette année, l'Assemblée territoriale des Comores vote, dans un mouvement indépendantiste, le transfert de capitale de Dzaoudzi (à Mayotte) vers Moroni (en Grande Comore), afin de préparer les Comores à leur indépendance d'avec la France. Les 26 élus d'Anjouan, de Mohéli et de la Grande-Comore votent pour. Les quatre représentants mahorais s'y opposent, revendiquant leur volonté de devenir DOM car « l'indépendance signifierait désastre économique et asservissement des Mahorais » [11]

Ce transfert est décrit à Mayotte comme un acte brutal d'humiliation et de domination de la part des Wangazidja (les habitants de la Grande-Comore) et ses conséquences socio-économiques ne sont pas étrangers à la revendication séparatiste.

Des suites de ce transfert de capitale, les transferts économiques et commerciaux à Mayotte ont baissé, et cette île, sans franche tradition de la culture et de la production par elle-même, va connaître une période de pénurie appelée « temps du *Silgom* (~chewing-gum~) », car la faim conduisait à cueillir des fruits à pain qui n'étaient pas encore arrivés à maturité et qui étaient collants comme du chewing-gum.

La rumeur populaire affirme, que ces pénuries ont été organisées par le principal importateur de l'époque, le riche Ahmed Abdallah (originaire de l'île d'Anjouan), futur président des Comores indépendantes, en guise de réponse à la revendication départementaliste des élus mahorais.

L'idée de la départementalisation de Mayotte a donc germé en même temps que l'idée de la séparation d'avec les Comores, et à la fin de l'année 1958, tandis que l'assemblée territoriale

⁵ Loi n°46-973 du 9 mai 1946 conférant l'autonomie administrative et financière à l'archipel des Comores, publiée au journal officiel de la République française du 10 mai 1946, p. 3973

des Comores rejetait la proposition de départementalisation, un Congrès des Notables Mahorais réunis à Tsoundzou, décide de demander le statut de DOM à Paris.

Un référendum sur l'indépendance des îles de l'Archipel des Comores est organisé le 22 décembre 1974 par les autorités françaises avec un décompte des suffrages île par île, aboutissant à une unanimité de la revendication d'indépendance pour Anjouan, Grande Comore et Mohéli (94,56%) et une volonté de départementalisation pour 63,82% des Mahorais.

En 1975, la bataille fait rage entre les indépendantiste pro-comoriens *les serelamain* (~serrez la main~) et les séparatistes pro-français *les sorodas* (~les combattants~), comme il sera expliqué plus loin.

En 1976, Mayotte est consultée par voie de scrutin de manière isolée par la France, qui, en bafouant les lois internationales, obtient à la grande majorité des voix, le statut provisoire de collectivité territoriale de la République (ni DOM ni TOM), marquant dans la loi que « *l'île de Mayotte fait partie de la République française et ne peut cesser d'y appartenir sans le consentement de sa population* »⁶ et les trois autres îles forment l'Union des Comores.

De TOM à DOM : création de frontières, isolement géographique

En 1995, le gouvernement met en place un « visa Balladur » pour stopper l'immigration comorienne vers la France. C'est la fin de la libre circulation. Les familles comoriennes se retrouvent séparées et soumises au régime des visas.

Dès lors, les immigrations clandestines se multiplient, pour raison sanitaires[12], sociale ou familiale (Selon l'INSEE, 39 % des « migrants en situation irrégulière » à Mayotte y sont nés).

L'étude réalisée en 2007 encadrée par l'Agence Française pour le Développement, montre que seulement 11% de la population migre pour des raisons sanitaires[13], chiffres réévalués à 7,1% dans une enquête de 2014, rendant ce chiffre comparable à celui de la France métropolitaine et de l'Europe[12].

Il est estimé à plus de 10 000 morts liés aux naufrages de kwassas⁷ dans le canal du Mozambique depuis l'instauration du visa[7]...

Aujourd'hui encore, la lutte contre l'immigration illégale est un des fers de lance de l'Etat.

Les frontières sont plus que jamais présentes entre ces peuplades sœurs, comme le souligne le rapport du sénat dans son introduction en 2012 « Une grande part des problématiques actuelles de Mayotte trouve son origine dans les autres îles de l'archipel des Comores. »

En 1997, Anjouan demandera son rattachement à la France, ce qui sera refusé.

En 2001, suite à un nouveau referendum, Mayotte prend le statut enfin officiel de collectivité départementale française avec transfert progressif du pouvoir exécutif vers le président du Conseil Général. C'est à partir de ce moment que la majorité des dispositions sont prises au dépend des secteurs politique, économique, social et sanitaire par un ensemble de modifications législatives, c'est l'identité législative de Mayotte.

En cette même année, l'unité administrative des trois autres îles est renforcée par une série d'accords, mais les gouvernances d'allure dictatoriale leur feront subir une période de répression et de difficultés économiques.

⁶ Loi n°79-1113 du 22 décembre 1979 relative à Mayotte

⁷ Les « kwassa-kwassas » sont des embarcations à moteur de fortune, utilisées par les passeurs pour le transport illégal de migrants, bien souvent surchargés et en mauvais état de marche.

Ainsi, la succession de coups d'état ou de tentatives de coup d'état, de changements de gouvernement et de réorganisations des Comores sur fond de détournements financiers entraînent une diminution des aides financières internationales, un ralentissement du développement et une instabilité politique[7] [14]

Les mercenaires, dont le plus célèbre Bob Denard, surnommé le « sultan blanc » par les comoriens, s'octroient la majorité des biens des sociétés d'économie mixte et partagent avec le président les opérations les plus profitables d'import- export.

Une nouvelle consultation du peuple mahorais en 2009 scelle son attachement à la France. La départementalisation est officiellement intervenue le 31 mars 2011.

Attrait de Mayotte pour la France

Traditionnellement à Mayotte, et jusqu'aux années 1970, les activités humaines se basaient sur l'autosubsistance : l'agriculture, l'élevage d'animaux destinés à la consommation familiale (zébus, moutons, chèvres, poules) et la pêche.

Mayotte n'aura cependant jamais eu dans sa tradition, la culture du sol à des fins commerciales.

Un proverbe comorien qualifie d'ailleurs l'ensemble des îles de l'archipel : Grande Comore l'orgueilleuse, Anjouan la travailleuse, Mohéli la dormeuse et Mayotte la fainéante.

Le protectorat français et la situation géographique de Mayotte, située sur les routes des navires de pêches et des navires commerciaux, lui assurait un import de vivres bien suffisant pour poursuivre l'activité agricole, la rendant de plus en plus dépendante des produits de métropole ou des autres îles.

Plus récemment, le développement des services publics, administratifs, du bâtiment et des travaux publics, des transports, du commerce, et des communications, on a vu se développer le travail salarial. Les productions locales sont peu présentes et les activités traditionnelles (pêche, agriculture) sont progressivement délaissées[15], ce qui, en parallèle à l'explosion démographique (cf. Figure 2), rend visible les difficultés économique et sociales démontrées.

En pratique, l'île est dépendante des financements directs de l'État (éducation, administrations, santé, services) ou par le biais indirect des marchés publics (BTP, construction routière, distribution d'eau, de carburants,...). A elle seule, la part du secteur institutionnel des administrations publiques s'élève à 42% du PIB de Mayotte[16]. Depuis peu, s'y ajoutent quelques investissements privés dans les domaines de la grande distribution ou des télécommunications.

Attrait de la France pour Mayotte

A la fin du XIXème siècle, Mayotte sert à la France de point d'attache de navigateurs, d'une plaque de commerce et de point de contrôle dans l'Océan Indien, après la perte de l'île de France (actuelle Ile Maurice). Pendant la seconde guerre mondiale, Mayotte servira de base militaire ponctuelle, pour y faire décoller les avions.

Pendant la guerre froide, Mayotte et les Comores serviront de base de stockage de nourriture et d'armes pour équiper l'Afrique du Sud qui combat l'Angola pendant la guerre de frontière sud-africaine.

Puis progressivement, Mayotte va recevoir la légion étrangère en permanence présente depuis 1967, ce qui aura un impact sur une certaine adaptation sociétale, notamment par la modification des coutumes et des mœurs, afin de satisfaire les militaires présents. C'est alors l'apparition des boulangeries, et l'importation des marques de la vie courante métropolitaine.

Aujourd'hui, Mayotte présente un intérêt militaire certain aux yeux de la France, base de repli et base d'écoute, contrôle de l'entrée Nord du canal du Mozambique.

Mayotte peut également susciter un intérêt touristique, encore peu exploité, et un intérêt maritime certain, s'incluant dans les trajectoires des routes internationales maritimes.

Ainsi, dans son dernier rapport sur Mayotte, le Sénat introduit son propos tel que : « Le 31 mars 2011, Mayotte est devenue le 101ème département français et le 5ème département d'outre-mer. Cette date représente la consécration de quarante années d'attente et d'espoir de la part de la population mahoraise et une forme de reconnaissance du profond attachement des Mahorais à la France. »[17]

A noter la condamnation internationale de la France pour cette prise de force, de la part de l'ONU, qui rappelle dans sa résolution 3385 en 1975 que les Comores sont composées de quatre îles, et dans sa résolution du 21 octobre 1976, que la France commet une violation du droit international et de la souveraineté de l'Etat comorien. L'ONU, jusqu'en 1997, considèrera les référendums de 1976 comme nuls et demandera par la suite à la France de se retirer de Mayotte.[18]

Depuis, la question de Mayotte n'apparaît plus dans les ordres du jour des assemblées de l'ONU, mais le statut de la France sur Mayotte n'aura jamais été légitimé par les instances internationales.

Cette situation fut rappelée bien récemment par la presse russe lors des vives critiques de la part de la France vis-à-vis de l'annexion de la Crimée par la Russie. Face aux critiques de son homologue français, M. Sergueï Lavrov, ministre des affaires étrangères de Russie, en déclarant que « *dans la législation de l'annexion de la Crimée à la Russie, on voit nettement l'exemple français d'il y a quarante ans* »⁸, répond au gouvernement français qui condamnait alors l'annexion de la Crimée et des pressions Russes sur l'Est de l'Ukraine, ajoutant à propos de la départementalisation de Mayotte : « *Contrairement à de nombreuses décisions de l'ONU, qui a condamné cette approche, Mayotte est désormais membre à part entière de la République française* »

L'exemple, bien qu'hasardeux devant la différence de statut des deux territoires (La Crimée est une région d'un Etat souverain, l'Ukraine, alors que les Comores étaient alors une colonie française) démontre cependant la conscience nationale et internationale d'un non-respect des règles établies par l'ONU.

Les débats actuels concernant la présidence des Comores sont toujours autant préoccupés par la position de Mayotte, et les polémiques ne cessent d'enfler autour de « la problématique Mayotte ».

Les discussions autour de la prochaine présidence des Comores qui s'est déroulée en février 2016, ont ramené encore une fois Mayotte au cœur des débats.

L'Union des Comores est dirigée via une présidence tournante, qui voit le président de la République changer tous les cinq ans, et devant être d'une île différente de ces prédécesseurs.

Azali Assoumani, 8^{ème} président de la République des Comores, est chef d'un parti de Grande Comore depuis son élection en mai 2016. Il a succédé à un président de Mohéli, qui avait succédé à un président d'Anjouan, lui-même successeur d'un président Grand Comorien.

Si le débat fait rage aujourd'hui, c'est qu'en 2016, cela aurait dû être au tour de Mayotte d'organiser ces élections présidentielles, et l'idée rappelle le mauvais souvenir de la séparation, teinté de trahison, de déception, voire de haine fratricide. Haranguées par les discours politiques, les pulsions d'esprits revanchards revoient le jour. On peut ainsi le voir dans la presse (ex : « L'archipel des Comores rêve de reconquérir Mayotte »⁹), qui nuancent

⁸ Interview de M. Sergueï Lavrov, le 14 juillet 2014, sur la chaîne Rossiya 1

⁹ <http://comores-infos.com/larchipel-des-comores-reve-de-reconquerir-lile-francaise-de-mayotte/> Accès le

les discours haineux, notamment celui de l'éminent Général Salimou, ancien élève de Saint Cyr, qui veut « doter les Comores de la bombe atomique » et « mettre des têtes nucléaires dans les Kwassas pour frapper les côtes mahoraises » dans son discours de campagne présidentielle rapporté par les médias locaux¹⁰.

I.1.4. Mayotte européenne

La RUPéisation : du French Dream vers l'European Dream

Parallèlement à la départementalisation, le conseil général de Mayotte a souhaité accéder au statut européen de région ultrapériphérique (RUP).

L'accession à ce statut, promulguée par le président de la République Française Sarkozy en 2011 a certainement été favorisée par la convention de 2004 au sein de l'Union Européenne qui visait à réduire le déficit d'accessibilité et renforcer l'insertion régionale.

En 2012, le conseil européen s'est prononcé en faveur de la « rupéisation » de Mayotte, malgré la réserve parlementaire émise par la Grande Bretagne. Le 1^{er} janvier 2014, Mayotte accède au statut de Région Ultra périphérique de l'Europe, lui permettant de bénéficier de mesures spécifiques de la part de l'Union européenne. On estime à 500 millions d'euros le montant des subventions européennes que pourrait recevoir Mayotte entre 2014 et 2020, ce qui lui permettrait de rattraper son retard économique et de programmer un certain nombre d'investissements nécessaires à sa croissance. Il était spécifié qu'en contrepartie, la « rupéisation » exige de la part de Mayotte d'importants efforts en matière de préservation de l'environnement et de développement de l'économie de marché, ce qui laisse présager un défaut de financement concernant l'égalité des sexes.

I.1.5. Un territoire en transition

Evolution économique et sociale

La départementalisation est certes synonyme d'accès à la protection sociale, mais également à la mise en place d'impôts (fonciers notamment), d'augmentation du coût de la vie, d'abandon progressif du statut civil de droit local et de la représentation morale et religieuse des Cadis¹¹. Cette transition ne s'est pas faite sans heurt, et au lendemain de la départementalisation, des événements sociaux de septembre et octobre 2011 contre la vie chère, ont rappelé l'importance d'une progressivité nécessaire dans la transition.

Disparition de la loi cadiale (religieuse)

Institués depuis le XIV^e siècle, les Cadis sont longtemps apparus comme une force de régulation de la société. L'évolution institutionnelle de Mayotte a mis fin à leurs missions traditionnelles. De même, les règles de nomination des Cadis étaient contraires au principe de l'indépendance du juge.

Les Cadis avaient trois types d'activités :

- une activité judiciaire
- une activité notariale, qui comprenait l'établissement des actes de procuration, les donations, les partages, l'établissement des actes de vente, des certificats d'hérédité, la liquidation des successions
- une activité sociale et administrative (médiation, autorité morale et religieuse)

12/02/2016

¹⁰ <http://www.comores-infos.net/general-salimou-mettre-des-bombes-atomi-ques-dans-des-kwassa-pour-liberer-mayotte/> accès le 12/02/2016

¹¹ Les Cadis à Mayotte, sont des « juges » musulmans.

La remise en question de cette justice cadiale aura été très contestée par les cadis eux-mêmes (qui ont vu leurs rôles sociaux diminuer), et la population mahoraise qui se retrouvait dans ces principes des règles coutumières.

Cependant, les Cadis restent encore à l'heure actuelle des personnages très importants de la société mahoraise, qui se réfère beaucoup à eux en ce qui concerne la sphère privée et les relations personnelles, peut-être par méconnaissance de la loi et de leur statut juridique.

Evolution linguistique

La transition sociétale de Mayotte passe aussi par l'évolution et la créolisation des langues présentes à Mayotte. Une étude linguistique menée par Foued Laroussi¹² en 2007 à Mayotte, répertoriée dans son ouvrage « Mayotte une île plurilingue en mutation » conclue que les jeunes d'aujourd'hui parlent moins shimaoré, en empruntant de plus en plus de mots à la langue française, exemple de la différence intergénérationnelle.

Elisa Canavatte¹² y donne un exemple lorsqu'elle interroge des mahorais désolés de la perte de leur identité culturelle linguistique : *"la vieille grand-mère elle comprend plus ses petits-enfants" "faut pas trop en vouloir aux jeunes, n'empêche c'est la faute de l'école hein" "moi je dirai par exemple moufoumo tsano ijao wa boneso nyumba ya wanahirimou ya Tsingoni oulawwa ousendra wanoufou [...]le jeune il dit euh mercredi prochain voua cinéma foyer des jeunes ya Tsingoni à partir ya dix-neuf heure trente. [9]*

Ainsi, comme le précise Sophie Blanchy en 1999 : « En imposant le seul mot d'ordre de l'appartenance française, Mayotte s'interdit tout mouvement d'expression identitaire et toute critique de la société coloniale et postcoloniale. Le malaise culturel qui en résulte est vécu diversement par les trois générations en présence qui représentent des mondes discontinus dans une société en changement rapide »[19]

Des constats et des prévisions socio-démographiques alarmistes

Dans son dernier rapport de janvier 2016 intitulé « La départementalisation de Mayotte, une réforme mal préparée, des actions prioritaires à conduire », la Cour des Comptes fait office d'une situation catastrophique de Mayotte.

Ils insistent notamment sur la forte croissance de la population de Mayotte, qu'elle qualifie de jeune et pauvre, liée à une croissance naturelle dynamique et à des flux migratoires mal maîtrisés.

Sans que les chiffres proposés ne tiennent compte des immigrés clandestins, le graphique ci-dessous montre la puissance de la croissance démographique :

Projections démographiques pour Mayotte à l'horizon 2100

	1950	2015	2030	2050	2100
Habitants	15 000	240 000	344 000	497 000	752 000

Source : Cour des comptes d'après Organisation des Nations unies

Figure 2 : Projection démographiques pour Mayotte

¹² Groupe de recherche sur le plurilinguisme à Mayotte (GRPM), Université de Rouen

Mayotte est, à plus d'un titre considérée comme une île aux superlatifs¹³ :

Elle possède le plus faible Produit Intérieur Brut des Régions européennes. (cf. figure ci-dessous)

Elle est souvent considérée comme la plus grande maternité de France avec plus de 9000 accouchements par an en 2015 (contre moins de 7000 en 2014) et le plus fort nombre d'enfant par femme : 4,1 en moyenne (2,01 en métropole).

Il s'agit du département français dont la population est la plus jeune (50% de la population a moins de 17,5ans, et les plus de 60 ans représentent 4% de la population.

La part des étrangers est la plus importante de France (40% de la population, contre 35,5% en Guyane), l'immigration venant principalement des Comores (Anjouan en particulier).

C'est le département français le plus densément peuplé.

71% de la population n'ont aucun diplôme qualifiant et un tiers des habitants de plus de 15 ans n'a jamais été scolarisé (contre moins de 2% en métropole)

58% des habitants en âge de travailler ne maîtrisent pas la langue française, et 63% des femmes ne maîtrisent pas le français compte tenu d'un accès à l'enseignement plus tardif contre 53% des hommes.

Un tiers des habitations sont en tôle.

Le taux de chômage est le plus élevé de France (19,6%) et seuls 3 mahorais sur 10 en âge de travailler ont un emploi.

La situation à Mayotte est marquée par de fortes disparités de revenus : les 10 % de personnes les plus aisées ont un niveau de revenus supérieur à 1 230 € par mois, quand les 10 % les plus modestes disposent de moins de 87 €. Ce rapport de 14,1 est sans commune mesure avec le rapport métropolitain (3,7).

Le taux de mortalité maternelle est six fois plus élevé qu'en métropole, est essentiellement lié à des complications de la grossesse et de l'accouchement.

La mortalité infantile est quatre fois plus élevée qu'en métropole.

Enfin, l'effort budgétaire global de l'Etat par habitant est le plus faible des régions de France (3 964€/habitant contre 5 331€/habitant à La Réunion).

PIB régionaux par habitant dans l'UE28 en 2013
(en SPA, UE28 = 100)

Les vingt plus élevés:			Les vingt plus faibles:		
1	Inner London (UK)*	325	1	Mayotte (FR)	27
2	Luxembourg (LU)*	258	2	Severozapaden (BG)	30
3	Bruxelles-Cap. / Brussels Hfdst. (BE)*	207	3	Severen tsentralen (BG)	31
4	Hamburg (DE)	195	4	Yuzhen tsentralen (BG)	32
5	Groningen (NL)	187	5	Nord-Est (RO)	34
6	Bratislavský kraj (SK)*	184	6	Severoiztochen (BG)	35
6	Stockholm (SE)*	179	7	Yugoiztochen (BG)	37
8	Île de France (FR)*	175	8	Észak-Magyarország (HU)	40
9	Praha (CZ)*	173	9	Sud-Vest Oltenia (RO)	41
10	Oberbayern (DE)**	172	9	Sud-Muntenia (RO)	41
11	North Eastern Scotland (UK)	166	11	Észak-Alföld (HU)	42
12	Wien (AT)*	159	12	Dél-Dunántúl (HU)	45
12	Noord-Holland (NL)*	159	12	Dél-Alföld (HU)	45
12	Bremen (DE)	159	12	Sud-Est (RO)	45
15	Darmstadt (DE)**	158	15	Nord-Vest (RO)	47
16	Stuttgart (DE)**	156	16	Lubelskie (PL)	48
17	Utrecht (NL)	155	16	Podkarpackie (PL)	48
17	Hovedstaden (DK)*	155	16	Warmińsko-Mazurskie (PL)	48
19	Berkshire, Buckinghamshire & Oxfordshire (UK)	152	19	Podlaskie (PL)	49
20	Salzburg (AT)	151	19	Świętokrzyskie (PL)	49

* Région-capitale

** Donnée 2012

Figure 3 : PIB par habitants dans l'UE28 en 2013, source Eurostat 2015

¹³ Chiffres rapport de la cour des comptes 2016, ARS Océan Indien 2015, rapport du sénat 2012, rapport IEDOM 2015

L'effort budgétaire est faible et se concentre principalement sur la lutte contre l'immigration et le développement structurel de Mayotte, ce qui laissera peu de place à la lutte contre l'inégalité entre les sexes dans les années à venir.

I.2. Les femmes à Mayotte : approche historique, sociale et anthropologique

I.2.1. Les figures féminines politiques: de la chatouilleuse à la femme leader

Figures emblématiques de Mayotte, les chatouilleuses sont entrées dans l'histoire mondiale des révolutionnaires et sont indissociables de la départementalisation de Mayotte.

Aujourd'hui encore, ce sont bien souvent des chatouilleuses dont on parle en premier lorsque l'on évoque la femme à Mayotte.

L'entrée de la femme dans l'histoire séparatiste de Mayotte est communément acceptée comme liée au transfert de capitale de Dzaoudzi à Moroni. Les fonctionnaires devant alors se déplacer et s'installer à Moroni, ils laissaient bien souvent leurs femmes à Mayotte et se remariaient à Moroni. Ce phénomène associé au manque d'argent et d'approvisionnement, laissaient les femmes seules avec leurs enfants.

Ces femmes, jusque-là tenues en marge de la politique, vont alors se réunir et se battre pour « Mayotte française ». C'est le début des chatouilleuses. Zena M'dere sera considérée comme une des précurseurs du mouvement. Comme le déclarait Younoussa Bamana « En 1966, [les femmes] se sont révoltées contre l'administration territoriale de l'époque, qu'elles ont accusée d'être la cause de leurs privations. Elles se sont dit : de deux maux, nous préférons la colonisation française plutôt que la domination des Comores »[11]

Ainsi, à partir de 1966 et pendant plusieurs années, les responsables comoriens voulant venir à Mayotte pour entamer les discussions relatives à l'indépendance des quatre îles de l'archipel, se sont systématiquement vu accueillir par ces chatouilleuses, qui encerclaient ces notables en leur administrant des chatouilles, jusqu'à ce qu'ils quittent l'île, humiliés.

D'autres actions commandos de ces chatouilleuses faisant partie des « sorodas » (*cf. supra*), visaient à libérer les séparatistes emprisonnés, empêcher les notables mahorais de se rendre à Moroni et annihiler toute revendication indépendantiste.

Une de leurs actions les plus célèbres aura été d'empêcher la « marche rose » organisée par des militants indépendantistes des 3 autres îles pour tenter de convaincre les mahorais de rallier leur cause.

Leurs slogans prônaient leur volonté de liberté, et peut être, leur volonté d'appartenance à la France pour voir leur statut se modifier...

Le 14 octobre 1969, une chatouilleuse meurt par coup de feu : Zakia Madi.

Le mouvement s'intensifie alors, prenant des allures de guerre civile à Mayotte, entre les indépendantistes et les séparatistes.

L'expulsion d'indépendantes (estimées à 1 100 jusqu'en 1976, vers les autres îles des Comores) et la pression induite, est souvent évoquée comme ayant joué un rôle important lors de la deuxième consultation des mahorais par la France lors du référendum.

I.2.2. Système de filiation

Uxorilocalité, matrilocalité

L'uxorilocalité est définie par le fait pour un couple de s'installer chez les parents de l'épouse. La matrilocalité s'applique quand les enfants habitent chez leur mère.

La matrilinearité est un système de filiation reposant sur l'ascendance maternelle et par lequel un enfant est affilié exclusivement au groupe des parents de sa mère.

Les autres systèmes de filiation descriptibles dans les Comores sont cognatique (les enfants appartiennent à la fois à la famille de la mère et à celle du père mais avec des droits et des obligations différents à l'égard de chacun des lignages) ou agnatique (l'individu appartient au groupe parental de son père)

En Grande Comore, les principes de filiation sont matrilineaires, ils sont cognatiques à Mayotte, et agnatique à Anjouan.

Forts de ces définitions, on peut conclure que Mayotte est une société matrilocale, uxorilocale, à principe de filiation cognatique[20].

Ces systèmes de filiation puisent leurs origines dans l'influence Bantous des Comores. Sa trace remonte à une délibération de la Chambre des députés des Comores de 1964 qui a érigé les traditions orales de Mayotte définissant le statut personnel de droit local et l'application des règles de transmission, par exemple en matière immobilière[7].

Selon plusieurs témoignages, une des hypothèses à la persistance à travers des années de cette organisation sociale à Mayotte est son fondement sur la piraterie et son statut « d'île de passage transitoire » pour les marins. Ainsi, les hommes repartaient voguer laissant leurs femmes et leurs enfants sur l'île, jusqu'à ce que les hommes grandissent et se retrouvent capable d'apprendre à naviguer.

Les travaux de Sophie Blanchy¹⁴ montrent une évolution au cours des années de ce schéma familial, passant notamment par le Grand mariage, qui permettait aux femmes mariées de succéder à leur mère à la tête de leur maison.

La célébration du mariage est marquée par « l'entrée du mari dans la maison de sa future femme », et met en évidence la règle de résidence en vigueur dans tout l'archipel.

A Mayotte, la fête s'est formalisée et a pris un nouveau nom : il s'agit de l'ancien *hutria (hungia) pani*, « la mise (l'entrée) [du marié] dans la maison [de la mariée] », désormais nommée *manzaraka* d'après le début du poème islamique chanté pour l'occasion. Le thème de ce poème marque désormais l'institutionnalisation croissante, sous une forme relevant de la culture islamique, des fêtes du Grand mariage mahorais, le *arusi*. On peut y voir, influencée par le Grand mariage comorien, l'expression d'une identité culturelle locale, comorienne et musulmane, face aux mises aux normes métropolitaines de pans entiers de la vie sociale[20].

Les mariages dans leurs procédures subissent aussi la transition sociétale de Mayotte, les frais engagés augmentent considérablement, et parallèlement à l'apparition des nouveaux besoins, la mise en avant des "prix de la fiancée"[21] perçues est de plus en plus ostensible, et la parure même des mariées change pour ressembler à la robe blanche européenne.

Une des particularités de Mayotte réside également dans l'existence de groupe de femmes, réservées à ces dernières : *les shikao*, groupes d'entraide, de cohésion sociale, de parole qui vont dans le sens d'une « conscience de groupe sexuée »[22]. Ces entités sociales sont respectées de tous, et les femmes y entrent pour ne pas se couper du monde social. Leur

¹⁴ Sophie Blanchy, Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative - CNRS

existence est bien entendue mise à mal par l'individualisme grandissant imposé par le mode de vie occidental. Cependant, comme le précise S. Blanchy, qui souligne la force de la sanction sociale de l'exclusion : « Qu'elles soient ou non membres de ces groupements, les femmes mahoraises ne se préoccupent que d'entraide, c'est leur mode de sociabilité fondamental, une fois assuré le bien-être de la maisonnée. Les salariées elles-mêmes, malgré leur rythme de vie plus occidental, ne peuvent s'y soustraire sous peine de se marginaliser dans leur propre quartier. »

Il est à nuancer la notion de matrilinearité dans le principe de rôle social de la femme dans ces sociétés. Alice Shlegel, en 1972, à partir d'une étude statistique de 66 sociétés matrilineaires, précise : « J'emploie le terme autonomie féminine, non pas en référence à une équivalence des femmes et des hommes, mais au contrôle d'une femme sur sa propre personne et des activités et à sa contribution significative à la société au-delà de la reproduction et de l'alimentation. »[23]

Société malgré tout, résolument patriarcale

Mayotte est souvent présentée par les guides touristiques ou la presse comme une société matriarcale résolument tournée vers la femme (exemple du magazine « Elle » du 2 septembre 2011, le journaliste titre son article : « Mayotte, l'île aux amazones, une utopie féminine »¹⁵) Cette erreur de définition et le manque d'investigation véhiculent de fausses idées sur l'image de la femme à Mayotte. C'est une source de confusion qui masque la réalité de la femme mahoraise sous le contrôle social de l'homme.

Les sociologues, anthropologues, géopoliticiens comme tous ceux qui se penchent sur la condition féminine dans le milieu traditionnel (mahorais ou autre), nous éclairent de leur position, en constatant que les femmes ne possèdent pas sur les hommes le pouvoir majeur que ces derniers ont sur elles. Il s'agit bien là de la définition même du patriarcat.

Même si les femmes mahoraises sont considérées comme plus libres, moins traditionalistes et suivant de manière moins rigoureuse les préceptes de l'Islam que les femmes des autres îles de l'archipel¹⁶, la société mahoraise est très marquée par les traditions sexistes.

Or, l'idée que les hommes sont supérieurs aux femmes et qu'il est légitime qu'ils les dominent est commune à toutes les sociétés traditionnelles, selon le schéma universel de domination masculine[24].

En 1928, l'auteure féministe Virginia Woolf décrivait ainsi parfaitement la fonction des femmes dans les sociétés traditionnelles : « Pendant de longs siècles, les femmes ont servi de miroir possédant le pouvoir magique et délicieux de refléter la silhouette de l'homme agrandie au point qu'elle atteigne deux fois sa taille normale [...] ce complexe masculin très intéressant et obscur qui a eu beaucoup d'influence sur le mouvement des femmes, à savoir ce désir profondément enraciné, non pas tant qu'elle soit inférieure, mais bien plutôt qu'il soit supérieur »¹⁷

D'autres adjectifs semblent se superposer à la société mahoraise, comme l'existence de sexisme (approche discriminatoire de la réalité fondée sur la hiérarchisation des sexes et habituellement la dévalorisation du sexe féminin par rapport au masculin), et l'androcentrisme (approche du réel à partir du seul point de vue des sujets de sexe masculin et qui universalise ce point de vue).

¹⁵ Magazine Elle n°3427 du 2 septembre 2011

¹⁶ Discours de Mahmoud Ibrahim lors du « colloque international femmes et genre en contexte colonial », janvier 2012. Disponible sur <http://genrecol.hypotheses.org/209> accès le 11/02/2016

¹⁷ [25] p.100

I.2.3. Evolution du statut légal de la femme à Mayotte (droit commun, droit local)

Dans la société musulmane de Mayotte, la femme n'aura donc pas échappé à la discrimination fondée sur la domination des hommes sur les femmes. En raison de l'impossibilité pour Mayotte de devenir département au vu des discriminations faites aux femmes objectivées lors du rapport Bonnelle en 1997, puis d'une mission parlementaire¹⁸ et une mission sénatoriale¹⁹, des propositions de modification du statut de la femme à Mayotte auront émergées des acteurs locaux de la lutte contre l'inégalité des sexes, par la délégation aux droits des femmes et le groupe local de réflexion sur l'avenir institutionnel de Mayotte.

Il résulte de ces réunions un « Code du statut de la femme mahoraise » qui propose de renforcer:

- un droit d'accès aux responsabilités politiques dans la lignée des chatouilleuses Moida Saïd et Zaina Meresse
- un droit à la monogamie
- un droit à consentir librement au mariage
- un droit à une filiation pour ses enfants
- un droit à l'égalité successorale
- un droit à exercer une profession salariée
- un droit à l'éducation
- un droit à un procès équitable

A un niveau législatif, le statut local de la femme, comme celui de tout habitant de Mayotte a connu une évolution plus ou moins progressive mais considérable, lors de l'application de l'identité législative de la loi de 2001.

Deux types de statut se sont succédé à Mayotte :

- le statut personnel ou de droit civil local : droit coutumier inspiré du droit musulman et des coutumes africaines et malgaches,
- puis le statut de droit commun : droit conforme aux principes constitutionnels d'égalité entre les citoyens ou de laïcité de la République Française.

L'idée d'une modification du statut personnel a donc été motivée par l'idée d'une contradiction du droit local avec la Convention européenne des droit de l'Homme et des libertés fondamentales, comme les principes de polygamie, de répudiation, le fait que les femmes ne percevaient que la moitié de la part reçue par l'homme en matière de successions.

C'est pourquoi la loi de programme du 21 juillet 2003 pour l'Outre-Mer²⁰ conduit à une profonde mutation du statut civil de droit local afin de le faire évoluer vers un plus grand respect des principes de la République, sans remettre en cause l'existence même de ce statut.

Ainsi, elle :

- interdit la polygamie pour les personnes qui accèdent à l'âge requis pour se marier (18 ans pour les hommes et 15 ans pour les femmes) à compter du 1er janvier 2005
- prohibe la répudiation unilatérale : pour les personnes accédant à l'âge requis pour se marier au 1er janvier 2005, le mariage ne peut être dissous que par le divorce ou par la séparation judiciairement prononcée

¹⁸ Balarello – Rapport n°27 du 15 mars 2000

¹⁹ Tasca – Rapport inédit de l'administration générale de l'Assemblée nationale - 2000

²⁰ Loi de programme n°2003-660 du 21 juillet 2003 pour l'Outre-Mer

Deux compléments supplémentaires ont été apportés par la loi du 26 mai 2004²¹ :

- la procédure de droit commun en matière de divorce est rendue applicable aux cas de divorce entre personnes relevant du statut civil de droit local
- l'accès au juge de droit commun est autorisé pour la partie la plus diligente dans le cadre des conflits de toute nature entre personnes relevant du statut civil de droit local.

L'ordonnance du 3 juin 2010²² marque une nouvelle étape dans la modernisation du statut civil de droit local et dans son rapprochement avec le droit commun. Elle précise en effet que ce statut « régit l'état et la capacité des personnes, les régimes matrimoniaux, les successions et les libéralités » mais ne saurait « contrarier ou limiter les droits et libertés attachés à la qualité de citoyen français » et prévoit que le droit commun s'applique dans les rapports entre personnes.

Ainsi, cette ordonnance :

- met un terme à l'inégalité entre les hommes et les femmes en matière de mariage et de divorce et renforce l'égalité en matière de droit du travail (droit de travailler et de disposer de son salaire et de ses biens)
- proscrie la répudiation et les unions polygames pour l'avenir ;
- relève à 18 ans l'âge de mariage des femmes ;
- supprime l'intervention de la justice cadiale et lui substitue de plein droit la juridiction de droit commun pour connaître des conflits entre personnes relevant du statut personnel de droit local. Les cadis, désormais agents du conseil général de Mayotte, ont vocation à être recentrés sur des fonctions de médiation sociale. Par ailleurs, la loi ordinaire du 7 décembre 2010 parachève l'évolution du rôle des cadis en supprimant leurs fonctions de tuteurs légaux ou le rôle qu'ils pouvaient assumer sur le plan notarial.

Dans les faits, bon nombre de ces modifications ne sont pas connues ou pas appliquées par les mahorais et les mahoraises, qui ne sont plus soumis au statut personnel, sans en avoir conscience le plus souvent (par défaut d'information ou illettrisme), ce qui apparaît comme source de confusion.

Mayotte, de par son histoire évoquée, semble basculer dans une nouvelle ère de violence sociale, et voit apparaître une xénophobie fratricide de mieux en mieux articulée dans les médias (exemple de la couverture de Mayotte Hebdo n°406 du 29 novembre 2008 : « Relations franco-comoriennes, une coopération impossible).

Le contexte même de l'histoire de Mayotte est propice à une instabilité permanente, comme son implantation dans une France et une Europe qui émettent des reproches quant à sa gestion administrative et politique, son appartenance française dans l'archipel des Comores, sa départementalisation contraire aux lois internationales etc...

Par ailleurs dans ce contexte, la femme à Mayotte qui voit son statut changer selon des textes de loi incompréhensibles et non traduits en shimaoré, a tout pour se retrouver toujours sous le joug de lois traditionnelles, tant qu'elle ne sera pas informée de ses droits dans sa propre langue.

²¹ Loi n°2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce

²² Ordonnance n°2010-590 du 3 juin 2010 portant dispositions relatives au statut civil de droit local applicable à Mayotte et aux juridictions compétentes

I.3. L'offre de soin à Mayotte

L'offre de soin proposée à Mayotte est publique et hospitalo-centrée. Elle est organisée autour du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) à Mamoudzou qui gère également les 4 hôpitaux de références et les 29 dispensaires de l'île. Le CHM est un établissement public de santé doté d'une autonomie administrative et financière depuis 1997. En pratique, il n'existe donc qu'un seul point médico-technique sur l'île, qui regroupe l'ensemble des spécialistes et praticiens hospitaliers de l'île, renvoyant ainsi les actions de soins primaires, de prévention, de dépistage, et d'orientation vers les autres structures.

I.3.1. Les structures

Secteur hospitalier

Le Centre Hospitalier de Mamoudzou (CHM) est un établissement public de santé doté d'une autonomie administrative et financière depuis 1997. Il gère les 4 hôpitaux de référence et les 29 dispensaires. L'Agence régionale de santé de l'Océan indien exerce les missions de contrôle et de tutelle sur l'hôpital.

Mayotte est donc découpée en cinq secteurs de santé, organisés sur trois niveaux :

- Le site hospitalier de Mamoudzou : le CHM, hôpital central avec 370 lits d'hospitalisation. Il regroupe l'essentiel du plateau technique et assure les consultations spécialisées, les actes chirurgicaux et plus de la moitié des accouchements de l'île.
- Les hôpitaux de référence au nombre de quatre : l'antenne de Petite-Terre (Dzaoudzi), les hôpitaux du sud (M'Ramadoudou), du centre (Kahani) et du nord depuis 2010 (Dzoumogné). Ces sites intercommunaux de niveau intermédiaire, assurent une permanence médicale 24h/24 pour traiter les premières urgences sans plateau médico technique. Ils fournissent des consultations de médecine générale et disposent de lits d'obstétrique (sans pédiatre, anesthésiste, gynéco obstétriciens : première exception aux lois françaises) et de médecine pour Petite Terre.
- Le réseau de dispensaires répartis sur l'île qui assure les soins primaires.

Les PMI

Les 22 PMI sur Mayotte sont gérées par le Conseil Général, et exercent un service de médecine préventive et de suivi des grossesses pour les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 6 ans.

Leur répartition couvre la totalité de l'île et leur emplacement sont bien souvent très proches des dispensaires, assurant une certaine continuité de soins.

Le secteur privé

Le secteur privé se développe depuis l'instauration de la sécurité sociale. En 2015, seulement 18 médecins généralistes sont installés en libéral à Mayotte. La densité médicale est de 58 généralistes pour 100 000 habitants à Mayotte (contre 144 en métropole)²³.

La densité des sages-femmes installées est quant à elle, deux fois plus élevée qu'en métropole (297 sages-femmes pour 100 000 habitants contre 140 en métropole)

Les recours traditionnels

La médecine traditionnelle est encore bien présente à Mayotte, faisant bien souvent office de premier recours, afin d'expliquer l'apparition de maladies. Elle est issue d'un mélange entre

²³ Chiffres ARS Océan Indien 2015

l'Islam et des pratiques populaires magico-religieuses, la maladie peut être due à un mauvais sort, à la possession par un djinn (esprit)... C'est le fundi wa madjini (celui qui possède le savoir, maître des djinns) ou le mwalimu (savant guérisseur) qui sert de médiateur entre les esprits à l'origine de la maladie et le malade.[26]

I.3.2. Le recours aux soins

Jusqu'en 2004, l'ensemble de la population bénéficiait d'un accès aux soins gratuit dans les structures publiques de santé (dispensaires et hôpitaux). L'ordonnance du 12 juillet 2004 instaure la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) qui assurera dès lors, la gratuité des soins pour les affiliés, mais les non affiliés devront désormais payer dans les structures gérées par la CSSM (hôpitaux et dispensaires).

L'autre particularité de Mayotte est la non application de l'Aide Médicale d'Etat²⁴ (AME) ni de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Cette exception surprenante au vu du contexte social de l'île n'est pas susceptible de modification prochaine, comme le soulignait l'actuelle ministre la santé Mme Marisol Touraine en novembre 2013 : « *Il n'y a pas d'aide médicale d'État à Mayotte et il n'y a pas de projet d'extension de l'AME à Mayotte.* »

Il est nécessaire de préciser pour le reste de notre étude, que la non-affiliation à la sécurité sociale n'est pas synonyme de clandestinité. Beaucoup de Mahorais n'ont pas fait les démarches nécessaires pour être affiliés. En 2008 la directrice de la DASS (remplacé par l'ARS) estimait le nombre de non assurés sociaux mahorais entre 20 000 et 30 000, chiffres probablement sous-estimés de par la difficulté d'obtenir des chiffres représentatifs d'une grande partie de la population qui vit exclue du système social, dans la précarité, impossible à localiser (absence de cadastre), vivant dans des habitats indignes et un taux global de couverture sociale de la population, qui semble difficile à évaluer mais qui pourrait selon les dernières estimations, être inférieur à 40%.

Pour accéder au service de santé proposé par CSSM, les non affiliés doivent déposer une provision financière dont le montant est adapté à la catégorie des soins demandés, défini par arrêté du directeur de l'Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien.

Il existe cependant des exceptions à ce dépôt provisoire : les frais sont pris en charge par l'Etat si le défaut de soins peut entraîner une altération « grave et durable de l'état de santé » et dans le cadre de la lutte contre des maladies transmissibles graves, et les frais concernant les mineurs et l'enfant à naître si le montant des ressources des bénéficiaires est inférieure à un montant fixé.

Enfin, il paraît nécessaire de préciser que l'accès même aux soins est soumis à des difficultés spécifiques à Mayotte, comme l'absence de transport en commun, la précarité des conditions de logement de la population, surtout vis-à-vis des migrants particulièrement concernés par les habitations vétustes et indignes.

Les dernières données Insee 2012 montraient que deux logements sur trois étaient dépourvues de confort de base (présence d'eau, électricité ou WC à l'intérieur des logements) et qu'un tiers des logements était en tôle ne disposant pour la quasi-totalité d'aucune installation sanitaire.[27]

²⁴ L'AME permet l'accès aux soins en métropole d'un étranger en situation irrégulière si il justifie de son identité et de sa présence d'au moins trois mois sur le territoire.

Pour faire face à l'insuffisance des évaluations des besoins sanitaires de la population, a été mis en place en janvier 2016, une antenne à Mayotte de l'Observatoire Régional de Santé, ayant comme principales missions d'identifier et analyser les données existantes sur la santé de la population et mettre au point de nouvelles études. Une enquête de l'état de santé de la population à Mayotte est en cours de préparation (Santé Publique France) et est prévue d'être réalisée en 2017.

II. Violences faites aux femmes : définition, cadre légal, épidémiologie

II.1. Cadres, définitions, caractérisation et législations relatifs aux violences faites aux femmes

II.1.1. Définitions des violences faites aux femmes

On note au cours des années, une évolution des prises de conscience face à la problématique de la violence faite aux femmes au niveau des institutions internationales.

Le point de départ de cette prise de conscience correspond à la première fois qu'une organisation internationale a pris le parti de reconnaître le phénomène et d'élaborer des stratégies et recommandations pour bâtir une lutte. Il s'est établi en 1979, lorsque l'Assemblée générale des Nations Unies adopte une convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'encontre des femmes (CEDAW : Convention of the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women.)

Cette convention, représentant un cadrage international est l'aboutissement de 30 années de travail de la Commission de la condition de la femme, organisme fondé en 1946 par les Nations Unies pour examiner la situation des femmes et promouvoir leurs droits.

Elle servira par la suite de référence afin de structurer et donner des lignes de conduite aux politiques nationales de lutte contre les discriminations envers les femmes.

Les violences faites aux femmes sont alors définies comme « *tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou la vie privée.* » [28]

Dans les années 90, la prise en charge du problème se limite presque exclusivement à l'intervention des acteurs sociaux et judiciaires. Le rôle des médecins, est alors limité à la rédaction de certificats médicaux de coups et blessure, et aux soins d'urgence.

La prise de conscience du point de vue de la santé publique survient à la suite d'une étude nationale, qui montre que les femmes victimes de violence évaluent leur santé comme moyenne (16%) et médiocre (4%) [29], et une étude internationale coordonnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui conclue que ces femmes perdent entre une et quatre années de vie. [5]

Dans cette optique, L'OMS définit les violences conjugales dans son rapport de 2002 sur les violences comme « *tout comportement dans une relation intime qui entraîne un préjudice d'ordre physique, psychologique ou sexuel, incluant agressions physiques, violences psychologiques, rapports sexuels forcés, ou tout acte d'emprise sur la personne dans le but de l'isoler, de limiter ses mouvements ou son accès à l'information.* » [5]

D'un point de vue judiciaire, on assiste également à une accentuation progressive de la répression des acteurs de la violence faite aux femmes, en particulier dans la sphère conjugale. Avant la fin des années 1980, il existait une certaine tolérance des violences domestiques tant qu'elles se limitaient aux adultes. Le viol entre époux est reconnu depuis 1990. La loi du 22 juillet 1992 y ajoute le caractère aggravant de la violence entre époux, et la loi du 4 avril 2006 renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple, en reconnaissant le statut de PACS lui aussi comme facteur aggravant, et ramenant l'âge légal du mariage pour les femmes à 18 ans au lieu de 15 ans, et condamnant spécifiquement le mariage forcé, les mutilations sexuelles et le tourisme sexuel.

A Mayotte, la loi française et les textes de lois à ce sujet sont entièrement applicables depuis l'ordonnance du 3 juin 2010 précédemment décrite.

Le code pénal français définit alors les violences conjugales comme : « *Celles qui s'exercent à l'encontre d'un conjoint ou concubin, que le couple soit marié, lié par un PACS, en simple concubinage ou même séparé. Il peut s'agir de violences psychologiques (mots blessants, insultes, menaces, cris), physiques (coups, blessures) ou sexuelles (agression sexuelle, viol). La relation de couple ne justifie pas qu'une personne soit forcée à avoir des relations sexuelles avec son partenaire* ».

L'approche victimologique de la violence conjugale, peut se définir comme : « *Un processus au cours duquel un partenaire ou un ex-partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs. Elles entraînent aussi une atteinte à leur intégrité physique et psychique et sont à l'origine d'importantes conséquences psychotraumatiques. Elles peuvent mettre en péril la vie, la santé, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des victimes et de leurs enfants. Elles aggravent ou génèrent des situations de précarité, de pauvreté, voire de marginalisation.* »²⁵

On note ici l'importance de la prise en compte des séquelles que laissent les auteurs de ces violences à leurs victimes.

C'est sur ce point de vue que se concentrent les acteurs prenant en charge la psychotraumatologie des femmes victimes de violence.

Il paraît important de distinguer la violence conjugale du conflit dans le couple. Sophie Köhler, dans son étude sociologique menée avec le Collectif contre les Violences Familiales et l'Exclusion (CVFE), distingue quatre critères permettant cette distinction :

- le pouvoir sur l'autre (infériorisation, intimidation, rapport de soumission, selon des rôles non interchangeables)
- l'intention (intention du contrôle par les stratégies mises en avant, afin d'obtenir le pouvoir sur l'autre)
- la persistance (cyclicité de ces stratégies, installation progressive d'une dynamique du cycle de l'emprise)
- l'impact (séquelles liées à ces violences, peur, honte, perte de l'estime de soi...).[30]

Ce premier travail sur le sol mahorais s'intéresse tout particulièrement aux femmes victimes de violences. La question de l'abord des hommes victimes de violence nous aura de nombreuses fois été posé au cours de nos interventions (surtout par les hommes), mais notre réponse invariable s'articulait sur le constat des conséquences des violences sur les femmes prises en charge au CHM qui sont à l'origine de ce travail, et sur l'inégalité patente des sexes sur le territoire mahorais.

²⁵ Disponible sur www.memoiretraumatique.org. Accès le 15/03/2016

Ce sujet de débat a d'ailleurs été soulevé lors de la mise en place de l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) en France métropolitaine, notamment par le Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) lors de la mise en place de la première enquête nationale de dépistage des violences faites aux femmes. Leurs conclusions nous confortaient ainsi dans cette prise de position en soulignant qu'« il n'est pas anormal de donner la priorité à la mesure des violences subies par les femmes, la violence sexuée étant asymétrique, même lorsqu'on pouvait la regarder comme réciproque ».[31]

En France, et principalement depuis le rapport Henrion[32] en 2001, une dimension sanitaire incluant pleinement les professionnels de santé a permis un cadrage de la prise en charge médicale, et a ajouté une dimension sanitaire, à celles politiques, sociologiques, judiciaires et victimologique précédemment évoquées.

Ce rapport rédigé par un groupe d'expert devant recenser les données existantes, évaluer l'impact sur la santé des femmes et améliorer l'information, la formation et la prise en charge des femmes victimes de violence, a abouti à une série de recommandations visant les médecins en les incitant à se former sur l'approche et l'orientation des femmes victimes de violences, à les dépister, ainsi qu'à travailler en réseaux multidisciplinaires.

La prise en charge des victimes de violences conjugales dans un parcours de sortie de cette situation fait par nature appel à une pluridisciplinarité, devant la spécificité des problématiques engagées.

Cette prise en charge implique au moins les dimensions suivantes, qui nous permettrons d'axer nos recherches, en mettant en avant les différentes approches nécessaires à une prise en charge globale des femmes victimes :

- **Une dimension sociologique** : en partant du principe que la violence au sein du couple constitue un phénomène social complexe qui a plusieurs causes et plusieurs formes. Elle s'enracine dans les rapports sociaux de sexe et les auteurs de violences conjugales et leurs victimes ont intégré les schémas de pensée dominants sur les relations hommes-femmes et sont issus de tout milieu socio-économique, de tout groupe ethnique.[33]
- **Une dimension sanitaire** : permettant le soin des blessures, la réalisation de certificats médicaux de coups et blessures, et surtout la prise en charge psychologique par la reconnaissance des conséquences psychotraumatologiques des femmes victimes de violence, faisant ainsi appel aux techniques de thérapie cognitivo-comportementales propres aux unités de victimologie.
- **Une dimension sociale** : afin de fournir des mesures de protection à la femme victime de violence, par la proposition d'hébergements, de réinsertion sociale, et d'un retour vers l'autonomie et l'insertion professionnelle après l'épisode de violence
- **Une dimension judiciaire** : qui permet d'appliquer les volets pénal et civil de la loi propre au territoire, d'en expliquer le contenu et les mesures de protection nécessaires à la prise en charge et à la survie de la femme victime.

Ainsi, la violence faite aux femmes ne doit pas seulement être abordée sous un aspect social ou psychologique, mais doit être considérée comme un problème de santé publique, un problème économique, et plus globalement un problème qui affecte la société entière et non uniquement les victimes.

II.1.2. Catégorisation des violences d'un point de vue multidisciplinaire

Afin d'optimiser ces prises en charges précédemment décrites, il est nécessaires d'établir une catégorisation de ces violences en fonction des disciplines concernées, afin que les professionnels spécialisés reconnaissent leurs rôles et leur champs d'application vis-à-vis de ces actes.

On distingue quatre types de violences[34] :

- **Violence physique** : qui est une atteinte à l'intégrité du corps et qui est liée à la violence psychologique, car les coups apparaissent dans un climat de terreur. Ex : frapper, tirer les cheveux, cracher, séquestrer...

Les violences physiques, tout comme les violences sexuelles, sont le plus souvent objectivables socialement et judiciairement car elles permettent des constats, des certificats médicaux. Elles reposent sur des preuves et ne se réduisent pas à un seul témoignage, susceptible d'être contredit par l'auteur, l'entourage ou la société manipulés.

D'un point de vue médicolégal, les violences physiques sont appréhendées judiciairement en fonction de leurs conséquences sur la victime, établies par l'Incapacité temporaire de Travail (ITT) du certificat initial de coup et blessure du médecin recevant la femme victime.

L'article 222-13-6 du Code Pénal précise que ces actes commis « par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité » constituent un facteur aggravant.

Ainsi, les violences ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à huit jours, ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

L'article 222-12 porte cette peine à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende si l'ITT est supérieure à 8 jours. Et l'article 222-10 à 15 ans de réclusion criminelle.

- **Violence psychologique et verbale** : peuvent être définies par des attitudes et des propos qui visent à dénigrer et à nier la façon d'être d'une personne, son altérité, pour la déstabiliser et la blesser. C'est un mode de relation, les atteintes sont répétées afin d'instaurer une tension et établir ou maintenir une domination sur la partenaire.

La violence psychologique se voit à travers le contrôle imposé au partenaire ; l'isolement ; la jalousie pathologique ; le harcèlement ; le dénigrement ; les humiliations ; les actes d'intimidations ; l'indifférence aux demandes affectives ; les menaces. Ex : Se faire passer pour omniscient, faire passer la femme pour folle...

Les violences psychologiques sont plus difficiles à appréhender sur le plan de l'objectivation, dans le champ social. Elles se rapprochent d'un harcèlement psychologique ou moral.

Il est également question d'ITT par le biais d'un certificat médical devant un retentissement sur la qualité de vie permettant à ces violences d'être décodées judiciairement.

Elles nécessitent souvent néanmoins l'existence de témoins pour une prise en charge judiciaire. A défaut, l'appréciation d'une situation psychologique garde des éléments difficiles à appréhender par les juges, même si sa réalité est parfois particulièrement douloureuse voire destructrice.

Dans le code pénal, les violences psychologiques sont répréhensibles selon l'article 222-33-2-1, qui stipule que « Le fait de harceler son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune

incapacité de travail et de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende lorsqu'ils ont causé une incapacité totale de travail supérieure à huit jours. »

- **Violence sexuelle** : obliger une personne à une relation sexuelle non désirée, à des activités sexuelles dangereuses ou dégradantes, à des mises en scène déplaisantes. Ce type de violence est très souvent présent et passé sous silence. Ex : Viols, être obligée de réaliser les fantasmes du conjoint, être « prêtée » à un ami pour un rapport sexuel...

Les violences sexuelles sont définies par l'OMS comme : « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. »

D'un point de vue pénal, l'agression sexuelle, définie par l'article 222-22 du code pénal comme « une atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». Elle est considérée comme un délit pouvant entraîner une peine allant jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et à une amende de 75000 Euros.

La loi du 6 août 2012 définit le harcèlement sexuel : Art. 222-33.-I. — « Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui, soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ».

Est assimilé au harcèlement sexuel « le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers ».

Les faits de harcèlement sexuel sont punis de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 Euros d'amende, qui sont majorés à 3 ans et 45 000 Euros, s'il s'agit d'une personne qui « abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ».

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

- **Violence économique** : moyen de contrôle permanent. Ex : Refus d'accorder une carte bleue ou un chéquier, ne pas avoir accès à son compte...

La violence économique n'a pas de caractérisation législative. Les sanctions interviennent quand l'exploitation abusive d'une situation de dépendance économique peut être démontrée.

Toutes ces violences se superposent et peuvent aboutir au décès de la femme.

La particularité législative de Mayotte voit une spécificité quant aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers dans l'île par l'ordonnance n° 2000-373 du 26 avril 2000, modifiée par la loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants.

Ainsi, les femmes victimes de violence voient leur statut législatif changer selon les propos de l'article 16-2 : « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, l'autorité administrative accorde, dans les plus brefs délais, la délivrance ou le renouvellement du titre de séjour de l'étranger qui bénéficie d'une ordonnance de protection en vertu de l'article 515-9 du code civil en raison des violences commises par son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin. »²⁶

²⁶ Données disponible sur www.legifrance.gouv.fr accès le 15/03/2016

II.1.3. Les outils pour comprendre et agir

C'est initialement avec une approche psycho-sociologique que des outils ont été mis en place afin d'identifier les mécanismes d'emprise, propres aux femmes victimes de violences.

Depuis les années 80, avec Leonor Walker en 1979[35] et Ginette Larouche en 1987[36], il existe un modèle de cycle de violence, afin d'appréhender la dimension temporelle et amplificatrice de ce phénomène. Cette vision permet d'insister sur le caractère interminable dont on ne peut pas se sortir sans effort considérable. Ces stratégies sont mises en place par l'agresseur, qui instaure une soumission affective afin d'arriver à son but.

Il existe ainsi quatre phases à ce cycle :

PHASE 1 : Climat de tension

L'agresseur a des accès de colère, menace l'autre personne du regard, fait peser de lourds silences.

La victime se sent inquiète, tente d'améliorer le climat, fait attention à ses propres gestes et paroles

PHASE 2 : Crise

L'agresseur violence l'autre personne sur les plans verbal, psychologique, physique, sexuel ou économique.

La victime se sent humiliée, triste, a le sentiment que la situation est injuste.

PHASE 3 : Justification

L'agresseur trouve des excuses pour justifier son comportement.

La victime tente de comprendre ses explications, l'aide à changer, doute de ses propres perceptions, se sent responsable de la situation.

PHASE 4 : Lune de miel

L'agresseur demande pardon, parle de thérapie ou de suicide.

La victime lui donne une chance, lui apporte son aide, constate ses efforts, change ses propres habitudes

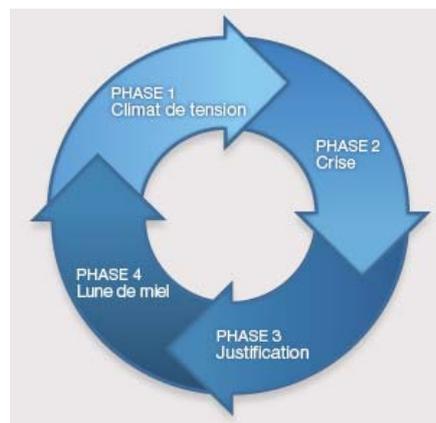


Figure 4 : Le cycle de la violence, source : violenceconjugale.gouv.qc.ca

L'image d'une spirale infernale, entraînant inexorablement la femme vers la soumission et la résignation par le biais de la culpabilisation et de la dépendance affective résume bien l'idée de ce cycle et les propos de Françoise Héritier[37] disant qu'« il faut les dénigrer suffisamment pour qu'elles finissent par voir dans leur assujettissement une situation naturelle. », renvoyant à l'idée d'une patriarcalité de tout système traditionnel fondé sur « l'intériorisation par les femmes de leur infériorité ».

Ce modèle cyclique offre également l'avantage de démontrer spécifiquement le fait que les femmes confrontées à ces phénomènes de violence, n'ont pas forcément conscience d'être victimes.

Et c'est là tout l'enjeu de l'élaboration d'outils méthodologiques et thérapeutiques spécifiques. Par exemple par le Docteur Emmanuelle Piet²⁷, dont la démarche a inspiré ce travail et la méthodologie de notre enquête, par la mise en pratique d'un outil, que nous détaillerons plus tard, ayant comme objectif de parvenir à une prévention et un dépistage des situations de violences vécues par les femmes, en permettant un lien entre l'individuel et le collectif.

Le Dr Piet propose d'intégrer dans la pratique médicale courante un dépistage de la violence conjugale systématique. En termes d'outil, elle a également construit un support à propos des stratégies de l'agresseur sexiste qui explicite les différentes étapes de l'agression, afin de favoriser une prise de conscience chez une femme victime de violence qui éprouve des difficultés à se considérer comme telle, comme sous l'emprise de ce cycle qui semble infini.

Un des points forts de « la stratégie de l'agresseur » est de permettre aux femmes de réinscrire leur expérience dans un collectif, parce qu'il révèle la structure sociale de l'agression, facilitant l'entrée dans une approche thérapeutique de ces femmes.

Il est basé sur le repérage par la victime des éléments faisant partie de la « stratégie de l'agresseur », selon 5 points clairement identifiés :

- 1- Isoler la victime géographiquement, socialement, affectivement, familialement, professionnellement...
- 2- La dévaloriser, la traiter comme un objet avec la double conséquence qu'elle ne répliquera pas et qu'elle perdra l'estime d'elle-même
- 3- Inverser la culpabilité, et entretenir une confusion par des attitudes contrastées avec alternance de période d'accalmie et de crises violentes, élément typique du cycle de la violence.
- 4- Instaurer un climat de peur et d'insécurité, en se considérant comme surpuissant, et usant de représailles.
- 5- Agir en mettant en place des moyens d'assurer son impunité, par manipulation de l'entourage

L'enjeu n'est pas tant de se déclarer victime de violence ou non, mais plutôt de soumettre une remise en question de la situation d'emprise existante, situation intolérable et condamnable.

Sans vouloir faire ressurgir un souvenir traumatisant, il s'agit plutôt de provoquer la prise de conscience du caractère inacceptable de la situation et de ses répercussions.

Cet outil a guidé l'analyse de nos résultats, et montre son adaptabilité à un contexte social et culturel différent duquel il a été créé.

II.2. La lutte des violences contre les femmes - une politique récente en France et à l'étranger ?

Ce n'est que lors de ces dernières décennies, et à partir des consensus internationaux décrits ci-dessus, qu'est apparue l'idée de la mise en place de la lutte contre les violences faites aux femmes en France et dans le monde.

Auparavant, cette lutte était réservée aux milieux activistes locaux, avec pas ou peu de répercussion sur la sphère politique nationale.

²⁷ Médecin Responsable Planning familial Conseil Général De Seine-Saint-Denis, Présidente du Collectif Féministe Contre Le Viol. (CFCV)

Les institutions nationales et internationales n'aboutiront que récemment à la condamnation des violences basées sur le genre.

Entre autre, on peut retenir que L'OMS n'aura condamné les mutilations génitales qu'en 1998, s'y étant jusque-là refusée au nom « du respect de chaque culture ».[24]

C'est donc à partir des données de l'histoire récente, que nous axons nos propos, afin d'en dégager les idées contemporaines de la lutte contre les violences faites aux femmes, et ainsi intégrer ce champ d'application dans le territoire mahorais, nouveau département français.

II.2.1. La lutte des violences contre les femmes dans le monde

De plus en plus d'organismes proposent des protocoles de prise en charge des violences basées sur le genre, comme l'ONU, l'UNFPA, l'OMS, la CSW...

Le 23 février 1994, l'assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Le 17 décembre 1999, l'ONU a proclamé la journée du 25 novembre la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes.

Le 8 mars célèbre la journée internationale du droit des Femmes. Elle est officialisée depuis 1977 par les Nations Unies. En France, cette journée sera officiellement reconnue en 1982.

En 1995, la Conférence de Beijing a lieu. Il s'agit d'une conférence mondiale pour la « Lutte pour l'Égalité, le Développement et la Paix » rassemblant 189 gouvernements, plus de 5 000 représentants et 2 100 Organisations non gouvernementales (ONG), pour débattre et apporter des solutions concernant la promotion et l'autonomisation des femmes en matière de droits humains, les femmes et la pauvreté, les femmes et leur pouvoir décisionnel, les violences faites aux femmes. Deux documents sont issus de cette conférence : la Déclaration et le Programme d'Action de Beijing, qui serviront d'impulsion à la lutte contre les violences faites aux femmes dans la politique française.

Le rapport OMS de 2005 intitulé « étude multi pays sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes », traitait des phénomènes de sous déclaration et l'existence de variables d'acceptation de la violence. Il s'agit alors de la première étude recensée prenant compte de l'impact des différences culturelles et des traditions en vigueur dans les différents pays étudiés.

En 2011, l'Organisation ONU Femmes a compilé l'ensemble de ses chiffres dans son rapport²⁸.

Il recense des chiffres de violence exercée par un partenaire intime allant de 4,8% en Géorgie à 48,7% au Bangladesh à propos des violences physiques, et de 1,5% toujours en Géorgie à 58,6% en Ethiopie pour les violences sexuelles au cours de la vie.

Ce sujet devient incontournable dans la sphère activiste des organisations non gouvernementales, après avoir pris une certaine conscience de l'universalité de ce fléau, et de l'impossible acceptation du rôle des traditions dans le traitement réservé aux femmes, dans ces pays où les crimes contre les femmes reste la première cause de mortalité.

Le sujet passe par une médiatisation renforcée, mais encore bien trop timide et réservée aux acteurs de la lutte contre les violences faites aux femmes à travers le monde.

²⁸ Disponible à l'adresse : http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vaw-prevalence-matrix_fr.pdf
accès le 11/02/2016

II.2.2. Quelques dates de la législation française

Au niveau législatif, on recense une apparition récente des condamnations pour violences à l'encontre des femmes, en particulier sexuelle, et plus récente encore à propos des violences conjugales.

La vie appartenant à la sphère intime, aussi violente soit elle, n'avait pas vocation à sortir vers la sphère publique. Cette approche sociale est compatible avec la vision traditionnelle française de la domination de l'homme sur la femme, considérée comme inférieure et non responsable (incapacité juridique des femmes levée en 1938, droit de vote accordé en 1944...)

1810 : Le viol apparaît pour la première fois en tant que crime dans le code pénal en France. (Article 331, 332)

1980 : le viol est passible de 15 ans de réclusion criminelle.

1985 : Première reconnaissance de l'égalité des époux dans les régimes matrimoniaux et des parents dans la gestion des enfants mineurs.

1989 : Première campagne de sensibilisation aux violences conjugales. Création des Commissions Départementales d'Action contre les violences faites aux femmes.

1992 : Apparition de la notion de viol conjugal, reconnu comme facteur aggravant par la loi n°92.883 du 22 juillet 1992 (article L.222-23 du Code pénal).

La lutte contre les violences faites aux femmes est ainsi devenue récemment un sujet politique à part entière, par une volonté de coordination d'action mis en œuvre par les institutions et les administrations publiques.

1999 : Créations des commissions départementales de lutte contre les violences faites aux femmes, réunissant les acteurs pluridisciplinaires concernés par la problématique, et pensant pour la première fois à la nécessité d'une coordination des actions locales de sensibilisation et de formation. Suivra la création d'une Commission nationale contre les violences envers les femmes.

2000 : ENVEFF : première enquête nationale à l'initiative du Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes, impulsé par la Conférence Internationale de Beijing en 1995, qui permettra à une prise de conscience majeure de l'importance des violences faites aux femmes (1 femme en couple sur 10), et en particulier dans la sphère privée. Nous détaillerons les résultats de cette enquête ci-dessous.

2000 : Parution d'un premier plan global de lutte contre les violences faites aux femmes, en prémices des plans triennaux, qui témoigne de la volonté de cohérence et de coordination des acteurs de la lutte.

2001 : Rapport Henrion,

2010 : La lutte contre les violences faites aux femmes devient Grande Cause Nationale, et permet un renforcement de la sensibilisation du grand public qui s'est traduite notamment par une importante politique de communication

D'un point de vue sanitaire, le point de départ de ce changement de mentalité concorde avec le Rapport Henrion en 2001 évoqué précédemment, rapport d'experts sur les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et du rôle du médecin, commandité par le Ministère de la Santé. Puis par la loi du 5 mars 2007 relative à la levée du secret médical, et la circulaire du 5 octobre 2001, relative à l'accueil en service d'urgence des victimes de violences et en détresse psychologique.

Les réformes judiciaires évoluent avec la loi du 12 décembre 2005 qui met en place des mesures d'éviction du conjoint violent, et la loi du 4 avril 2006 qui reconnaît comme facteur aggravant le fait de commettre des violences au sein du couple.

Au niveau social, les femmes victimes de violences sont considérées comme public prioritaire, selon la lettre circulaire du 7 juin 2001 relative au PARSA (Plan d'Action Renforcé des Personnes Sans Abris) et aux FSL (Fonds de Solidarité Logement).

II.3. Qualifier les violences faites aux femmes en problème de santé publique

Dans son rapport de 2004, le Haut Comité de Santé Publique estime que la violence est un problème de santé publique, puisque, si les déterminants des phénomènes violents sont le plus souvent sociétaux (rapports sociaux de sexe, isolement, précarité, migration, chômage...), les fruits de la violence apparaissent principalement dans la sphère sanitaire.[38]

Les missions de la santé publique sont alors intrinsèquement liées à la réduction de cette violence, dans un contexte de maladie ou de mort évitable.

C'est l'aspect multidisciplinaire de la prise en charge des situations de violence et l'analyse de ses déterminants qu'il est important de développer, pour ainsi en faciliter le repérage, améliorer la prise en charge et organiser la prévention.

C'est dans cette optique que nous avons voulu axer notre travail.

II.3.1. Un point de vue épidémiologique mondial

L'épidémiologie est l'étude des facteurs influant sur la santé et les maladies de populations. Il s'agit d'une discipline qui se rapporte à la répartition, à la fréquence et à la gravité des états pathologiques.

Selon l'OMS, les violences physiques ou sexuelles sont un problème de santé publique qui touche plus d'un tiers des femmes dans le monde. La violence du partenaire intime en est la forme la plus courante et elle touche 30% des femmes à l'échelle mondiale.[5]

Par ailleurs en termes de conséquences sur la santé, les femmes victimes de violence sont plus à risque de contracter des Infections Sexuellement Transmissibles, dont le VIH, d'être atteintes de dépression, de développer des problèmes de consommation d'alcool. Les violences sexuelles constituent également un risque de grossesse non désirée mais également d'avortements induits et de complications obstétricales (nourrissons de faible poids de naissance)[39]

Dans le monde, et toujours selon l'OMS, les femmes victimes perdent entre 1 et 4 années de vie en bonne santé.

Selon les données du conseil de l'Europe[40] : « Pour les femmes de 16 à 44 ans, la violence domestique serait la principale cause de décès et d'invalidité avant le cancer, les accidents de la route et même la guerre. Elle doit, en conséquence, être traitée comme un problème politique et public, et une violation des droits de l'Homme. »

II.3.2. Etat des lieux des connaissances en France métropolitaine

En France, avant les années 2000, seules les données relatives aux cas de violences émanaient des études statistiques des institutions que sont la police, la gendarmerie, et les appels reçus par les associations. C'est donc à la suite de la 4ème conférence mondiale sur les femmes de Beijing en 1995 que le thème des violences était parmi les axes prioritaires. Le rapport ainsi établi demandait à la contribution française la production de « statistiques précises concernant les violences faites aux femmes ».

Le sujet de la lutte contre les violences conjugales a ainsi été progressivement investi par les pouvoirs publics, jusqu'à devenir depuis les années 2000, l'objet d'une réelle politique publique.

En France, une femme meurt tous les trois jours sous les coups de leur partenaire, chiffre appuyé par une méta analyse de 2013[41]. En 2014, 134 femmes ont été tuées.

Il nous a semblé important dans ce travail de s'appuyer sur ces données afin de :

- donner un contexte statistique,
- contribuer à combler un défaut de données sur le sol mahorais, décrit par les acteurs locaux comme un frein à la demande de subvention et de reconnaissance à l'échelle régionale, nationale et européenne
- connaître l'évolution et l'actualité des textes de lois afin d'en informer les femmes et les hommes, dans une optique de rapprocher les mahorais de leurs droits.

Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)

C'est donc dans l'impulsion de cette conférence mondiale de Beijing, qu'a eu lieu la première étude nationale sur les violences faites aux femmes en France métropolitaine : l'étude ENVEFF réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs appartenant aux institutions publiques de recherches (CNRS, Ined, Inserm, universités) et impulsée par le Service des Droits des Femmes du Ministère de l'Emploi et de la Santé.

L'objectif principal était la production de statistiques fiables, portant sur l'ensemble de la population féminine et permettant de mesurer les divers types de violences interpersonnelles (verbales, psychologiques, physiques et sexuelles) subies par les femmes.

Les principaux résultats concernant les violences conjugales au cours des 12 derniers mois des femmes interrogées sont :

- Agressions verbales : 4%
- Agressions physiques : 2.3%
- Viols et autres actes sexuels imposés : 0.8%

Il en résulte un chiffre principal : près d'une femme sur 10 qui a vécu en couple pendant les douze derniers mois a été en situation de violence conjugale.

Des facteurs aggravants de l'existence de violence sont retrouvés :

- Une instabilité professionnelle et le retrait du monde du travail, surtout chez le conjoint.
- Le manque d'argent et la dépendance financière des femmes et non pas le niveau de revenu du couple.
- Le fait d'avoir eu des difficultés pendant l'enfance.
- Un jeune âge (20-24 ans).
- Le niveau d'étude ne joue pas.

L'enquête concluait également au sujet tabou des violences, la moitié des femmes ayant parlé des violences subies pour la première fois. Les violences sexuelles sont les plus cachées ou dénoncées tardivement.[4]

Plans Triennaux

Dans cette optique de politique de santé publique, les discussions d'experts des champs sociaux, sanitaire, sociologique, politique à propos des violences faites aux femmes a mené à la création de plans triennaux, afin d'en améliorer la lutte.

Le premier plan triennal a été réalisé entre 2005 et 2007 par le ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Ont été mis en œuvre plusieurs campagnes de sensibilisation et la mise en place en 2007 d'une plateforme téléphonique de lutte contre les violences conjugales : le 3919 (Violences Conjugales Info). Ce plan insistait également sur le rôle de dépistage et d'écoute du médecin dans ces situations. La loi du 4 avril 2006 a renforcé la répression des violences conjugales en élargissant cette notion aux Pacsés et ex-partenaires. Elle punit également d'un an d'emprisonnement le fait, dans un couple, de priver le conjoint de ses papiers d'identité.

Le deuxième plan triennal a été réalisé entre 2008 et 2010, intitulé « Douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes », orienté autour de 4 orientations : mesurer, prévenir, coordonner et protéger. Etaient de nouveau précisés la nécessité d'intensification de la formation des professionnels de santé sur le sujet, notamment par intégration de la problématique au sein du programme de l'Examen National Classant (ENC) des étudiants en médecine.

En 2010, les violences faites aux femmes sont désignées « Grande Cause Nationale ». A cette occasion, de nombreuses campagnes de sensibilisation sont menées, aboutissant à une augmentation significative des appels pour violences conjugales. La loi du 9 juillet 2010 a autorisé la délivrance en urgence d'une ordonnance de protection des victimes dans le cadre de violences conjugales, et a instauré le port du bracelet électronique pour le conjoint violent afin de favoriser les mesures d'éloignement déjà existantes. La notion de violence conjugale psychologique est pour la première fois reconnue, et devient un délit.

Le troisième plan triennal est réalisé entre 2011 et 2013. L'accent est de nouveau mis sur la formation des professionnels de santé, jugée insuffisante sur le sujet, ainsi que sur l'information aux victimes de l'existence de la plateforme téléphonique 3919 encore peu connue.

Le 3 janvier 2013 a été créée la MIPROF (Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) par décret présenté au conseil des ministres. Cette mission a pour but de « définir, en lien avec les ministères et les acteurs concernés, le cahier des charges du plan de sensibilisation et de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes ». A également été mis en ligne à la même période le site stop-violences-femmes.gouv.fr.

En novembre 2013 a été présenté par Najat Vallaud-Belkacem, alors ministre des Droits des femmes, un quatrième plan triennal interministériel (2014-2016), doté de 66 millions d'euros soit le double du précédent plan triennal, et faisant de cette problématique une « priorité de santé publique »

Le rapport de ce quatrième plan est en cours d'analyse au moment de la rédaction de ce travail. Les prévisions étaient :

- . L'expérimentation d'un « kit de constatation en urgence » en cas de viol dans différents services d'accueil des urgences.
- . Le doublement des intervenants sociaux en commissariats et gendarmerie d'ici 2017
- . La création de 1650 places d'hébergement d'urgence d'ici 2017
- . La mise à disposition gratuite et 7 jours sur 7 de la ligne 39.19
- . La création d'une formation spécifique des professionnels concernés, dont les médecins.

Par ailleurs, le projet de loi relatif à l'égalité entre les femmes et les hommes, adopté en première lecture au Sénat le 18 septembre 2013, a mis en avant plusieurs mesures sur la violence conjugale dont :

- . L'accélération de la procédure des ordonnances de protection
- . Faire de l'éviction du conjoint violent du domicile la règle et non l'exception
- . La généralisation du téléphone « grand danger » pour protéger les femmes victimes de violences conjugales
- . La mise en place de stages de responsabilisation des auteurs de violence pour prévenir la récurrence.

Enquête Violences et Rapports de Genre (VIRAGE)

Dans un but d'approfondissement des données, quinze ans après l'enquête pionnière, une équipe de recherche s'est constituée au sein de l'unité de recherche « Démographie, genre et sociétés » de l'Institut National d'Études Démographiques (INED) pour actualiser les résultats issus de l'ENVEFF, et répondre aux nouvelles questions qui se posent aujourd'hui.

Cette nouvelle étude se propose d'analyser les contextes et conséquences des violences subies par les femmes et par les hommes.

Cette enquête quantitative de grande envergure concernera 25 000 personnes (12 500 femmes et 12 500 hommes), âgées de 20 à 69 ans. L'opération de collecte s'est déroulée en 2015 en métropole et en 2016 dans les DOM.

Malheureusement, encore une fois l'inclusion de Mayotte dans cette enquête n'a pas eu lieu.

II.3.3. Etat des lieux des connaissances dans les DOM-TOM (hors Mayotte)

A la suite de l'enquête ENVEFF Métropole de 2000, des enquêtes similaires ont été menées dans la plupart des départements, territoires et pays d'Outre-mer.

Seule La Réunion a pu réaliser, en 2002, à l'aide de financements essentiellement locaux, l'enquête en vraie grandeur sur un échantillon représentatif.[42]

En Polynésie, le recueil des données a été impulsé en 2002 par des acteurs de terrain en liaison avec le Ministère de la santé du territoire.[43]

En Nouvelle-Calédonie, des anthropologues ont trouvé des financements dans le cadre de l'Inserm et réalisé, en 2003, l'enquête « Santé, conditions de vie et de sécurité des femmes calédoniennes ».[44]

La Martinique, en 2008, a bénéficié d'une enquête statistique « Genre et violence interpersonnelle en Martinique »[45] qui reprend les principes, la problématique et la méthodologie de l'enquête ENVEFF. Elle a porté sur tous les genres de violences subies dans les différents espaces de vie, et a interrogé des hommes et des femmes à l'aide du même questionnaire.

La Guadeloupe, quant à elle, ne bénéficie pas d'une enquête à grande échelle ni d'une analyse anthropologique caractérisant les violences faites aux femmes en son sein, mais dispose de chiffres INSEE concernant la justice.

II.3.4. Mayotte : état des connaissances loco régionale

Au niveau loco régional, la problématique de la violence faite aux femmes est relayée par le rapport d'ONU femmes qui compile les données mondiales sur 86 pays, définit également une prévalence du phénomène dans les pays africains du canal du Mozambique, dont le Mozambique, la Tanzanie, et l'Afrique du Sud.

A Madagascar, en 2007, a eu lieu l'Etude sur la Violence Conjugale envers les femmes à Antananarivo (ELVICA). Financée et réalisée par l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et le bureau Océan Indien de l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) ENDA, elle avait pour objectifs de mesurer l'intensité de la violence conjugale envers les femmes dans la capitale malgache et d'identifier quelques facteurs de risque de ce type de violence.

Après des recherches sur toutes les sources de données, qu'elles soient statistiques, sociologiques, politiques ou judiciaires, nous avons constaté l'absence de quantification et de qualification de ce phénomène à Mayotte.

Ce défaut de donnée concernant Mayotte, de la part d'organisme gouvernementaux et non-gouvernementaux, est relayé notamment par Anne Christelle RICHAUVET, dans sa thèse sur les violences conjugales à la Réunion en 2015 qui conclue que Mayotte, « quant à elle ne dispose même pas de données INSEE concernant la justice. »[46]

La seule étude recensée s'intéressant à la condition féminine portait sur les femmes et les jeunes filles en situation irrégulière, via l'enquête de l'Inserm de 2007[13]. Elle montrait que les étrangers représentaient 40 % de la population (dont un quart d'enfants nés à Mayotte), que 80 % étaient en situation irrégulière alors que l'ancienneté médiane d'installation des immigrés étrangers était de dix ans et qu'ils étaient majoritaires chez les femmes, dans la population entre 20 et 35 ans et dans les zones les plus urbanisées. Mais en pratique les femmes et les jeunes filles en situation irrégulière constituent une catégorie invisible à la différence des « mineurs isolés » renvoyant aux jeunes garçons en errance qui mobilisent en partie le tissu associatif local.

II.3.5. Un coût pour le système de santé ?

Le coût des violences conjugales a été évalué à plusieurs reprises.

En 2009, étaient rendus publiques les résultats d'une étude réalisée en 2006 par un organisme non gouvernemental dans le cadre du programme européen Daphné[47] qui concluait à un coût global des violences conjugales de 2,5 milliards d'euros pour la France.

En 2014, une réévaluation de ces chiffres dans le cadre du 4ème plan triennal²⁹, a majoré cette valeur à 3,6 milliards d'euro.

Cette estimation est composée de différents postes de dépenses :

Coûts directs santé médicaux : les urgences, les hospitalisations, les soins en médecine générale et psychiatrie, la consommation médicamenteuse : 290 millions d'euros (8% du total)

Coûts directs non médicaux : le recours à la justice (civile, pénale), l'administration pénitentiaire, les activités de police : 256 millions d'euros (7.1%) et le coût du recours aux aides sociales : 229 millions d'euros (6.3%)

Coûts des conséquences directes : l'hébergement d'urgence, le logement, les allocations diverses, le paiement des arrêts de travail : coût du préjudice humain : 1 032 millions d'euros (28.6%)

Coûts des conséquences indirectes : les pertes de production dues aux arrêts de travail, à l'absentéisme, aux décès, aux incarcérations : 1 379 millions d'euros (38.2%)

L'incidence sur les enfants : 422 millions d'euros (11.7%)

En Europe, ce coût est estimé à 16 milliard d'euros par an par la DREES.[48] [49]

Il est désormais clair que la lutte contre les violences faites aux femmes nécessite une approche multidisciplinaire, et possède un champ d'action inhérent à la sphère sanitaire.

²⁹ Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France, PSYTEL 2014.

Ce problème de santé publique touche ainsi les professionnels de santé.

A la suite de lectures caractérisant le phénomène, l'absence de donnée sur le sol mahorais, et la départementalisation récente qui fait de ce territoire africain un département français et européen, nous avons débuté l'enquête Deviffe 2014, selon une approche exploratoire et multidisciplinaire, afin de tenter une première estimation et caractérisation de la violence faite aux femmes à Mayotte. Car c'est du rôle du professionnel de santé, du médecin et peut être encore plus encore du médecin généraliste que d'envisager chaque problématique à laquelle il est confronté selon un point de vue multidisciplinaire, afin de coordonner au mieux la prise en charge d'un problème. Qu'il s'agisse de la prévention, du dépistage, du traitement ou de l'orientation d'une femme victime, le médecin généraliste se doit de connaître le fonctionnement des structures en amont ou en aval de sa prise en charge médicale.

Le sujet peut être abordé lors de travaux de sociologie, de psychologie, de justice, mais l'objet de ce travail est en effet de marquer à la fois la frontière entre ces disciplines, et souligner leur nécessaire complémentarité.

III. Cadre conceptuel

III.1. Constats

Le principal constat ayant permis à cette étude de voir le jour, fut l'impression clinique d'une augmentation de consultation de femmes recourant au système hospitalier pour des certificats de coups et blessure engageants leurs maris, ainsi que des consultations pour agressions sexuelles.

Une exposition de la sphère privée à des médecins d'origine culturelle différente pour la plupart et distants socialement du public soigné, avait tout pour être étonnante.

Après plusieurs recherches et rencontres avec les acteurs locaux de la lutte contre les violences faites aux femmes en vue d'objectiver cette « première impression », force était de constater une absence de donnée documentant la question des violences faites aux femmes à Mayotte.

La dénonciation de ces pratiques en milieu hospitalier est un phénomène qui semble récent à Mayotte, relayé par l'augmentation du nombre de dépôts de plaintes, multiplié par deux entre 2012 et 2013, et l'apparition dans l'espace public, notamment dans la presse, de débats relatifs aux questions des violences faites aux femmes.

Après entretiens avec les professionnels soignants, le constat fut que cette inhabitude dans leurs pratiques dénotait un certain inconfort de prise en charge et une faible connaissance dans l'orientation de ces femmes ou la recherche d'un éventuel critère de gravité.

Cette prise en charge se limitait bien souvent à la simple rédaction et délivrance de ce dit certificat pour « faire valoir ce que de droit ».

Dans un second temps, la rencontre avec les acteurs locaux de lutte contre la violence faite aux femmes notamment des champs associatifs et judiciaire, m'a appris qu'il était déploré un manque de collaboration avec les structures médicales. Le fait que Mayotte soit exclue des enquêtes nationales de quantification ou qualification du phénomène (l'absence de « chiffres ») représentait également une absence de reconnaissance à la problématique, et de sensibilisation à l'échelle départementale, et nationale.

L'absence de données, ainsi que la distance sociale, culturelle et linguistique des soignants, leur présence transitoire et enfin l'absence de formation et de sensibilisation à la problématique de la violence faite aux femmes dans cette population soignante, nécessitait

selon nous, une mise au point, alliant sensibilisation, quantification et qualification du phénomène.

C'est ainsi, au vu de ces constats, que nous avons mis en place une tentative d'approche exploratoire multidisciplinaire du sujet de la lutte contre les violences faites aux femmes, afin d'appréhender les différents apports de chaque discipline à cette problématique dans le contexte particulier mahorais, et voir comment faire dialoguer ces disciplines entre elles.

III.2. Objet du travail

L'objet initial de cette étude est de réaliser un premier état des lieux des violences faites aux femmes, en l'objectivant auprès des patientes qui se présentent en consultations non programmées dans les principales structures de soins publiques à Mayotte par un questionnaire posé de manière aussi exhaustive que possible.

Ensuite, il s'agit d'interviewer des femmes victimes de violences, afin d'apporter des éléments de compréhension du phénomène, et dégager des pistes quant aux marches à suivre pour encourager les femmes à parler, à dénoncer et à se sortir de ces situations d'emprise.

Nous avons donc décidé d'élaborer une méthodologie pour comprendre la façon dont les violences faites aux femmes étaient appréhendées et prises en charge à Mayotte et conduire une première enquête exploratoire pour essayer d'apprécier la fréquence du phénomène dans l'île. Ces propos sont détaillés dans le chapitre suivant.

III.3. Problématique

Nous avons vu que les violences conjugales étaient un souci majeur de santé publique en France.

D'autre part, parmi les recommandations à l'attention des professionnels de santé (Rapport Henrion, 2001) il est encouragé « d'évaluer dans des sites déterminés, des stratégies pilotes de dépistage systématique lors des consultations médicales et apprécier le bien-fondé de cette conduite ».

En s'inspirant des enquêtes de dépistages conduites dans différents lieux de soins non programmés en métropole, nous proposons un premier dépistage systématique de la violence faite aux femmes dans les lieux de soins non programmés dans l'île.

La problématique complémentaire de ce travail, est d'arriver à relier cette première estimation du chiffre de la violence faite aux femmes à Mayotte à un contexte social et culturel, afin de caractériser par des outils multi disciplinaires et interculturels ces violences et mettre en évidence un certain nombre de freins à la dénonciation.

III.4. Hypothèses de travail

Les femmes victimes de violences conjugales sont difficiles à dépister par les soignants, car elles n'expriment en général que très peu leurs souffrances. Par ailleurs, l'expérience de repérage et l'implication des professionnels soignants est faible.

Ce constat est vrai dans tous les pays du monde, mais il l'est peut être encore plus dans un contexte de différence sociale et culturelle entre les soignants et les soignés.

Il nous a paru nécessaire de travailler avec des outils interculturels, afin de démontrer la faisabilité et l'acceptabilité d'un tel dépistage, d'une part, pour les patientes interrogées, et d'autre part, pour les investigateurs soignants.

Enfin, il nous aura été donné de vérifier l'idée selon laquelle une complémentarité interdisciplinaire dans tous domaines est indispensable à l'appréhension de chaque phénomène de société.

Cette étude va tenter de prouver que l'approche du phénomène des violences faites aux femmes implique des domaines aussi variés que la médecine, la psychologie, l'ethnologie, l'anthropologie, la sociologie, la politique, l'économie...

Ainsi, nous avons pu soulever plusieurs hypothèses telles que :

- Il est possible de créer un outil de dépistage des violences dans un contexte interculturel, en s'inspirant de méthodes utilisées en France métropolitaine, tout en assurant une bonne acceptabilité et faisabilité.
- La prévalence et la caractérisation de la violence faite aux femmes à Mayotte se rapproche plus d'un contexte locorégional africain, que d'un contexte français.
- Il existe cependant une progression de la dénonciation, en parallèle avec une transition sociétale, une amélioration de l'autonomie de la femme en parallèle avec un changement du statut de la femme mahoraise, dans une société en transition.
- Si on pose la question directement du vécu de violence, via un dépistage systématisé en structure de soin, les femmes mahoraises se sentiront écoutées, dénonceront ces violences et les professionnels de santé se sentiront impliqués et sensibilisés à cette problématique.
- L'approche des différents acteurs de la lutte contre ces violences ne peut être que multidisciplinaire, afin d'assurer une prise en charge globale efficace.

III.5. Les difficultés

III.5.1. Enquêteur blanc de sexe masculin

Il a été nécessaire de prendre en compte le fait que je sois un investigateur de métropole, interne en médecine, donc futur médecin pour mes interlocuteurs/trices, depuis peu à Mayotte, éloignés en terme d'origine et trajectoire sociale de mon public et de sexe masculin, comme biais potentiels au recueil des données. Ce travail réflexif sur la posture de l'enquêteur a fait partie de mon apprentissage des méthodologies qualitatives de recueils.

La relation enquêteur/enquêté a été imprégnée de peur et d'appréhension comme dans la plupart des enquêtes par dépaysement (voir ci-après, chapitre Méthodes), lié à la sensation d'être un étranger qui cherche sa place, comme un intrus dans les milieux d'interconnaissance[50]. Cette impression a toutefois rapidement laissé la place à la complicité et à l'alliance entre ces femmes victimes et moi-même, devant le caractère libérateur/thérapeutique de leurs témoignages, et leur reconnaissance de parler avec un acteur de la lutte contre les violences faites aux femmes à Mayotte, susceptible d'améliorer leur condition.

Différents points de vue ont été trouvés quant à l'acceptation d'une enquête dans un contexte enquêteur-enquêté similaire, sans que ceux-ci ne dénoncent une difficulté particulière à la qualité du recueil.

Ainsi, Dolorès Pourette dans le volet qualitatif de l'étude ENVEFF Réunion, soulignait que « Le fait que je sois moi-même une femme, que je n'habite pas à La Réunion et que je ne sois pas réunionnaise a sans doute facilité les confidences et l'instauration de la confiance. Etrangère aux liens de sociabilité qui sont les leurs, je ne risquais pas de trahir le secret de leurs confidences auprès de leurs proches. En outre, les femmes qui se sont confiées savaient que je venais de la métropole, et que j'allais y repartir incessamment en emportant avec moi

leurs secrets. Il est fort probable que cette dimension ait joué un rôle sur la libération de la parole. »

D'un point de vue ethnologique, Nicole-Claude Mathieu évoque les interactions entre le sexe et l'origine (de classe et géographique) de l'ethnologue vis-à-vis des « ethnologisés ». Elle remarque que « Dans la relation “ethnologues-ethnologisés”, les ethnologues femmes, comme les hommes, se trouvent de par leur position d'Européens dans un rapport de dominance (ou parfois simplement d'étrangeté) qui prime sur leur sexe biologique » [51].

D'un point de vue plus général, le médecin m'zoungou³⁰ qui vient en territoire mahorais, importe ses croyances et ses représentations occidentales en terre africaine. Or, comme nous l'avons précisé précédemment, le schéma familial et social, sur lequel il s'appuie en Europe, ne peut être transposable à Mayotte. Etant lui-même un immigrant, dans un dispositif de soin particulier, le médecin m'zoungou, ne peut pas imposer un savoir sans se soucier des réalités locales.

La question de la prise en charge pour un niveau sanitaire et social ici, s'appuie nécessairement sur la complémentarité des médecines traditionnelles et occidentales, l'une permettant l'efficacité de l'autre.

III.5.2. Les réticences potentielles

Quelques réticences nous auront également été formulées lors des entretiens exploratoires, fondées principalement par les médecins travaillant dans les centres de soins, ainsi que les responsables administratifs mahorais, qui expriment une méfiance vis-à-vis des études de terrain à Mayotte, de peur de stigmatisation et de retombées négatives. Les arguments émis étaient centrés autour de la certitude que les femmes ne parleront pas, que notre enquête n'aura aucune valeur et un manque de représentativité par cette sous-déclaration. Les résultats de l'enquête vont montrer que ces craintes étaient infondées.

III.5.3. Différences culturelles

Avant de débiter les investigations, et afin de cerner au mieux les critères à développer, il était nécessaire d'avoir quelques informations sur la façon dont les violences étaient caractérisées à Mayotte

- Ainsi, lors de l'élaboration du questionnaire avec les acteurs locaux, c'est la question de la violence sexuelle qui aura nécessité le plus de précautions et de temps de réflexion.

La notion de force a été importante à inclure. L'absence de consentement n'est pas considérée comme violence par une grande proportion de femmes qui n'ont traditionnellement pas le choix que de répondre aux avances de leurs maris.

Cette notion de force renvoyant directement à notre définition de viol conjugal, aura sans doute permis de rendre possible la déclaration de certains cas.

- Il existe, sans aucun doute à Mayotte, des modes d'expressions de souffrance inscrits dans la culture que cette enquête peut aider à décrypter.

La majorité des soignants ayant exercé à Mayotte soutiendront le fait que la plainte n'est pas chose courante chez ces femmes qui masquent bien souvent leurs souffrances, et d'autant plus quand il s'agit de la sphère intime. L'acceptation d'une épreuve difficile est souvent rattachée à une volonté divine, la douleur qu'elle soit physique ou psychique, n'est généralement jamais visualisable.

³⁰ M'zoungou : blanc, métropolitain en shimaoré

III.6. Outils mis en jeu

III.6.1. Approche ethnomédicale

Pour répondre aux besoins de l'enquête je me suis familiarisé avec l'approche ethnomédicale³¹.

L'ethnomédecine est définie par l'anthropologue Serge Genest comme « l'ensemble des croyances et des pratiques relatives à la maladie dans chaque société »[52]

L'ethnomédecine est, toujours selon Genest, caractérisée selon trois niveaux interdépendants : le biologique, le psychologique et le social.

La maladie est définie par l'OMS comme un « dysfonctionnement d'origine psychologique, physique ou/et sociale, qui se manifeste sous différentes formes ».

Ces définitions confrontées, il est aisé de comprendre l'intérêt de l'approche ethnomédicale de la prise en charge des violences faites aux femmes à travers le monde.

La problématique de la violence faite aux femmes est souvent considérée comme un désordre psychologique, résultant de troubles psychiques et somatiques des plus graves qui soient.

Afin de mettre en place des moyens de lutte, il est nécessaire de procéder à une collaboration de deux méthodes, l'une occidentale, scientifique, et l'autre traditionnelle, de proximité, ne serait-ce que pour comprendre les modalités d'expression des conséquences post-traumatiques des violences afin de les identifier pour en faciliter la prise en charge.

L'ethnomédecine s'appuie donc sur le complémentarisme, c'est-à-dire sur l'utilisation non simultanée de deux grilles de lecture biomédicale et anthropologique. Ce mouvement s'oppose au comparatisme, qui conduit à construire des équivalences et des parallélismes entre culturel et individuel.

Il existe, selon le fondateur de l'ethnopsychiatrie Georges Devereux[53], trois types de thérapies : intraculturelle (thérapeute et patient appartiennent à la même culture), interculturelle (bien que thérapeute et patient n'appartiennent pas à la même culture, le thérapeute connaît bien la culture de l'ethnie du patient et l'utilise comme levier thérapeutique) ou métaculturelle (le thérapeute ne connaît pas la culture du patient mais connaît bien le concept de culture et l'utilise dans l'établissement d'un diagnostic et la conduite du traitement).

Il paraît donc essentiel de réfléchir à développer des techniques inter ou métaculturelles pour les soignants occidentaux venant exercer à Mayotte, afin d'optimiser la prise en charge des patients.

Ce constat est vrai pour toutes les pathologies, mais il l'est peut être encore plus quand il s'agit de repérer une situation problématique qui n'est pas considérée comme telle dans une société donnée, comme celle de la violence faite aux femmes en milieu traditionnellement patriarcal.

Et comme le souligne Devereux « [...] la majorité de nos erreurs de compréhension sont dues à l'illusion que nous connaissons déjà le cadre dans lequel le patient doit être compris, alors que nous ne le connaissons pas encore »[54].

³¹ Notamment en réalisant le Diplôme Universitaire d'Ethnomédecine proposé par l'Université de La Réunion, en deux ans (2014 /2015 et 2015/2016)

La question des femmes victimes de violence se pose dans toutes les parties du monde, sans exception de couleur, d'origine, de coutume ni de religion.

Elle est basée sur une problématique machiste de domination physique et morale de l'homme sur la femme, et liée à un héritage culturel universel bien lourd à porter.

Le champ d'action ethnomédical dans notre étude inclut la nécessité absolue de faire respecter les droits fondamentaux de chaque être humain, mais ne peut s'exprimer qu'avec des outils adaptés à chaque culture, afin de faire comprendre et accepter ces principes de défense et de lutte, sans jamais choquer, ni brutaliser, au risque de faire resurgir ou amplifier les situations de violence, et fermer ainsi la porte à tout espoir de collaboration.

Un exemple d'application pourrait être la prise en charge d'une pathologie spécifique à Mayotte : la crise de Djinn, possession du corps humain par les esprits du monde invisible.

La prise en charge de ce trouble psychiatrique, se manifestant généralement comme une crise de tétanie avec tremblements, manifestations hystéroides, est un des exemples types de la nécessité d'une double prise en charge en mettant en jeu des outils de l'ethnomédecine et ethnopsychiatrie. Les crises de Djinn peuvent alors être considérées comme un moyen d'expression d'émotion, d'anxiété.

Au vu de la description des conséquences psychiques des violences, de l'incompréhension dont font part les soignants quant à l'étiologie et la prise en charge de cette pathologie, il serait intéressant de se pencher sur le vécu socio affectif des femmes la contractant.

En effet, à cette limite de la classification psychiatrique occidentale s'en ajoute une autre : il existe une traduction culturelle du traumatisme, dont la diversité est un écueil de plus à la prise en charge adaptée des patients. Marie-Rose Moro et Thierry Baubet, psychiatres à l'hôpital Avicenne de Bobigny, ont illustré cette diversité par de nombreuses présentations propres à certaines cultures, appelés « culture-bound syndromes »[55]

III.6.2. Le questionnaire : issu de la pratique clinique

Le questionnaire utilisé a été inspiré de celui du Dr Emmanuelle Piet, et a donc été adapté pour répondre au mieux au contexte culturel qu'est celui de Mayotte.

Ce questionnaire a également été utilisé lors d'une enquête réalisée aux urgences de l'hôpital Robert Ballanger³² en lien avec l'Observatoire des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis. La Seine-Saint-Denis, de par la diversité d'origine des patients, a constitué un premier laboratoire d'expérimentation de ce questionnaire en démontrant son acceptabilité et sa faisabilité.

Ce questionnaire a servi à structurer le recueil de données de plusieurs travaux universitaires et de plusieurs thèses de médecine.³³

³² Enquête coordonnée par Dr Frédérique Broisin Doutaz, Praticien Hospitalier aux urgences De l'hôpital Robert Ballanger.

³³ Lazimi G. *Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est--il possible, efficace et intéressant ?* [Mémoire dans le cadre du diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies »]. Université Paris VI; 2007 ; Lazimi G. *Evaluation des violences faites aux femmes : étude auprès de cent consultantes en médecine générale* [Mémoire de DIU Formation complémentaire en gynécologie et Obstétrique pour le médecin généraliste]. 2004. ; Delespine M. *Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages-femmes* [mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme]. Faculté de médecine Paris Descartes; 2009 ; Jourdrier H, *Violences conjugales, Grossesse et médecine générale* enquête au sein de l'association SOS Femmes 93, Paris VI, 2012.

L'enjeu ici, était d'obtenir un questionnaire court, adapté au contexte mahorais, reproductible, et acceptable dans le cadre d'un dépistage systématisé compatible avec une forte charge de travail des professionnels de santé exerçant à Mayotte.

C'est suite aux entretiens exploratoires que nous avons pu aboutir à l'outil interculturel recherché.

Nous l'avons ainsi modifié après un long travail multidisciplinaire, pour y intégrer les variables sociales permettant d'appréhender le contexte local comme spécifiées dans l'introduction (polygamie, grossesse en cours, sécurité sociale, nationalité).

L'avantage d'un questionnaire court aura donc été d'améliorer la faisabilité et l'acceptabilité de cette étude auprès des investigateurs, et cet outil est conforme aux recommandations nationales[32] [56] et internationales[57] [58] à propos des outils de dépistage des violences faites aux femmes à travers le monde.

III.7. Revue de littérature

Une fois le constat et les hypothèses posées, et afin de mieux comprendre le phénomène des violences conjugales et de cibler des champs de recherche et de réflexion je me suis, dans un premier temps, constitué une documentation. J'ai lu des ouvrages (thèses en médecine, psychologie, sociologie, droit, romans, milieu artistique), des articles de journaux scientifiques et leurs revues de littératures, j'ai consulté les brochures d'associations et des institutions judiciaires, les outils de prévention et d'orientation, effectué des recherches par le biais d'internet, sur les thèmes de l'histoire de la violence, de la violence conjugale, de la place des femmes dans notre société, de la famille, de la culture et de l'éducation. J'ai ensuite procédé à une organisation de cette littérature dans un objectif de classification et de caractérisation multidisciplinaire des violences contre les femmes, et c'est enfin l'analyse de cette revue de littérature qui aura permis de dégager les questions-clés à aborder lors du questionnaire et des entretiens. Le plan de ce travail a été rédigé en fonction de l'orientation des résultats trouvés au fur et à mesure, c'est-à-dire : le contexte mahorais, l'historique de la lutte contre les violences faites aux femmes, la nécessité de l'intervention du secteur sanitaire comme maillon de cette lutte et la recherche de caractérisation des violences dans un contexte culturel donné.

Disciplines explorées : médecine, psychologie, sociologie, justice, anthropologie, social, infirmier, maïeutique.

Les recherches sur les bases de données scientifiques (moteurs de recherche utilisés : Pubmed, Medscape, Cismef, SUDOC) ainsi que les entretiens avec les différents acteurs de la lutte contre les violences faites aux femmes à Mayotte, auront permis de conclure à l'absence de données quantifiant et qualifiant le phénomène.

Mots clés recherchés :

Anglais : Spouse abuse, battered women, intimate partner violence, primary care, screening, health care, emergency, violence against women.

Français : Dépistage systématique, violence basée sur le genre, violence contre les femmes, outil interculturel.

2ème Partie : Matériel et Méthode

I. Phase exploratoire et état de la question

Afin d'appréhender au mieux le phénomène de violence faite aux femmes à Mayotte, il m'a fallu rencontrer une dizaine d'acteurs locaux des luttes contre ces violences dans divers milieux : juridique, artistique, intellectuel, politique, administratif, religieux, associatif, sanitaire et social.

Ces entretiens exploratoires nous auront appris les spécificités locales, concernant le statut de la femme bien particulier, ainsi que le phénomène d'acceptation des violences, et la douloureuse transition sociétale qu'est en train de vivre ce nouveau département français.

Nous avons appris que la question des violences faites aux femmes à Mayotte occupait déjà les esprits depuis de nombreuses années avant cette étude, et ce chez tous les acteurs.

En effet, des actions étaient déjà bien engagées, des associations solides étaient en place, la médiatisation et la sensibilisation du grand public en cours.

Plusieurs obstacles dans leur missions ont été soulignés, tels que l'inaccessibilité du numéro d'urgence d'orientation des victimes le 5555 chez un opérateur mobile par refus de collaboration, le manque de subvention, d'outils performants, de personnel, mais surtout, le manque de reconnaissance à l'échelle nationale.

Tous ces acteurs semblaient très favorables à cette étude pour apporter des chiffres et une approche scientifique et médicale de la problématique qui connaît une véritable expansion.

Ils nous auront ainsi tous proposé leur aide et un partenariat, dont l'ACFAV³⁴, qui nous a permis de réaliser l'enquête qualitative dans leurs locaux, et de leur adresser toutes les femmes répondant positivement au questionnaire du dépistage systématique.

Le moment de lancer cette étude leur semblait également propice, et toute action de sensibilisation de masse judicieuse, en partant du constat que « plus nous en parlons, plus les femmes parleront ».

II. Étude quantitative

II.1. Objectifs

L'objectif principal de notre enquête quantitative est de réaliser une première exploration de la fréquence des situations de violence faite aux femmes à Mayotte au sein de la population qui a recours aux soins non programmés à Mayotte et d'en décrire les principaux déterminants sociodémographiques.

Nous avons choisi de réaliser une enquête déclarative anonyme à l'aide d'un court questionnaire administré par les soignants au cours de la consultation auprès de patientes consultant dans l'ensemble des lieux de consultation non programmées de l'île.

Le premier des objectifs secondaires consiste à sensibiliser les professionnels de santé à la question de la violence faites aux femmes, afin d'en améliorer la détection et la qualité de l'orientation des victimes. En particulier, cette enquête est l'occasion de réfléchir aux moyens d'intégrer le dépistage de la violence à la pratique médicale en routine, dans l'île, afin de contribuer à banaliser le repérage de la violence par les professionnels de santé.

³⁴ ACFAV : Association pour la Condition Féminine et Aide aux Victimes, principale association d'aide aux victimes à Mayotte, ayant pour mission de « promouvoir la femme mahoraise en la revalorisant dans la société »

Enfin, à l'issue de cette enquête, en collaboration avec l'ensemble des structures existantes, médicales, sociales, judiciaires et associatives, il s'agit de contribuer à améliorer les filières de prise en charge, le suivi, et l'accompagnement des femmes victimes de violence en identifiant les obstacles actuels et les pistes d'amélioration, tout en insistant sur l'aspect multidisciplinaire, comme facteur essentiel de la lutte contre les violences faites aux femmes. Les partenaires institutionnels et associatifs de l'île ont été rencontrés et informés de la démarche d'enquête et inclus dans l'élaboration du questionnaire de dépistage. Ils ont été unanimes pour dénoncer l'absence de données disponibles dans l'île.

Les données apportées par ce volet quantitatif initial auront aussi servi de données de cadrage pour le volet qualitatif secondaire essentiel pour appréhender la réalité des situations de violences vécues

II.2. Matériel et méthode

II.2.1. Les investigateurs : convaincre et former

Il a été nécessaire d'identifier au sein des équipes médicales les médecins, infirmières et sages-femmes susceptibles d'accepter de participer à cette enquête qui impliquait pour eux de poser directement les questions relatives à l'exposition à des violences à leurs patientes, de façon le plus exhaustif possible au cours de leurs consultations.

Nous avons donc pour ce faire organisé des séances de formation en y conviant l'ensemble des équipes afin de présenter l'enquête, ses objectifs et la méthodologie. Un temps de formation a été accordé auprès de chaque investigateur afin de procéder à un premier temps de sensibilisation, et également de présenter les questionnaires pour que leur investigation soit la plus proche possible de celle recherchée.

Ainsi, pendant le mois qui a précédé le début des périodes de recueil, l'ensemble des centres d'investigation ont été sollicités, auprès des responsables cadres, pour que l'ensemble des investigateurs (médecins, sages-femmes) et des interprètes (aides-soignantes, infirmiers) aient reçu une formation sur l'intérêt de la lutte contre les violences faites aux femmes dans les structures de soins, l'intérêt d'un dépistage systématique, et ont été formés à l'investigation de notre questionnaire.

Ce temps de formation, se terminait par la présentation du questionnaire et du protocole de l'enquête qui constituait le « guide de l'enquêteur », résumant les objectifs, les méthodes d'orientation, et renseignait un contact téléphonique qui permettait de donner un recours à l'équipe d'investigateur en cas de difficultés.

Ces explications ont permis d'assurer l'homogénéité dans l'interprétation et la compréhension du questionnaire parmi tous les enquêteurs.

Plusieurs éléments de résistance ont été identifiés à la suite de ce temps de formation, de la part d'investigateurs ne se sentant pas concernés par ce dépistage par manque de temps ou d'intérêt.

Ces mécanismes de résistance seront évoqués par la suite, dans la partie discussion de cette étude.

II.2.2. Questionnaire

A la suite des entretiens exploratoires et des recherches bibliographiques, un questionnaire de dépistage court a été élaboré, il a également été nécessaire de constituer une équipe mahoraise afin de traduire et d'adapter ce questionnaire dans une langue shimaoré compréhensible par un large public, prenant en compte d'éventuelles adaptations culturelles, pour répondre au mieux aux exigences d'un dépistage se voulant le plus exhaustif possible.

Ainsi, le questionnaire a été traduit en Shimaoré, avec l'aide d'une association locale de reconnaissance littéraire de cette langue : Association SHIME (Le Shimaoré Méthodique) en explicitant bien les caractères sémantiques de chaque question.

Parmi les enjeux identifiés lors de la traduction un des exemples clé s'est illustré quand nous avons appris que le mot « violence » n'avait pas d'équivalent shimaoré, ce qui nous a poussés à faire un questionnaire spécifiquement adapté au contexte culturel de Mayotte qui nomme précisément les situations de violences abordées.

Cette adaptation nous aura permis de se rapprocher méthodologiquement des enquêtes ELVICA, ENVEFF Métropole, Polynésie, Nouvelle Calédonie et Martinique, qui ont préféré exclure le mot « violence » de leur questionnaire au profit de faits et d'actes précis.

Et comme le soulignent les auteures de l'étude ELVICA[59] menée à Madagascar :

« Considérant que le terme “violence” peut impliquer des interprétations variées et compromettre la qualité des réponses obtenues, nous avons adopté une méthode consistant à ne pas nommer la violence dans les questions posées, afin d'éviter au maximum le risque de sous-notification dans les résultats. »

Les termes choisis, impliquaient alors dans leurs traductions, une notion de souffrance psychologique et physique, ainsi que la force quand il s'agissait des rapports sexuels.

Le recueil de données de cette enquête transversale à visée descriptive a donc été effectué par un questionnaire court et anonyme (annexe 1).

Après une phrase obligatoire de présentation de l'étude, de garantie de l'anonymat et de recueil de consentement était ainsi abordé un premier volet du questionnaire contenant :

- Le lieu de recueil et le motif de consultation à des fins statistiques,
- Un recueil de données sociodémographiques contenant l'âge et le nombre d'enfant afin de confronter les résultats à la spécificité de la population générale mahoraise et en déduire une représentativité de l'échantillon étudié,
- La situation maritale, le statut de polygamie et l'existence d'une grossesse en cours qui ont permis une recherche de facteurs associés à l'existence de violence dans cette société majoritairement de confession musulmane,
- La situation professionnelle et l'adhésion au régime de sécurité sociale, afin d'apporter des éléments à la caractérisation des violences, dans un contexte particulièrement sensible à Mayotte du point de vue de l'immigration illégale, du taux d'inactivité important des femmes et de la difficulté de compréhension des démarches administratives dans un contexte d'abolition du droit local au profit du droit commun.

Le deuxième volet était consacré au recueil de la déclaration des violences, avec quatre questions fermées, caractérisant l'aspect succinct du questionnaire, et voulant limiter les résistances des investigateurs par rapport au manque de temps et au caractère intrusif des questions :

- Une première question d'aspect général, orientant les réponses ultérieures, donnant le ton de l'enquête et ciblant les violences faites par les hommes
Est-ce que tes relations avec les hommes se passent bien ? OUI/NON
- Une deuxième question ciblant les violences verbales et psychologiques
As-tu déjà entendu des mots blessants, insultants ? OUI/NON
- Une troisième question ciblant les violences physiques
T'a-t-on déjà tapé ? As-tu déjà reçu des coups ? OUI/NON
- Et une dernière question concernant les violences sexuelles
T'a-t-on déjà forcé à avoir un rapport sexuel ? Avec lequel tu n'étais pas d'accord ? OUI/NON

Le dernier volet du questionnaire comportait les commentaires éventuels des investigateurs, ainsi qu'une partie détachable contenant les numéros et contacts utiles, en cas de réponse positive ou non.

Aucune donnée identifiante n'a été recueillie, il s'agissait donc bien d'une enquête strictement anonyme.

Les critères d'inclusion et d'exclusion nécessaires à la réalisation des questionnaires étaient incontournables, et renseignés ci-après.

Les questionnaires papier ont été saisis a posteriori dans une base de données informatisée (strictement anonyme comme les questionnaires eux-mêmes) et les réponses traitées statistiquement avec le logiciel « R ».

Le questionnaire était administré en fin de consultation après une phrase d'introduction rappelant le contexte et l'objet de l'étude.

Les investigateurs ont interrogé la patiente et rempli eux même le questionnaire.

II.2.3. Prise en charge et orientation des cas détectés

Des consignes en cas de réponses positives à une des questions ont été diffusées auprès des investigateurs, conformément aux recommandations OMS :

- Identifier le risque de danger imminent et orienter vers les services de secours si nécessaire (numéros utiles rappelés en bas de page de chaque questionnaire)
- Informer et dire, afin d'amorcer un éventuel travail thérapeutique en favorisant une prise de conscience :
 - o Vous n'êtes pas responsable
 - o Il n'a pas le droit
 - o C'est un délit puni par la loi
 - o Je peux vous aider
 - o Vous n'êtes plus seule
 - o Vous pouvez porter plainte, quand vous le voudrez
- L'orienter vers les structures appropriées :
 - o Expliquer les processus et l'orientation vers les numéros et services utiles
 - o Procédure agression le cas échéant : a été transmis la procédure existant au sein du CHM qui était en cours de révision. La pré-enquête ayant permis d'identifier des erreurs et des axes d'amélioration (absence de mention de l'existence d'un kit viol et de ses modalités d'utilisation).

II.2.4. Critères inclusion / exclusion

Critères d'inclusion

Ce questionnaire a été administré en face-à-face, par le soignant assisté d'un traducteur (lorsque nécessaire, qui assiste déjà les consultations en routine) à toute femme à partir de l'âge de 16 ans consultant pour quelques motifs que ce soit dans un des lieux de soins non programmés de Mayotte en activité durant le mois de l'enquête, ayant donné son accord verbal pour participer à l'enquête.

Le Cut-off à 16 ans correspond à l'âge à partir duquel les patients basculent dans la catégorie « adulte » par convention au sein des structures de soins (15 ans et trois mois) et les mineures de plus de 15 ans constituent une partie de la patientèle qui consultent seules notamment en PMI, sous la catégorie « patient adulte ».

Un autre argument renforçant le choix de ce Cut-off résidait dans le fait que le code pénal reconnaît implicitement une majorité sexuelle à 15 ans³⁵.

Critères d'exclusion

- Moins de 16 ans
- Refus de participer
- Impossibilité de consulter dans un lieu garantissant la confidentialité (bureau de consultation individuel fermé)
- Patiente ne pouvant être interrogée seule, sans la présence de son partenaire ou son conjoint
- Traducteur(trice) indispensable à la passation du questionnaire et non disponible au moment du questionnaire
- Traducteur(trice) posant un problème de confidentialité (membre de la famille ou de la communauté de la patiente)
- Etat de santé incompatible avec la passation d'un questionnaire
- Parti sans soins/patiente non retrouvée

Ces critères d'exclusion ont été mis en place afin d'obtenir un maximum de questionnaires remplis interprétables, et en tout point inspirés des 8 critères de sécurité et d'éthique de l'OMS (cf. page suivante), afin de respecter la sécurité des femmes répondantes, d'en limiter l'impact psychotraumatologique et de garantir une confidentialité des données.

II.2.5. Recueil du consentement

Un consentement oral a été systématiquement recueilli au moment de la présentation de l'enquête.

Au moment de cette présentation ont été systématiquement rappelés aux femmes :

- l'objectif de l'enquête,
- son caractère non obligatoire,
- la liberté de ne pas répondre aux questions de leur choix,
- le caractère strictement anonyme de l'enquête,
- l'absence d'incidence de leur participation sur leur prise en charge médicale.

Après avis du CPP, il a été considéré que la réponse aux questions valait consentement.

³⁵ Toute relation sexuelle entre un majeur et un mineur de quinze ans est interdite (article 227-25 du nouveau code pénal)

II.2.6. Sécurité et éthique

Les travaux portant sur la violence faite aux femmes ont soulevé de nombreuses questions éthiques, notamment sur la sécurité des femmes enquêtées au cours des études.

Cette donnée aura été prise en compte, et nous avons insisté sur le suivi strict à la fois des critères d'exclusion, notamment portant sur les règles de confidentialité (personnel soignant devant être inconnu de la patiente). Par ailleurs en insistant sur une orientation précoce en cas de réponse positive, nous avons suivi les recommandations des programmes de recherche[58] évoquant la possibilité d'une réactivation traumatique lors de la narration d'un épisode de violence antérieur.

Après avoir longuement insisté sur le caractère confidentiel de nos questionnaires, et sur l'adaptation des lieux d'investigations à une telle démarche, nous avons obtenu la collaboration de l'association ACFAV, principale association de lutte contre les violences faites aux femmes à Mayotte, afin d'être prêt à recevoir et orienter ces femmes déclarant avoir été victime de violence.

Nous avons obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Ouest et Outre-Mer III rendu le 11 septembre 2014 concluant qu'il s'agit d'une étude observationnelle, ainsi que celui du Comité d'Evaluation Ethique de l'INSERM (CEEI - IRB) le 7 octobre 2014. Ces instances nous ont d'ailleurs fait part qu'il s'agissait de la première demande concernant une enquête se déroulant à Mayotte.

Les huit recommandations sur la sécurité et l'éthique pour les évaluations sur la violence basée sur le genre formulées dans les principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS[58] sont les suivantes :

- Il faut que les enquêtés ou les communautés tirent plus d'avantages à communiquer des données sur la violence sexuelle qu'ils ne courent de risques.
- Il faut recueillir et enregistrer l'information de la façon qui présente le minimum de risques pour les enquêtés, selon une méthode solide, fondée sur l'expérience et les bonnes pratiques actuelles.
- Il faut pouvoir compter sur place sur des soins et un appui de base pour les survivants/victimes avant de commencer toute activité amenant des personnes à dévoiler des informations sur leur expérience.
- La sécurité et la sûreté de tous ceux qui participent à la collecte d'informations étant primordiales, il faut y veiller en permanence, dans les situations d'urgence en particulier.
- Il faut protéger à tout moment la confidentialité due aux personnes qui donnent des informations.
- Il faut que quiconque fournit des informations donne son consentement éclairé avant de participer à la collecte des données.
- Il faut que tous les membres de l'équipe de collecte des données soient sélectionnés avec soin et reçoivent la formation spécialisée voulue en suffisance, ainsi qu'un soutien permanent.
- Il faut mettre en place des sauvegardes supplémentaires dans le cas où des enfants (c'est-à-dire des moins de 18 ans) doivent être le sujet de la collecte d'informations

Ainsi, tout au long de l'enquête, ces recommandations auront été prises en compte, tout particulièrement dans ce contexte mahorais où l'insularité, le mode d'habitation et la tradition orale pourraient favoriser une fuite d'information et une rupture de l'anonymat qui mettrait en danger les femmes déclarantes.

Les modalités de recueil ont ainsi été adaptées à ces critères, ainsi que la formation initiale des investigateurs pendant la présentation de l'étude.

II.2.7. Lieux de recueil

L'objectif initial était de couvrir la totalité des lieux de soins non programmés publics de l'île, d'un point de vue géographique et disciplinaires, soit les 44 centres de soins non programmés de l'île, comprenant :

- Les PMI
- Les dispensaires
- Les Hôpitaux de référence
- La structure mobile du Répéma (Réseau de Périnatalité de Mayotte)
- Le RéDéCa (Réseau de Dépistage des Cancers)
- La consultation d'orthogénie du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM)
- Les Urgences du CHM à Mamoudzou
 - o La consultation de médecine générale
 - o Les patients CCUM 1 et 2 pour les urgentistes (catégorie de patients les moins graves ne nécessitant pas d'examen complémentaires et en capacité de répondre)
 - o La psychiatrie de liaison

Il est vu dans la partie résultats, que seuls 29 de ces centres auront pu être inclus dans notre étude.

II.2.8. Population étudiée

La taille de l'échantillon d'étude avait été initialement stratifiée par type de structure selon une volonté d'exhaustivité, afin de diversifier et équilibrer la provenance des femmes incluses³⁶.

Pour une prévalence attendue de 20% et une précision recherchée de 2,5% (avec un risque de première espèce de 5%), le nombre de sujets nécessaires avait été estimé à 500 dans chaque strate.

L'ensemble des structures proposant des consultations non programmés a ainsi été réparti en 4 strates :

- la première comprend les Urgences « non vitales » du CHM, y compris psychiatriques (n=500),
- la seconde les 4 « Hôpitaux de référence » (n=500),
- la troisième les 13 dispensaires périphériques (n=500),
- la quatrième l'ensemble des PMI, consultations d'orthogénie et réseau périnatalité (n=500).

³⁶ L'analyse statistique finale reste descriptive et ne prend en compte ni cette stratification, ni aucun autre poids de sondage, faute de disposer dans tous les centres de données de fréquentation fiables.

En dehors des Urgences générales et gynécologiques, où l'ensemble des femmes répondant aux critères d'inclusion ont été interrogées pendant la période d'étude (1 mois), dans les 4 autres strates, la population enquêtée a été constituée d'un échantillon au 1/7ème de la population totale des consultantes (tirage au sort de demi- journées de consultation au cours du mois d'enquête, au cours desquelles l'ensemble des femmes répondant aux critères d'inclusion devaient être interrogées).

II.2.9. Equipe de recherche

Les collaborations nécessaires

Cette enquête a bénéficié du soutien méthodologique de l'Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale (ERES) de l'Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et Santé Publique (UMRS 1136, Inserm – Sorbonne Universités UPMC), dirigée par Pierre Chauvin.

Cette équipe avait réalisé une enquête sur les thèmes de migration, santé et soins médicaux (INSERM et AFD) en 2007 à Mayotte et réunit une expertise reconnue en méthodes d'enquêtes et analyse statistique des données sociales et sanitaires.

A la suite de l'élaboration du questionnaire, comme expliqué dans le cadre conceptuel, avec l'aide de l'association SHIME, il a été testé lors d'une centaine de consultations par l'équipe d'investigateurs principaux, le temps nécessaire pour apporter les modifications qui garantissaient que le questionnaire soit compris, sans ambivalence ni en français, ni en shimaoré. Il a été adapté en permanence avec les acteurs locaux de lutte contre les violences faites aux femmes, comme la psychologue clinicienne Mme Nazlli JOMA, ou encore la cadre responsable des PMI de l'île Mme Chamsia MADI.

Le questionnaire a été arrêté définitivement, à partir du moment où les investigateurs, dont les traducteurs, et les patientes avaient la même interprétation de chaque question.

Enfin, plusieurs centres d'investigation ont été sollicités, afin de pratiquer un test des questionnaires ainsi établis. La mise en forme et le contenu ont été modifiés en fonction des remarques posées par les investigateurs des centres test.

L'interprétariat

Les interprètes permettant la traduction du questionnaire et des réponses, avaient pour consigne de retranscrire fidèlement les propos non compris par l'investigateur principal.

Ainsi, ils ont tous reçus une formation de sensibilisation à la problématique de la violence faites aux femmes, les principes de prise en charge et d'orientation en cas de réponse positive, un temps d'imprégnation du questionnaire pour permettre une retranscription adéquat, sans non-sens, recueillir l'accord préalable à la participation de l'étude par les patientes interrogées.

Leurs remarques étaient bien évidemment prises en compte au même titre que pour tous et leur rôle collaboratif était essentiel et remercié.

Un des points essentiels de leur formation (et ce pour des raisons de sécurité des femmes interrogées) était leur accord avec la confidentialité et le secret médical, sujet sensible à Mayotte, où le contexte insulaire rend souvent difficile le contrôle de l'information (notamment dans les villages où il existe une forte proximité du voisinage ou de la famille).

D'où l'importance du critère d'exclusion notifiant pour pallier ce point, que l'interprétariat ne pouvait avoir lieu s'il existait un lien familial, de proximité ou de connaissance avec la patiente interrogée.

La participation à l'étude n'était en aucun cas obligatoire et il était précisé qu'elle n'était pas préjudiciable en cas de refus. Leur participation n'était effective qu'en cas d'adéquation avec l'ensemble des consignes proposées.

La très grande majorité des interprètes se sont montrés enthousiastes à l'idée de faire partie de cette étude, et aucun cas n'a posé de problématique remarquable.

Il est à noter que la majorité des interprètes était des femmes, et que les quelques cas de refus de participation émanaient autant de la part de femmes que d'hommes.

Documents correspondants aux obligations réglementaires liées au projet

L'Avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud-Ouest et Outre-Mer III rendu le 11 septembre 2014 conclut qu'il s'agit d'une étude observationnelle.

Cette enquête a reçu l'avis favorable du Comité d'Evaluation Ethique de l'INSERM (CEEI - IRB) le 7 octobre 2014. Il s'agit de la première étude réalisée à Mayotte ayant sollicité un CPP.

III. Étude qualitative

III.1 Intérêt d'une méthode mixte

Une fois le contexte connu et les chiffres obtenus, il nous a semblé indispensable de poursuivre cette étude en allant à la rencontre de ces femmes victimes de violence, pour recueillir des éléments de compréhension de ce phénomène.

Pour tenter d'étayer les hypothèses posées, il a été choisi d'utiliser une enquête qualitative exploratoire.

La recherche qualitative nous a semblé pertinente pour analyser et interpréter les chiffres trouvés dans le volet quantitatif [60], et ainsi améliorer la compréhension d'un phénomène complexe auquel on semble avoir jusqu'à présent consacré peu de ressources à Mayotte.

De plus l'approche qualitative permet d'appréhender la façon dont les femmes s'expriment sur le sujet, et vivent en pratiques ces situations de violence et leurs conséquences.

L'intérêt d'une étude à deux volets dans le cadre d'une enquête sur les violences faites aux femmes en contexte interculturel est clairement énoncé dans les recommandations du programme d'amélioration des enquêtes françaises à propos des violences conjugales :

« La distinction entre violence et conflit doit être poursuivie, avec un intérêt plus large pour le lien entre violences et mode de relation ou « style » conjugal. La recherche est ici celle d'une analyse plus qualitative des situations de violence, à fonder sur les résultats quantitatifs. Pour servir ce projet, outre une collecte d'informations riches sur la relation de couple présente et l'histoire conjugale individuelle, une exploration des violences psychologiques et des conséquences des violences paraît nécessaire. »[61]

Il s'agit finalement ici d'une méthode mixte[62] inspirée du modèle ethnographique d'enquête par dépaysement (s'efforcer de rendre familier ce qui est étranger)[50]

Le design de complémentarité permet au chercheur de prendre en compte différents niveaux d'analyse d'un même phénomène. Ce design est également utilisé pour répondre à différentes questions nécessitant des données de natures différentes. Greene et al, utilisent l'analogie des pelures d'oignon pour expliquer que la complémentarité permet de mesurer différentes facettes d'un phénomène afin d'en obtenir une compréhension plus riche[63].

III.2. Objectifs

Cette enquête qualitative, dont la méthodologie repose sur une observation non participante au sein de l'ACFAV et sur la conduite d'entretiens semi-directifs au sein de la même association, a pour principal objectif de mieux comprendre le fait social de la violence faite aux femmes à Mayotte en cherchant à identifier dans le discours des personnes interviewées les phénomènes idéologiques et culturels collectifs – les représentations, idéologies, croyances, valeurs, projets, savoirs sociaux ; mais aussi les pratiques sociales, et les expériences personnelles – pour mieux comprendre comment se conjuguent logiques collectives et expériences personnelles [64].

L'entretien auprès de femmes ayant expérimenté des situations de violences devait donc nous permettre de recueillir le point de vue de l'acteur, son expérience, son vécu, ses connaissances, ses croyances, sans jugement de valeur mais pour mieux comprendre le phénomène en vue de développer des possibilités d'intervention et les leviers d'actions dans un futur plan de promotion et d'éducation pour la santé des femmes et la lutte contre les violences.

Il s'agit là d'un apprentissage par déconstruction par rapport à l'interrogatoire médical habituel.

L'autre objectif était de chercher à appréhender les éléments qui participaient aux phénomènes de sous déclaration de violence probables décrits dans le volet quantitatif et notamment l'impact des situations de vulnérabilité sociale caractérisant l'échantillon interrogé.

III.3. Matériel et méthode

III.3.1. Type de méthode

Le cadre théorique de l'ensemble de ce travail qualitatif s'inscrit dans une « théorisation ancrée » ou « théorie fondée », décrite par Glaser et Strauss[65] puis reprise par Paillé[66] qui vise à construire des théories, non pas à partir d'hypothèses prédéterminées, mais à partir de données recueillies auprès de personnes ayant une expérience significative permettant la description approfondie du phénomène à l'étude.

Il s'agit alors de faire émerger des théories des données collectées, sans en avoir appliqué d'autres auparavant.

Ainsi, les catégories de l'analyse ne sont pas définies au préalable, mais émergent de la lecture et de la relecture initiale des données recueillies par un processus de constante comparaison : chaque item perçu comme pertinent est comparé au reste des données, afin d'élaborer autant de catégories qu'il est nécessaire pour refléter toutes les nuances possibles des données.[67]

Dans ce contexte du sujet des violences faites aux femmes, et de la méconnaissance de la littérature sur ce sujet à Mayotte, cette théorie nous a donc semblée particulièrement appropriée pour s'approcher de ce phénomène peu décrit. Notre objectif à terme était de fournir des éléments permettant de caractériser le sujet et améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes à Mayotte.

III.3.2. Choix des personnes interrogées

Nous avons cherché à explorer la diversité des situations sociales existantes à Mayotte, afin d'appréhender la trajectoire de sortie, la prise en charge par les différents acteurs locaux et les caractérisations des violences subies pour des contextes socio culturels différents.

Le choix du recrutement s'est ainsi fait sur des critères variés pour permettre une mise en perspective des différentes situations (nationalité, langue parlée, représentantes de différentes communautés, tranche d'âge, domiciliation).

L'échantillon des personnes interviewées constitué reflète ainsi une diversité de recueil, et leurs caractéristiques principales sont résumées dans le tableau suivant.

Entretien	Langue	Origine femme	Origine homme	Habitat	Âge	Lieux d'entretien	Nombre d'enfant
E0	Français	Mahoraise	Mahorais	Mamoudzou	25	Urgences gynéco	2
E1	Français	Mahoraise	Mahorais	Mamoudzou	35	CMP du CHM	3
E2	Français	Mahoraise	Mahorais	M'tsamboro	29	ACFAV	3
E3	Shimaoré	Mahoraise	Comorien	Hajangoua	40	ACFAV	6
E4	Français	Malgache	Mahorais	Pamandzi	42	ACFAV	5
E5	Shimaoré	Comorienne	Mahorais	Kawéni	44	ACFAV	3
E6	Shibushi	Malgache	Français	Bambo Est	44	ACFAV	3
E7	Français	Française	Malgache	Chirongui	52	ACFAV	1
E8	Français	Mahoraise	Comorien	Sada	25	ACFAV	1
E9	Shimaoré	Mahoraise	Mahorais	Dembeni	40	Domicile	7

Tableau 1 : Caractéristiques des 10 femmes interviewées

III.3.3. Déroulement de l'étude

III.3.3.1. Type de recueil

Le type de recueil qui nous a paru le plus approprié était l'entretien semi dirigé, défini comme ayant une structure souple, constituée de questions ouvertes définissant des champs à explorer desquels l'interviewer ou l'interviewé peuvent diverger pendant l'entretien pour étudier une idée plus en détail.

Ils auront permis de libérer la parole de ces femmes qui ne l'avais parfois jamais fait, en favorisant le récit par des assertifs et des relances au regard des thèmes à aborder lorsqu'ils ne l'étaient pas spontanément, et ne fixant aucune limite de temps.

Cette technique d'entretien semi-dirigé m'aura également permis de modifier le guide d'entretien au cours de l'étude, afin d'améliorer le recueil des récits suite au premier entretien que j'ai nommé E0.

Tous les entretiens se sont déroulés avec un interviewer principal, étant également un des investigateurs principaux du volet quantitatif (moi-même) en compagnie d'un tiers, traducteur et membre de l'association ou de la structure qui prenait en charge des victimes. Ceci afin de respecter encore une fois la sécurité des femmes interrogées, ainsi que la confidentialité des données. Il a par ailleurs été choisi de retirer toute présence nominative lors de la retranscription des entretiens afin de garantir l'anonymat dans ce même objectif.

La non-maitrise de la langue française chez les personnes interrogées a permis d'aborder la question des enjeux de la traduction.

Le tiers présent avait pour critère de sélection de maîtriser parfaitement la langue étrangère, et de retranscrire intégralement les propos des femmes après chaque phrase afin de limiter le biais de retranscription.

III.3.3.2. Guide d'entretien

Le guide d'entretien aura été en perpétuelle évolution au cours des entretiens, modifié à chaque nouvelle donnée permettant un complément d'analyse en accord avec les objectifs fixés.

Pour élaborer ce premier guide d'entretien qui a ensuite été réajusté au fil des autres entretiens, il a été nécessaire de s'appuyer sur les données de la littérature, et sur les premiers résultats de l'enquête quantitative, afin de répondre aux objectifs posés et tenter de recueillir des facteurs essentiels en lien hypothétique avec la violence conjugale.

III.3.3.3. Procédures d'identification des personnes

Les entretiens se sont déroulés entre septembre 2014 et novembre 2014.

Par souci d'anonymat, les 10 entretiens seront notés tels que :

Entretien n°1: E0	Entretien n°6: E5
Entretien n°2: E1	Entretien n°7: E6
Entretien n°3: E2	Entretien n°8: E7
Entretien n°4: E3	Entretien n°9: E8
Entretien n°5: E4	Entretien n°10: E9

Une patiente (E0) a été recrutée lors du dépistage systématique, après avoir déclaré être victime de violence, et volontaire pour raconter son histoire dans le cadre du volet qualitatif. Le guide d'entretien étant déjà réalisé et testé, l'intégration de cette femme n'a posé aucun problème méthodologique.

Une patiente (E1) a été recrutée au Centre Médico-Psychologique du Centre Hospitalier de Mamoudzou, spontanément volontaire pour faire partie de l'étude qualitative.

Nous sommes rentrés préalablement en contact avec la direction du centre hospitalier afin qu'elle nous garantisse son autorisation à débiter l'étude.

Les 8 autres femmes (E2-9) ont été recrutées par le biais de l'association principale de lutte contre les violences faites aux femmes à Mayotte : l'ACFAV.

Le directeur de cette association M. Djamel DJALALINE nous a proposé un partenariat afin de réaliser ces entretiens. Chaque femme qui venait dans l'association pour un suivi de leur dossier ou pour une première prise de contact, un jour où l'investigateur principal était présent dans l'association, se voyait alors proposé un entretien.

Aucune femme n'a refusé l'entretien.

Dans tous les cas, il était laissé libre choix aux femmes de participer à cette étude, dans le lieu de leur choix et en présence d'un tiers en qui elles avaient entière confiance.

L'ensemble de ces lieux de recueil offraient un espace de protection et d'orientation particulièrement approprié à la libération de parole.

L'enquêteur a expliqué le but exact de l'étude et le déroulement de l'entretien, et toutes les femmes et les tiers avaient connaissance du métier de l'investigateur, étudiant en médecine générale, réalisant une enquête sur les violences faites aux femmes à Mayotte.

Nous avons cherché au cours de cette étude observationnelle à ne modifier en aucun cas la prise en charge des femmes au sein de l'ACFAV, et les deux femmes non insérées dans une structure d'aide ont, à la suite de l'entretien, eu tous les renseignements nécessaires pour assurer une orientation optimale.

Certaines règles théoriques ont été appliquées lors de chaque entretien :

- Adopter un ton chaleureux afin de favoriser l'échange et de mettre en confiance
- Éviter de couper la parole et adopter une attitude d'écoute
- Respecter les silences, les réflexions et les hésitations
- Acquiescer d'un hochement de tête lorsque le patient cherchait une approbation pour ne pas faire dériver l'entretien
- Ne pas perturber l'entretien par ses convictions personnelles.

En fin d'entretien, l'enquêteur demandait aux femmes si elles avaient des commentaires supplémentaires et leur impression sur l'entretien avant de conclure.

L'ensemble des impressions recueillies a été bonne comme le soulignent les résultats mentionnés ci-après.

Les entretiens se seront déroulés dans un endroit calme. La condition pour démarrer l'entretien était qu'elles aient compris le caractère volontaire et confidentiel de l'entretien, mais aussi que les données allaient être enregistrées au dictaphone et rendues intégralement anonymes.

Les entretiens enregistrés puis retranscrits ont duré en moyenne une heure et ont été menés dans les mêmes conditions d'éthique et de sécurité que l'enquête quantitative.

L'échantillon aura été considéré comme complet quand aucune donnée nouvelle ne pouvait permettre de modifier le guide d'entretien afin de répondre aux objectifs. C'est la saturation des verbatims.

III.4. Analyse et interprétation

Il a été effectué une analyse thématique du contenu des entretiens, pris en compte les uns après les autres, afin de respecter les principes de la théorie ancrée. C'est un découpage transversal des données, qui ne tient pas compte de l'architecture interne des entretiens, et qui aura nécessité plusieurs étapes :

- **L'imprégnation** : La première étape est une écoute puis une lecture intégrale des entretiens à plusieurs reprises afin de prendre connaissance des données et de cerner les différents thèmes récurrents abordés au cours des entretiens. Les thèmes sont divisés en sous-thèmes en fonction de la catégorie des données qui apparaissent au fur et à mesure.
- **Le codage** : Ensuite, chaque entretien a été relu de façon attentive en relevant tous les mots, groupes de mots, phrases ou expressions constituant un thème. Certains thèmes étaient attendus du fait de la trame d'entretien, d'autres du fait de l'imprégnation, tandis que certains thèmes sont apparus au cours de ce codage sur le modèle thématique.
- **Classement des thèmes** : Les thèmes ont ensuite été classés afin de former un plan contenant plusieurs chapitres : thèmes et sous-thèmes. Chaque thème peut alors être illustré par un extrait de la retranscription qui l'explique le mieux. Ils sont la base de l'analyse de nos entretiens.
- **L'interprétation** : A l'aide de l'ensemble des citations recueillies pour chaque partie du plan, une interprétation a été effectuée de manière à dégager les différents concepts et opinions exprimés. Les titres des items ont été choisis pour mettre en évidence l'interprétation des citations classées.

III.5. Aspect éthique de l'étude

III.5.1. Information au patient

Chaque femme s'ayant vu proposer l'entretien est informée oralement du principe de l'étude, de son intérêt, ainsi que de la procédure employée dans le respect d'un anonymat absolu des informations recueillies qui ne seront utilisées que dans le cadre de l'enquête.

III.5.2. Confidentialité des données

Les données personnelles d'informations recueillies auprès de chaque femme ont été utilisées de façon confidentielle dans le respect de l'anonymat. Ces informations ne seront utilisées que dans le cadre exclusif de l'enquête en cours.

Les données ont été exclusivement saisies par l'investigateur de l'étude par souci de confidentialité et l'investigateur est le détenteur exclusif de la liste des numéros d'anonymats permettant le lien avec l'identité des patientes.

Troisième Partie : Résultats

I. Résultats partie quantitative

I.1. Description de la population interviewée

I.1.1. Effectifs, lieux de recueils, investigateurs

1133 femmes ont répondu au questionnaire et en particulier aux questions relatives à l'exposition à des violences.

Lieux de Recueil

Au total 29 centres de recueil ont été retenus.

Et 13 des 44 centres de soins que comporte Mayotte ont été écartés de l'étude au moment de de l'enquête soit parce qu'ils n'étaient pas en activité au moment du recueil, soit du fait d'une absence de participation, ou d'une participation trop marginale pour être prise en compte.

Au final ont été retenus :

- 13 PMI,
- 7 dispensaires
- 4 hôpitaux de références : Dzaoudzi, M'Ramadoudou, Kahani, Dzoumogné
- Les Urgences gynécologiques du CHM
- La Structure mobile du RePeMa (Réseau de périnatalité de Mayotte)
- Le réseau de dépistage des cancers ReDeca (dans sa partie dépistage cancers féminins)
- La Consultation d'orthogénie du CHM
- Les Urgences du CHM (Mamoudzou) :
 - o La consultation de médecine générale aux urgences
 - o Les patients CCUM 1 et 2 pour les urgentistes (catégories de patients les moins grave ne nécessitant pas d'examen complémentaires et en capacité de répondre)
 - o La psychiatrie de liaison

La participation des lieux de recueil à l'enquête se répartit comme suit :

- 40% des questionnaires ont été réalisés au sein des 8 PMI (dont des regroupements)
- 27% dans les 7 dispensaires retenus dans l'étude
- 18% dans les hôpitaux de référence
- 15 % au sein des Urgences générales et urgences gynécologiques

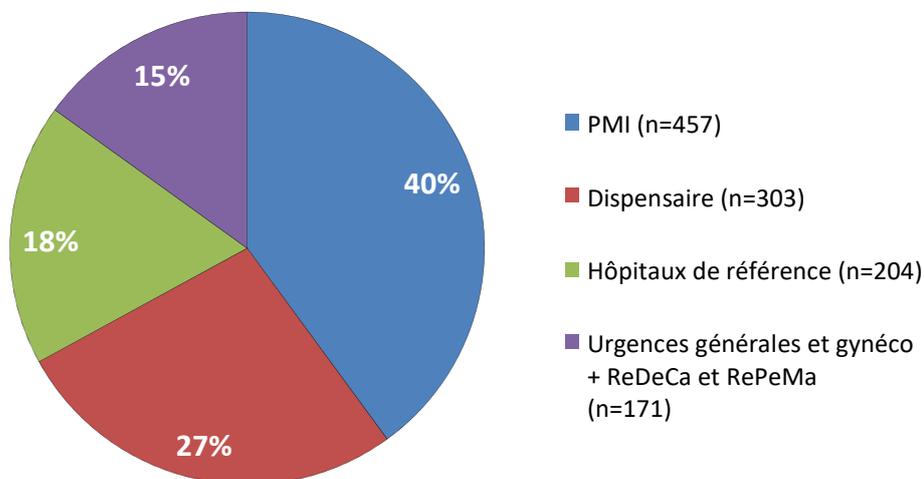


Figure 5 : lieux de recueil du dépistage

Concernant les investigateurs, 63,5% des 1123 questionnaires ont été retenus par des médecins, 32,6% par des sages-femmes, 2% par des infirmières, 1,1% par des aides-soignantes et 0,8% par les assistantes sociales du réseau RePema.

I.1.2. Caractéristiques sociodémographiques

Âge

Les patientes interrogées étaient âgées de 16 à 84 ans.

L'âge médian est de 30 ans. L'âge moyen de 32,3 ans.

La pyramide des âges est typique des populations jeunes.

Les individus de moins de 25 ans représentent 25 % de la population étudiée, et 75% ont moins de 38 ans et sont en âge de procréer.

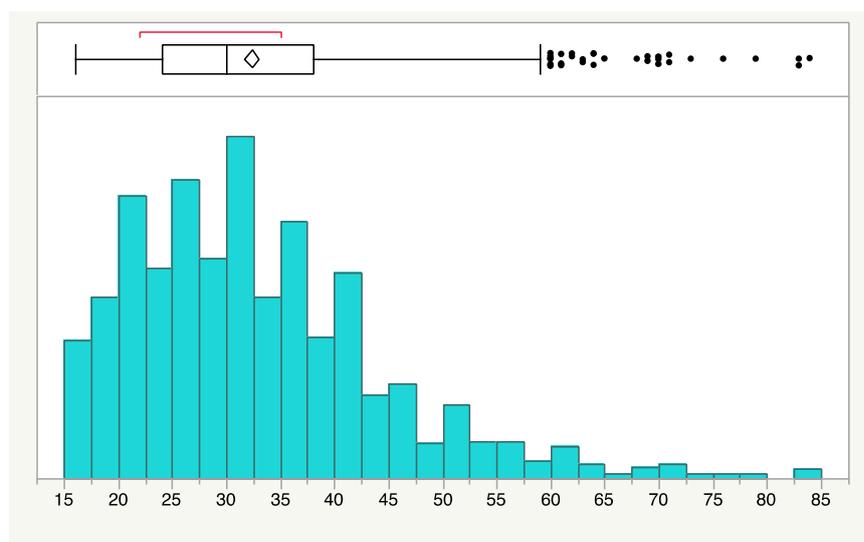


Figure 6 : Âge des patientes interrogées lors du dépistage

Activité professionnelle

73% des femmes interrogées déclarent être sans emploi (dont 14% en recherche d'emploi au moment du questionnaire) et 15,8 % déclarent une activité salariée.

Assurance maladie, nationalité, maîtrise du français

50,7% des femmes interrogées ne bénéficiaient pas de couverture assurance maladie.

65% déclarent être de nationalité comorienne, 30,4% française et 3,4% autre.

Concernant la maîtrise du français 49,8% ont eu recours à un/une interprète pour répondre au questionnaire, soit près de la moitié de la population interrogées.

Ces premiers résultats permettent de documenter la vulnérabilité de la population des femmes interrogées : plus de la moitié sont sans emploi, ne disposent pas de la sécurité sociale, et près de la moitié ne maîtrisent pas la langue française.

Situation Maritale

52% des femmes interrogées déclarent être mariées religieusement, 4,1% mariage civil et religieux et 6,4% civilement. Pour mémoire, au regard de la loi française, le mariage religieux seul n'est pas pris en compte, il est assimilé au concubinage. 7,5% vivent en union libre.

20,9% se déclarent célibataire, 3,7 % divorcée et 0,6% veuve

Au total 62,6% des femmes déclarent être mariée (toute forme de mariage compris).

Une situation de polygamie est rapportée par 20,1% des femmes.

Nombre d'enfants

Les patientes interrogées déclarent de 0 à 14 enfants. La moyenne et la médiane est 3.

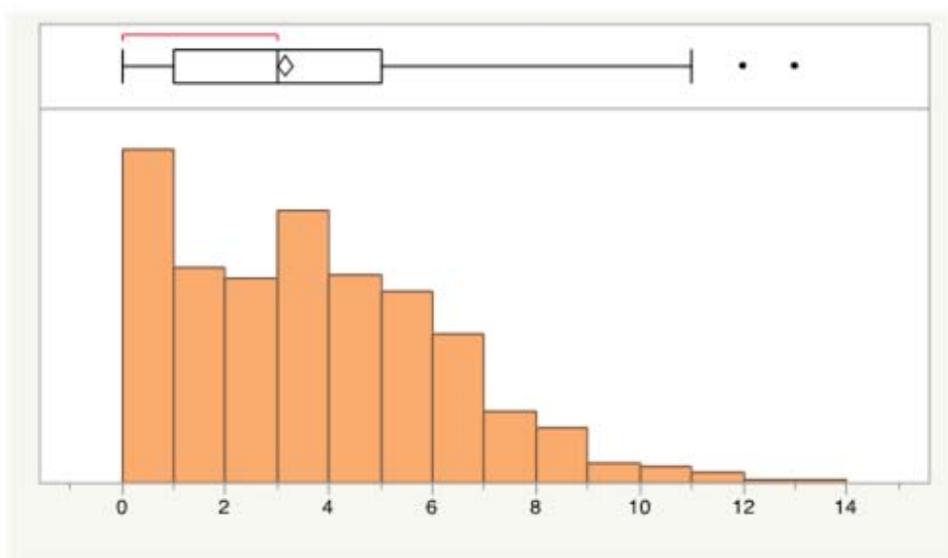


Figure 7 : Nombre d'enfants des patientes interrogées lors du dépistage

Principales caractéristiques déclarées par les patientes interrogées

Le tableau n°2 ci-après fait état de la proportion de violences déclarées en rapport avec les principales caractéristiques socio démographiques déclarées par les femmes interrogées.

	% dans la pop interrogée (n=1133)	%Violence globale (41,7% Total n=473)	%Violence verbale (35,7% Total n=404)	%Violence physique (19,2% Total n=217)	%Violence sexuelle (12,4% Total n=141)	
Age	16-18 ans	4,7	43,4	35,8	24,5	11,3
	18-24	19	47,4	37,2	20,5	13,5
	24-30	21,5	39,8	31,6	19,3	14,3
	30-35	17,8	38,6	35,6	19,8	12,4
	35-40	13,5	47,1	40,5	19	12,4
	40 et +	22,4	38,6	35,8	17,3	10,2
	Non Renseigné (NR)	1,1				
Sécurité Sociale (SS)	Sans SS	50,7	39	32,1	20	12,7
	Avec SS	46,6	45,3	40,5	18,3	12,5
	NR	2,7				
Couple (1)	Mariage	62,6	35,1	31,1	16,1	11,8
	Seule et Union Libre	32,7	56,3	50,7	30,3	15,4
	NR	4,7				

Couple (2)	Couple	70,1	37,2	31	16	11,7
	Seule	25,2	57	50,3	30,1	15,4
Situation maritale	Célibataire	20,9	55,7	48,5	27,8	13,9
	Célibataire et Divorcée	0,2	50,0	50,0	0	0
	Divorcée	3,5	75,0	70,0	50,0	27,5
	Mariage civil	6,4	37,0	34,2	12,3	8,2
	Mariage civil et religieux	4,1	42,6	36,2	19,1	10,6
	Mariage religieux	52	34,3	28,4	14,6	11,0
	Union libre	7,5	54,1	43,5	27,1	20,0
	Veuve	0,6	0	0	0	0
	NR	4,7				
Polygamie	Non Polygamie	64,7	38,7	31,8	17,9	12,8
	Polygamie	20,1	50,0	45,6	21,5	14,9
Grossesse en cours	Non Enceinte	73,8	42,9	37,1	18,9	11,1
	Enceinte	21,8	36,4	29,1	17,8	16,2
Nombre d'enfants	0	18,8	48,8	39,4	19,7	15,5
	1	12,3	44,6	36,0	22,3	12,9
	2	11,6	44,3	42,7	20,6	12,2
	3	15,4	39,4	30,9	19,4	11,4
	4	11,8	35,8	32,8	16,4	11,2
	5	10,9	38,2	33,3	19,5	14,6
	6 et plus	18,0	39,7	34,8	17,6	9,8
	NR	1,2				
Nombre enfants par tranche	0	18,8	48,8	39,4	19,7	15,5
	1 à 2	23,8	44,4	39,3	21,5	12,6
	3 et plus	56,1	38,5	33,0	18,2	11,5
Emploi (1)	Sans Emploi	73,0	37,5	31,7	18,6	11,6
	Activité Salariée	15,8	54,7	48,6	19,0	15,6
	Autre Situation	8,9	50,5	41,6	20,8	12,6
	NR	2,3				
Emploi (2)	Sans Emploi	59,7	33,9	28,3	16,0	9,9
	Autre Situation	38,0	53,4	46,4	23,4	16,2

Nationalité (1)	Autre	3,4	55,3	42,1	36,8	28,9
	Comorienne	65,0	38,4	31,6	19,1	11,9
	Française	30,4	47,7	43,6	17,2	12,2
	NR	1,2				
Nationalité (2)	Française	30,4	47,7	43,6	17,2	12,2
	Etrangère	68,4	39,2	32,1	20,0	12,8
Présence Interprète	Pas Interprète	48,9	52,5	45,1	24,5	17,1
	Interprète	49,8	31,8	27,0	13,8	7,7
	NR	1,8				

Tableau 2 : Principales caractéristiques déclarées par les patientes interrogées

I.2. Les violences déclarées

I.2.1. Descriptif des violences déclarées

Le tableau n°3 fait état des violences déclarées par la population interrogée.

25,2% des femmes déclarent que leurs relations avec les hommes ne se passent pas bien. 41,7% des femmes interrogées rapportent avoir été victime d'au moins 1 type de violence, 35,8% de violence verbale, 19,2% de violence physique, et 12,4% de violences sexuelles

Violences déclarées par les patientes interrogées

		% dans la population interrogées (n=1133)
Relations avec les hommes	Se passent bien	74,8
	Ne se passent pas bien	25,2
Au moins une violence rapportée	Oui	41,7
	Non	58,3
Violence Verbale	Oui	35,7
	Non	63,9
Violence Physique	Oui	19,2
	Non	80,1
Violence Sexuelle	Oui	12,4
	Non	86,7

Tableau 3 : Violences déclarées par les patientes interrogées (n=1133)

Répartition des différents types de violence

Ce graphique illustre la répartition et également le cumul des différents types de violences.

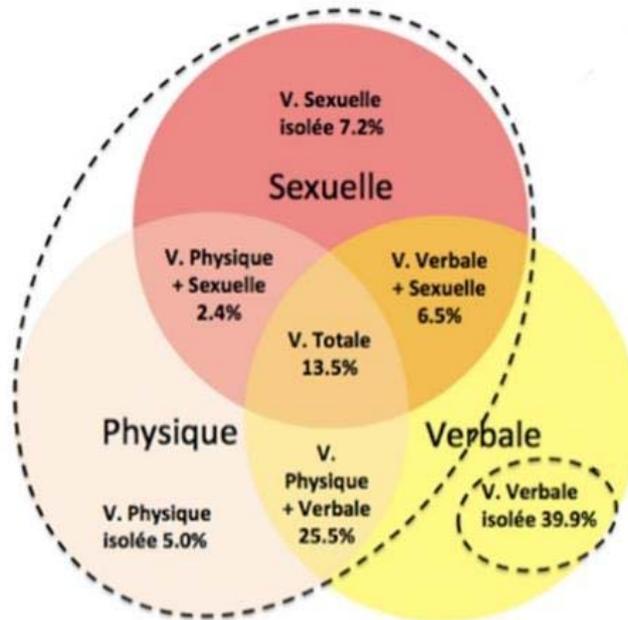


Figure 8 : Répartition des différents types de violences

I.2.2. Analyse univariée des facteurs associés aux situations de violence

Principales variables sociodémographiques associées au fait d'avoir répondu oui à au moins une situation de violence (Analyse univariée) : Tableau n°4

L'analyse des facteurs associés au fait de déclarer au moins une situation de violence montre que le fait :

- d'avoir la **Sécurité sociale** favorise la déclaration d'au moins une violence. [OR=1.29, IC95%=(1.02-1.64)],
- ainsi que vivre **seule ou en union libre**, [OR=2.30, IC95%=(1.84-3.08)],
- le fait de **ne pas avoir besoin d'un interprète** pendant le questionnaire [OR=2.37, IC95%=(1.86-3.02)],
- d'être de nationalité **française** [OR=1.41, IC95%=(1.09-1.82)]
- et/ou de ne pas déclarer **ne pas avoir d'emploi** [OR=2.23, IC95%=(1.74-2.86)].

Ces résultats contre-intuitifs peuvent évoquer un phénomène de sous déclaration au sein de la population féminine la plus vulnérable et potentiellement la plus exposée de l'île (Étrangère, sans emploi, ne parlant pas français, vivant en couple).

Par ailleurs, nous relevons également que :

- Les situations de **polygamie** sont également associées à la déclaration de violence [OR=1.58, IC95%=(1.17-1.64)].

Facteur associé	% au moins une violence rapportée (n=468)	p	OR=(IC95%)
Age			
		NS	
Sécurité Sociale			
Sans Sécurité Sociale	39,0	0,04	ref
Avec Sécurité Sociale	45,3		1,29(1,02-1,64)
Situation Maritale			
Mariage	35,1	<0,001	ref
Seule et Union libre	56,3		2,30 (1,84-3,08)
Polygamie			
Non Polygamie	38,7	0,003	ref
Polygamie	50,0		1,58(1,17-2,13)
Grossesse en cours			
Non Enceinte	42,9	NS	
Enceinte	36,4		
Nombre d'enfants			
0	48,8	0,02	
1 à 2	44,4		
3 et plus	38,5		
Emploi (1)			
Sans Emploi	33,9	<0,001	ref
Autre Situation	53,4		2,23(1,74-2,86)
Emploi (2)			
Sans Emploi	37,5		ref
Recherche d'Emploi	54,7	<0,001	2,02(1,43-2,84)
Autre	50,5	0,003	1,69(1,19-2,41)
Nationalité (1)			
Comorienne	38,4		ref
Française	47,7	0,004	2,86(1,13-1,89)
Autre Situation	55,3	0,03	2,07(1,08-3,97)
Nationalité (2)			
Etrangère	39,2	0,008	ref
Française	47,7		1,41(1,09-1,82)
Présence Interprète			
Interprète	31,8	<0,001	ref
Pas d'interprète	52,5		2,37(1,86-3,02)

Tableau 4 : Principales variables sociodémographiques associées au fait d'avoir répondu oui à au moins une situation de violence

Principales variables sociodémographiques associées au fait d'avoir répondu oui aux violences verbales (Analyse univariée) : Tableau n°5

L'analyse univariée des facteurs associés au fait de déclarer une violence verbale montre que :

- le fait d'avoir la **Sécurité sociale** favorise la déclaration d'avoir été victime de violence verbale [OR=1.46, IC95%=(1.14-1.87)],
- tout comme **vivre seule ou en union libre** [OR=2.29, IC95%=(1.76-2.97)],
- le fait de **ne pas avoir besoin d'un interprète** pendant le questionnaire [OR=2.25, IC95%=(1.75-2.89)],
- d'avoir déclaré **ne pas être sans emploi** [OR=2.20, IC95%=(1.71-2.84)]
- et de **ne pas être enceinte** [OR=0.69, IC95%=(0.51-0.95)].

Là encore, les femmes avec le moins de variables évoquant une vulnérabilité déclarent plus de violence verbale et ce résultat nécessite un complément d'exploration qualitatif.

Les situations de **polygamie** sont également associées aux situations de violence verbale [OR=1.80, IC95%=(1.33-2.44)].

Facteur associé	% Violence Verbale	p	OR(IC95%)
Age		NS	
Sécurité Sociale			
Sans Sécurité Sociale	32,1	0,003	ref
Avec Sécurité Sociale	40,8		1,46(1,14-1,87)
Situation Maritale			
Mariage	31,1	<0,001	ref
Seule et Union libre	50,7		2,29(1,76-2,97)
Polygamie			
Non Polygamie	31,9	<0,001	ref
Polygamie	45,8		1,80(1,33-2,44)
Grossesse en cours			
Non Enceinte	37,2	0,02	ref
Enceinte	29,3		0,69(0,51-0,95)
Nombre d'enfants			
0	39,4	NS	
1 à 2	39,4		
3 et plus	33,0		
Emploi			
Sans Emploi	28,4	<0,001	ref
Autre Situation	46,6		2,20(1,71-2,84)
Nationalité (1)			
Comorienne	31,7		ref
Française	43,9	<0,001	1,69(1,30-2,20)
Autre	42,1	0,17	1,62(0,81-3,22)
Nationalité (2)			
Etrangère	32,1		ref
Française	43,6	<0,001	1,64(1,26-2,13)
Présence Interprète			
Interprète	27,1	<0,001	ref
Pas d'interprète	45,5		2,25(1,75-2,89)

Tableau 5 : Principales variables sociodémographiques associées au fait d'avoir répondu oui aux violences verbales (Analyse univariée)

Principales variables sociodémographiques associées au fait d'avoir répondu oui aux violences physiques (Analyse univariée) : Tableau n°6

Concernant les violences physiques déclarées, elles sont associées au fait de :

- **vivre seule ou en union libre** [OR=2,42, IC95%=(1.78-3.28)],
- au fait d'avoir déclaré **ne pas être sans emploi** [OR=1.61, IC95%=(1.18-2.18)]
- et de **ne pas avoir besoin d'un interprète** pendant le questionnaire [OR=2.05, IC95%=(1.51-2.81)].

La **nationalité** est significative lorsqu'on prend en compte les nationalités ni comorienne ni française.

Facteur associé	% violence physique	p	OR(IC95%)
Age		<i>NS</i>	
Sécurité Sociale			
Sans Sécurité Sociale	20		
Avec Sécurité Sociale	18,3	<i>NS</i>	
Situation Maritale			
Mariage	16,1	<0,001	ref
Seule et Union libre	30,3		2,42(1,78-3,28)
Polygamie			
Non Polygamie	17,9	<i>NS</i>	
Polygamie	21,5		
Grossesse en cours			
Non Enceinte	18,9		
Enceinte	17,8	<i>NS</i>	
Nombre d'enfants			
0	19,7		
1 à 2	21,5	<i>NS</i>	
3 et plus	18,2		
Emploi			
Sans Emploi	16,1	<0,002	ref
Autre Situation	23,6		1,61(1,18-2,18)
Nationalité (1)			
Comorienne	19,3		
Française	17,2	0,4	0,87(0,62-1,21)
Autre	36,8	0,01	2,47(1,22-5,03)
Nationalité (2)			
Etrangère	20,0	<i>NS</i>	
Française	17,2		
Présence Interprète			
Interprète	13,8	<0,001	ref
Pas d'interprète	24,8		2,05(1,51-2,81)

Tableau 6 : Principales variables sociodémographiques associées au fait d'avoir répondu oui aux violences physiques (Analyse univariée)

Principales variables sociodémographiques associées au fait d'avoir répondu oui aux violences sexuelles (Analyse univariée) : Tableau n°7

Enfin,

- le fait d'être **enceinte** favorise la déclaration d'une violence sexuelle [OR=1.53, IC95%=(1.02-1.27)],
- ainsi que le fait de **ne pas avoir déclaré être sans emploi** [OR=1.78, IC95%=(1.24-2.55)]
- et **ne pas avoir besoin de traduire le questionnaire** [OR=2.48, IC95%=(1.70-3.67)].

La violence sexuelle est le seul cas pour lequel le fait d'être enceinte est associé avec une augmentation du risque de répondre oui à cette question.

Facteur associé	% violence sexuelle	p	OR(IC95%)
Age		<i>NS</i>	
Sécurité Sociale			
Sans Sécurité Sociale	12,7		
Avec Sécurité Sociale	12,5	<i>NS</i>	
Situation Maritale			
Mariage	11,7		ref
Seule et Union libre	15,4	0,008	1,63(1,13-2,35)
Polygamie			
Non Polygamie	12,8		
Polygamie	14,9	<i>NS</i>	
Grossesse en cours			
Non Enceinte	11,2	0,04	ref
Enceinte	16,3		1,53(1,02-2,27)
Nombre d'enfants			
0	15,5		
1 à 2	12,6		
3 et plus	11,8	<i>NS</i>	
Emploi			
Sans Emploi	9,9	0,002	ref
Autre Situation	16,2		1,78(1,24-2,55)
Nationalité			
Comorienne	11,9		ref
Française	12,2	0,12	1,02(0,69-1,52)
Autre	28,9	0,006	2,95(1,37-6,34)
Présence Interprète			
Interprète	7,7	<0,001	ref
Pas d'interprète	17,1		2,48(1,70-3,67)

Tableau 7 : Principales variables sociodémographiques associées au fait d'avoir répondu oui aux violences sexuelles (Analyse univariée)

I.2.3. Analyse multivariée des facteurs associés aux situations de violence

Sur la base des associations présentées dans les tableaux précédents, les variables explicatives suivantes ont été prises en compte dans l'analyse multivariée (Tableau n°8) :

- la nationalité,
- le statut de Sécurité sociale,
- le rapport à l'emploi,
- le statut marital,
- l'âge et le nombre d'enfants.

Parmi tous les paramètres entrés dans le modèle, seuls les suivants sont significatifs (au seuil habituel de 5%) :

Les femmes qui **déclarent plus au moins un type de violence** (variable dichotomique, tous types confondus) :

- Vivaient seules ou en union libre [OR=2.64, IC95%=(1.82-3.86)],
- N'ont pas eu besoin d'interprète [OR=2.66, IC95%=(1.61-3.83)],
- Déclaraient une situation de polygamie [OR=1.93, IC95%=(1.35-2.76)],
- Étaient celles ayant déclaré ne pas être enceinte au moment de l'enquête [OR=0.63, IC95%=(0.43-0.9)],

Les femmes qui déclarent **plus de violence verbale** :

- Vivaient seules ou en union libre [OR=2.37, IC95%=(1.63-3.46)],
- N'ont pas eu besoin d'interprète [OR=2.55, IC95%=(1.75-3.70)]
- Déclaraient une situation de polygamie [OR=2.17, IC95%=(1.51-3.14)],
- Étaient celles ayant déclaré ne pas être enceinte au moment de l'enquête [OR=0.63, IC95%=(0.43-0.93)],

Les femmes qui déclarent **plus de violence physique** :

- Vivaient seules ou en union libre [OR=2.99, IC95%=(1.96-4.56)],
- N'ont pas eu besoin d'interprète [OR=2.55, IC95%=(1.75-3.70)]

Les femmes qui déclarent **plus de violence sexuelle** :

- Vivaient seules ou en union libre [OR=2.46, IC95%=(1.54-3.92)],
- N'ont pas eu besoin d'interprète [OR=2.87, IC95%=(1.75-4.75)]

Ce sont là encore des critères d'autonomie qui sont associés au risque de déclarer plus de violence, ainsi que de déclarer une situation de polygamie.

Modèle de régression logistique analysant les déclarations de violences en fonction des variables sociodémographiques :

		Au moins une violence			Violence Verbale		Violence Physique		Violence Sexuelle	
		%	OR(IC95%)	p	% OR	p	% OR	p	% OR	p
Tranche Age				NS	NS			NS		NS
Sécurité Sociale	Sans SS	39,0		NS	NS			NS		NS
	Avec SS	45,3								
Situation Maritale	Mariage	35,1		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001
	Autre	56,3	2,64(1,82-3,86)		2,37(1,63-3,46)		2,99(1,96-4,56)		2,46(1,54-3,92)	
Polygamie	Polygamie	50,0	1,93(1,35-2,76)	<0,001	2,17(1,51-3,14)	<0,001		NS		NS
	Non polygamie	38,7								
Enceinte	Non Enceinte	42,7		0,01	0,63(0,43-0,93)	0,02		NS		NS
	Enceinte	36,4	0,63(0,43-0,9)							
Nombre d'enfants	0	48,8		NS				NS		NS
	1 à 2	44,4								
	3 et plus	38,5								
Emploi	Sans Emploi	33,9		NS				NS		NS
	Autre Situation	53,4								
Nationalité	Française	47,7		NS				NS		NS
	Autre	39,2								
Présence Interprète	Interprète	31,8		<0,001	2,55(1,75-3,70)	<0,001	2,99(1,92-4,68)	<0,001	2,87(1,75-4,75)	<0,001
	Pas d'interprète	52,5	2,66(1,66-3,83)							

Tableau 8 : Modèle de régression logistique analysant les déclarations de violences en fonction des variables sociodémographiques

II. Résultats partie qualitative

II.1. Modalités d'entretien

II.1.1. Lieu

Les lieux d'entretiens ont été choisis en fonction de la volonté des participantes, considérés comme adéquats si la femme se sentait en confiance, afin de limiter l'impact de la reviviscence psycho traumatologique.

Ainsi, 2 entretiens ont eu lieu dans les locaux du Centre Hospitalier de Mamoudzou : 1 dans les locaux des Urgences gynécologiques (E0) et 1 au Centre Médico Psychiatrique(E1).

Les autres entretiens se sont déroulés dans les locaux de l'ACFAV (E2-8) et 1 au domicile de la femme (E9), qui présentait des difficultés à se déplacer.

II.1.2. Durée

La durée totale des entretiens est de 587 minutes, la moyenne est de 59min (25-86min) et tient compte de l'influence d'une traduction simultanée des propos.

Jamais une limite temporelle ne nous aura été imposée, ce qui a permis une liberté de parole maximale.

Aucun entretien n'a été terminé de manière anticipée du fait d'un inconfort à l'entretien ou du choix de la personne interviewée, et toutes les thématiques ont pu être abordées.

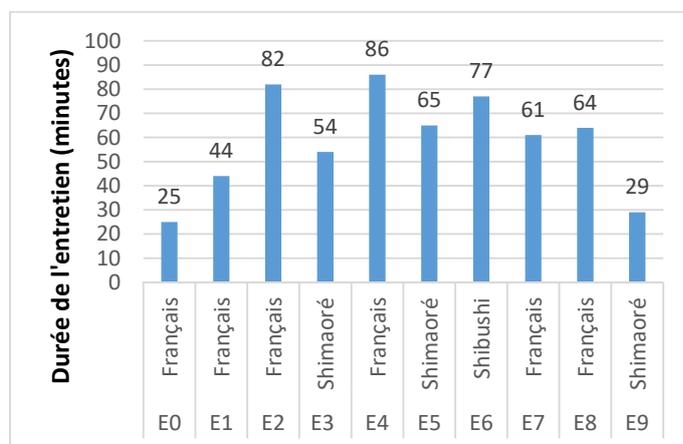


Figure 9 : Durée et langue des entretiens

II.1.3. Tiers

Il était souligné dans les modalités méthodologiques de l'enquête l'importance de la présence d'un tiers lors des entretiens pour :

- Assurer une présence professionnelle mahoraise afin de sécuriser le contexte sensible de l'interview et de pouvoir apporter des réponses pratiques au vu des thématiques de recherche, et mitiger l'éventuel impact négatif d'être un médecin, homme, blanc, dans un contexte d'échange interculturel.
- Permettre une traduction simultanée des propos, apporter de l'aide phénoménologique dans le cas d'un souci de vocabulaire, et limiter ainsi le biais de retranscription.
- Contextualiser et appréhender au mieux la problématique de la violence faite aux femmes à Mayotte.

Ainsi, tous les entretiens étaient réalisés en présence d'un tiers, d'origine mahoraise, et parlant le français et la langue d'origine de la femme interrogée.

Il s'agissait d'une Aide-soignante pour 1 entretien (E0), une psychologue clinicienne spécialisée dans l'accueil et l'écoute des femmes victimes de violence pour 1 entretien (E1), d'un juriste, également directeur de l'ACFAV pour 8 entretiens (E2-9) et d'une journaliste engagée dans la lutte contre les violences faites aux femmes pour 1 entretien (E9) dans le cadre d'un documentaire pour la journée du 25 novembre 2014, journée nationale de lutte contre les violences faites aux femmes, venue à la demande de la femme victime, pour témoigner de son histoire.

II.2. Profil socio démographique des femmes victimes de violence

Âge

L'âge moyen est de 37,6, il varie de 25 à 52 ans.

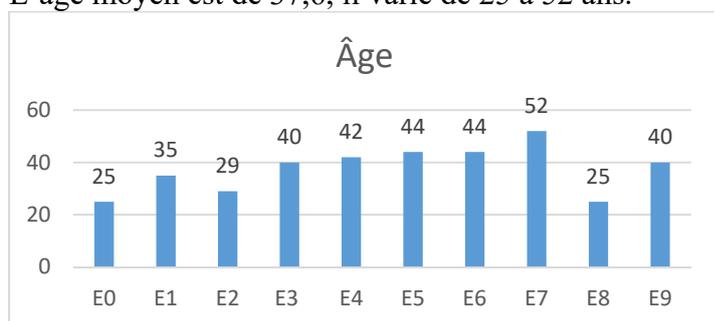


Figure 10 : Âge des femmes interrogées lors des entretiens

Nationalité – Origine – Migration

9 femmes sur 10 ont la nationalité française (dont une avec titre de séjour uniquement).

Une femme (E6) est à Mayotte en situation irrégulière, son titre de séjour étant arrivé à expiration, sans qu'elle n'ait fait la démarche pour renouveler ses droits. On pourra tenter de mettre en évidence l'impact d'un contexte de violence chez cette femme.

6 femmes sur les 10 sont nées à Mayotte et 2 femmes malgaches ont été interviewées.

Une d'entre elle (E4) 42ans, est arrivée à Mayotte à 21 ans, et a obtenu la nationalité française à l'âge de 32 ans. Elle est venue à Mayotte pour suivre son mari.

L'autre (E6) ,44ans, est arrivée à Mayotte à l'âge de 40 ans, pour suivre son mari, et n'a pas la nationalité française.

Une femme (E5) de 44ans, est d'origine Comorienne, arrivée à Mayotte de manière illégale (en kwassa kwassa) à l'âge de 26ans, à la mort de son ex-mari. Elle a un titre de séjour qui lui donne droit à la nationalité française provisoire.

Enfin, une femme (E7) 52ans, est originaire de France métropolitaine. Elle est arrivée à Mayotte à l'âge de 35 ans, secondairement à une offre d'emploi.

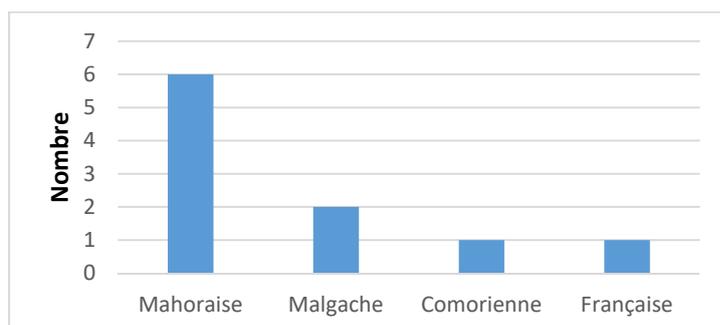


Figure 11 : Origine des femmes interrogées lors des entretiens

Langue

4/10 des femmes ne parlaient pas un français courant, dont 2 qui ne le parlaient ni ne le comprenaient pas du tout.

La traduction a été réalisée par M. DJALALINE, juriste et directeur de l'ACFAV. Les propos étaient retranscrits dans leur intégralité, traduits de manière spontanée en respectant les temps de silence et d'accompagnement psychologique.

3 différentes langues ont été présentes en entretien : le **Shimaoré** langue la plus parlée à Mayotte (inspirée du Swahili, dialecte d'Afrique de l'Est), le **Shibushi** (seconde langue la plus parlée à Mayotte, inspirée du malgache parlé dans le nord de Madagascar), et le **Français** (langue désormais officielle de Mayotte).

La présence de la traduction était indispensable, même pour les femmes francophones qui exprimaient certaines situations en shimaoré ou shibushi, comme il est précisé dans la retranscription de l'entretien E8 : « Enquêteur : Djamaël, est ce que tu peux traduire les types d'insultes qu'il proférait là ? Parce qu'elle n'arrivait pas à trouver un équivalent en français... ». La retranscription exacte des verbatims lors des résultats ci-après a ainsi voulu que lorsque les entretiens nécessitaient une traduction en simultanée par l'interprète présent, les propos des femmes soient retranscrits à la troisième personne.

Lieux où s'exercent les violences

Pendant les situations de violences, 9 femmes ont subi des situations de violence à Mayotte, et une à La Réunion (E9).

Il s'agissait du domicile pour l'ensemble des femmes, pour 6 d'entre elle d'un environnement majoritairement urbain (Mamoudzou, Kawéni, Pamandzi, La Réunion), et pour 4 autres d'un environnement rural (M'tsamboro, Sada, Hajangoua, Chirongui) où la composante uxori locale était présente. Il s'agit en effet de maison familiale, appartenant à la mère de la femme, et dans laquelle plusieurs foyers vivent.

Position des femmes par rapport à l'emploi

9 femmes sur 10 ont la sécurité sociale, une femme (E6) vit en situation de grande précarité.

7 femmes sur les 10 interrogées ont un travail, et ont fait des études. Les 3 autres (E5, E6, E9) vivent de quelques ménages de manière non déclarée. Les femmes interrogées sont donc plutôt moins précaires que la population générale.

Polygamie

La polygamie est présente et identifiée comme situation conjugale pour 6 des personnes interrogées (E0, E1, E2, E5, E8, E9), 3 femmes pensent que leur mari est monogame (E4, E6, E7), et 1 qui ne connaissait pas la situation (E3).

Religion

7 femmes sur 10 ont déclaré être de religion musulmane, 2 de religion catholique (E4, E6), et 1 sans religion (E7).

Nombre d'enfants

Les femmes interrogées ont toutes un enfant ou plus, et le nombre d'enfant moyen est de 3,4 (2-7). Une femme était enceinte lors de l'entretien (E0).

Situation maritale

Avec leur partenaire violent, les femmes interrogées étaient toutes mariées, dont 7 religieusement, et 3 civilement. Aucune n'était en union libre ou concubinage.

II.3. Profil type de l'agresseur dans la relation conflictuelle actuelle

Profil sociodémographique

6 des hommes impliqués en tant qu'auteur des violences étaient d'origine mahoraise, 2 étaient comoriens, dont un de Mohéli (E3) et un d'Anjouan (E8), un autre était de nationalité française, originaire des Antilles française (E6).

5 femmes ont rapporté une différence d'âge avec leur conjoint, parmi lesquels un seul était plus jeune (19 ans d'écart, E7).

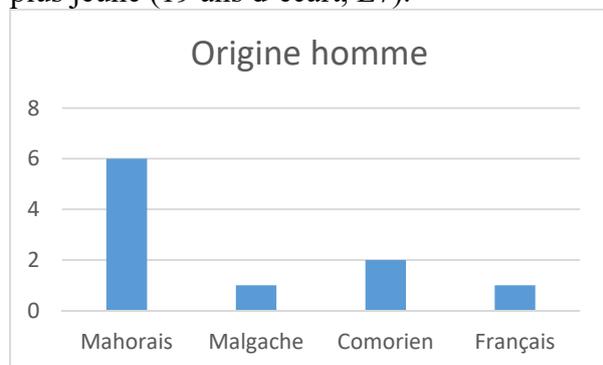


Figure 13: Origine du conjoint violent des femmes interrogées lors des entretiens

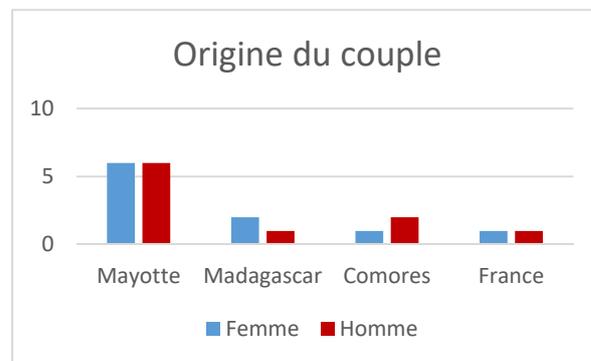


Figure 12 : Différentiel d'origine au sein du couple avec violence des femmes interrogées

Religion

7 des femmes interrogées ont déclaré que leur conjoint était de religion musulmane, et 3 de religion catholique (E4, E6, E7).

Position des conjoints violents par rapport à l'emploi

7 hommes avaient un travail stable et une bonne condition financière décrite (E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9). 2 autres hommes ne travaillaient pas, avec l'évocation d'une instabilité socio professionnelle (licenciement professionnel récent : E5, deal de portables volés : E7).

Addictions

Pour 5 des femmes interrogées, leur conjoint avait une addiction à l'alcool, associée à du tabac (E4), du bangué³⁷ (E3, E5, E6, E7) et des antidépresseurs, comme l'exemple de l'entretien E7 : « L'alcool c'est un dépresseur, alors mélangé au bangué, à ses antidépresseurs qu'il prend depuis un an, ça fait un cocktail qui a vraiment explosé dans sa tête. » Pour une autre femme (E8), la consommation de toxique était inconnue : « Lui il me dit qu'il ne fait ni boire ni fumer. Je ne sais pas. ».

II.4. Description des violences par les victimes

II.4.1. Définition personnelle

Les femmes interrogées ont défini la violence faites aux femmes dans des termes **correspondant aux définitions internationales**. Elles identifiaient clairement les différentes formes/catégories de violences dont les violences psychologiques comme le signale l'entretien E1 : « La violence elle a plusieurs formes : Quand on bat c'est une violence, quand on nous abandonne avec les enfants, quand on nous viole, c'est une violence ».

³⁷ Nom donné au cannabis local

Lors de la demande de définition des violences, certaines femmes auront d'ailleurs spontanément spécifié la violence psychologique. Ainsi, selon l'entretien E8 : « Tu n'as pas intérêt à faire n'importe quoi en faisant comme avec un torchon sale, que tu prends, tu jettes là où tu veux... Ca ça ne se fait pas. Même au restaurant ça ne se fait pas. Au restaurant si c'est fermé, c'est fermé. Je ne suis pas un esclave, je suis désolée. ».

Mais également la violence physique, comme le signale l'entretien E4 : « Quand on a une femme qu'on aime, il faut qu'on la préserve, on va pas lui faire mal quand même hein. ».

Enfin, la **différence entre une dispute et une situation de violence est sous entendue** au cours de l'entretien E4 : « Vous savez, dans une vie de couple, il y a toujours des hauts et des bas, mais là au lieu de se calmer, il s'énerve et quand tu montes le ton, il envoie sa main. ».

II.4.2. Connaissance de situations similaires / Statut de la rivale si polygamie

4 des femmes interrogées ne connaissent pas de situation similaire dans leur entourage (E2, E3, E4, E6, E9), principalement du fait de leur isolement majeur, mais également à cause du caractère tabou du sujet.

Les femmes qui quant à elles, rapportent une situation similaire, font part d'un certain **fatalisme** E1 : « Ça m'étonnerait que quelqu'un ne subisse pas ça » et **caractère inéluctable de leur situation de femme à Mayotte** comme le rapporte l'entretien E1 « Tout autour de moi il y a cette vie-là ».

Ce fatalisme est lié, selon elles, à la **pratique des mahorais de la religion** comme entendu dans l'entretien E1 : « Tant que c'est un mahorais et un musulman, elle subit forcément. »

Rapportant principalement leurs propos à l'existence d'une souffrance psychologique liée aux situations de **polygamie**, comme le rapporte l'entretien E7 : « Les copines que j'ai, c'est surtout des collègues d'ici. Elles me disent : " ben quand mon mari fait des conneries, genre il a deux ou trois femmes, ben je souffre. Mais il ferme sa bouche donc moi aussi. ". Mais alors elles souffrent... C'est un coup à se flinguer ! »

II.4.3. Le silence

La plupart des femmes ont caractérisé le sujet comme tabou. C'est un des déterminants probables de la sous déclaration de la violence faite aux femmes, et le cheval de bataille de la lutte contre ce phénomène par l'association de défense des victimes.

Dans nos entretiens, la déclaration de ces violences subies verbalise **la peur d'une exclusion sociale**. Comme nous le verrons dans la discussion, ce silence existe dans toute les sociétés où la violence est présente, mais est peut être renforcé ici à Mayotte, par l'organisation sociale et familiale clanique et communautaire, caractérisée par la faible existence sociale en dehors de la famille qui définit cette exclusion comme une sanction majeure, par la fin des relations sociales, et la fin des solidarités de proximité.

La caractérisation de la violence subie comme sujet tabou est évoquée au travers de la peur des répercussions des autres sur soi, renvoyant à la non acceptation sociale de porter atteinte au lien familial. Quatre d'entre elles ont exprimé **la peur d'être jugées** E1 : « Des fois je me dis que je vais trouver un métropolitain pour ne pas être confronté à cela, mais je serais tellement montrée du doigt au village que finalement, si lui ne suis pas ma religion, ça va mal se passer », E2 : « Je crains d'aller porter plainte, pour qu'on ne dise pas que j'ai porté plainte contre mon mari, ça se fait pas », et **la honte** E3 : « Moi je n'en ai parlé à personne, peut-être parce que j'ai honte de le dire. » et E4 : « On a honte de dire qu'on a subi telle ou telle chose ».

Une de ces femmes (entretien E4) a d'ailleurs **pensé ne pas être crue** : « Les gens ne peuvent pas y croire, ils ne me croiront pas. ».

On distingue aussi la **peur de répercussions sur les proches**, comme lors de l'entretien E7 : « Moi j'ai jamais rien osé dire, parce que j'ai peur que ma fille aille à la police et tout. ».

Il a ainsi été répété par le biais de l'enquête DEVIFFE 2014, dans les médias et les conférences, l'importance de briser le silence.

Le caractère tabou est aussi en cause majoritaire dans les **répercussions psychotraumatologiques** que l'on peut rencontrer chez ces femmes victimes. Ces répercussions sont ainsi inscrites dans la stratégie de l'agresseur pour faire garder le silence.

E2 : « Au village tout le monde parle de moi, je devrais trouver une autre solution que de porter plainte, mais je sais qu'avec lui, il n'y a pas d'autre solution. ».

II.4.4. La femme mahoraise : entre constat fataliste d'aliénation et volonté de changement.

Il a été tenté au cours de cette enquête, d'appréhender le statut de la femme mahoraise, afin de développer une approche compréhensive des chiffres de violence plus élevés qu'en métropole et de réfléchir à des pistes afin de réduire ce fléau.

Les premiers entretiens (E0, E1) apportent cependant quelques éléments de réponse quant à l'appréhension d'une évolution du statut de la femme à Mayotte, entre révolte et fatalisme.

Il est repris dans l'analyse de l'étude, l'impact de l'effet générationnel, ou d'une autonomisation certaine des femmes à Mayotte dans la critique de ces violences.

Quelques femmes ont spontanément évoqué une **mutation des comportements** imputable à la transition sociétale de Mayotte, comme pendant l'entretien E0 : « La nouvelle génération, maintenant, elle peut plus facilement dire non » attribuant cela à la **mobilité des femmes** d'aujourd'hui comme pendant l'entretien E1 : « Je pense que c'est, peut-être, lié au fait qu'on soit sorti, qu'on ait vu d'autres choses et qu'on se soit dit qu'il fallait que ça change ».

Certaines femmes ont fait part d'un **sentiment de révolte**, comme le montre l'entretien E1 : « On le dit à haute voix parce qu'on en a marre, on n'en peut plus on est fatiguées de cette situation, on est révoltées. ». Et une **volonté de changement** : « On a envie que ça change, mais ça change pas » mais bien souvent teintée de **résignation**, notamment lorsqu'elle nous parle de la généralisation de la **soumission** « Donc je n'ai pas le choix. C'est subir. Donc moi je subis, elle subit, l'autre aussi et l'autre aussi. Et tous les jours, la femme mahoraise, elle pleure », lié à l'**imprégnation traditionnelle**, comme souligné pendant l'entretien E0 en ciblant les violences sexuelles : « Tu sais nous, pour dire qu'on a envie d'avoir une relation, on a juste le droit de mettre le m'dzinzano³⁸, c'est tout [...] de toute façon, ce sont les hommes qui décident en général, on n'a pas le choix d'avoir un rapport sexuel ou non » ou les **pressions familiales**, E0 : « mais la pression familiale, elle reste toujours difficile à gérer. ».

Cette résignation est également bien souvent articulée lors de nos entretiens, avec l'influence de la religion ainsi que l'**inexistence sociale et de la vulnérabilité des femmes célibataires**, comme entendu dans l'entretien E1 : « A Mayotte, nous on est avant tout des musulmans, et quand on est musulmans, normalement c'est presque interdit d'être seule. On est obligé

³⁸ Le m'dzinzano est un masque de beauté des femmes mahoraises, fait à partir de bois de santal et de pierres de corail, porté le jour comme ornement et protection du soleil, et la nuit comme masque de séduction réservé au mari.

d'avoir un mari pour être respectée. Si t'as pas de mari, tu peux pas être respectée. Et du coup, on est prête à subir. On vit cette violence là comme ça, parce que j'ai besoin d'avoir ce statut-là, j'ai besoin qu'on me respecte, j'ai besoin d'exister. ».

Résignation vectrice d'**isolement**, de **stigmatisation**, lorsque la femme se met à nous interroger pendant l'entretien E1 : « Mais que faire, comment faire pour s'en sortir de cette situation. Vous avez la réponse ? » .

II.5. La vie pendant les violences

II.5.1. Caractérisation de la violence subie

Toutes les femmes interrogées ont déclarés avoir subi au moins trois types de violence sur les quatre que nous avons différenciés dans l'introduction, et l'analyse des discours a montré une très forte intrication des différents types de violence.

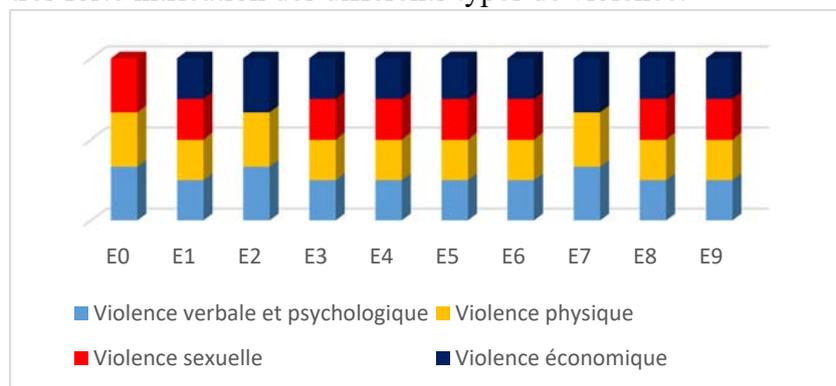


Figure 14 : Répartition des types de violences subies par les femmes interrogées

La totalité des femmes interrogées ont rapporté au moins un épisode de violence verbale, associé pour la plupart des cas à un autre type de violence, comme le montre le caractère intriqué des violences exprimé dans les résultats de la partie quantitative de l'étude.

La dénonciation et la description des violences verbales et psychologiques ont pris la majorité du temps global de l'entretien, et ce pour toutes les femmes interviewées.

Nous avons organisé et analysé les discours décrivant les violences, en mobilisant l'outil qui met en évidence les stratégies de l'agresseur sexiste élaboré par le Dr Emmanuelle Piet.

Les discours de ces femmes se superposent facilement avec cet outil, attestant, comme nous le verrons dans la discussion, de l'applicabilité du dépistage à Mayotte.

L'isolement

Les interviews décrivent un *isolement géographique, social et professionnel*, induit par :

- Le contrôle des déplacements et des moyens de transport :

E3 : « Quand je pars je lui dis où je vais, à chaque fois qu'il rentre et que je ne suis pas à la maison, il sait où je suis », E6 : « Des fois je sors avec des amies, mais je suis obligée de l'appeler avant de sortir pour lui demander. Je l'appelle, puis je sors, et quand il revient, c'est lui qui vient me chercher pour revenir à la maison. », E8 « Je demande la permission mais chaque fois que je veux sortir il me refuse », avec prise de contrôle de la voiture : E2 : « Tous les jours j'étais véhiculée par lui. Il m'emmène et viens me chercher au travail » ; E9 : « Elle était complètement enfermée par son mari, elle n'avait pas d'amis, pas de famille sur place à La Réunion ».

- Le **contrôle du domicile** :

E4 : « La plupart du temps il restait à la maison, pour me surveiller, en train de jouer à l'ordinateur, mais surtout me surveiller pour voir si je faisais bien à manger. Sans m'aider, juste me surveiller. », E5 : « Il ne supporte pas que d'autre gens viennent à la maison. Sa famille peut venir à la maison, mais ses amis ne peuvent pas venir chez elle³⁹ », avec des menaces de **séquestrations** E1 : « " Il faut que tu m'embrasses, il faut que tu me serres, il faut qu'on fasse ceci, il faut qu'on fasse cela sinon tu quitteras plus la maison, tu peux arriver en retard au boulot, moi je m'en fous " ».

- Le **contrôle des moyens de communication** :

Comme entendu dans l'entretien E8 : « Il a pris mon téléphone [...] Toutes les personnes qui cherchent à me voir, ils vont tomber sur lui. ».

Certaines usaient de stratégies pour tenter de sortir de cet engrenage, au risque de subir des coups, E4 : « J'avais toujours des contacts, mais en cachette, et quand il me chopait, il me tapait. J'ai essayé de faire le maximum pour garder le contact. ».

- Le **contrôle de la situation administrative** :

Pour l'entretien E3 : « Quand je lui disais qu'il n'y a pas de riz par exemple, il me disait, si tu me donne un rendez-vous à la préfecture alors j'irai acheter du riz. » ; « Quand il a eu la carte de séjour, j'avais acheté une voiture, sa première voiture, pour qu'il fasse taxi. Après je lui avais demandé chaque mois de me donner un peu d'argent, mais il a refusé, il ne m'a jamais rien donné ».

Ainsi, ces violences économiques sont liées à la privation d'une existence sociale que la régularité administrative c'est-à-dire, la possibilité de trouver un emploi et de sortir à l'extérieur sans craindre d'être arrêtée par la police du fait d'une situation irrégulière.

- Le **contrôle des dépenses du foyer** :

Le comportement s'inscrivant dans une **violence économique** le plus fréquemment décrit par les femmes, était l'**absence de participation financière aux besoins du foyer** comme pour les entretiens : E1 : « Il finançait tout, puis il a arrêté, il a lavé les mains. » ; E7 : « C'est moi qui finance tout » ; « Même son ex-femme appelait à la maison pour me dire que leur enfant était malade, qu'elle n'avait pas d'argent pour le soigner et tout. Mais moi j'en avais marre quoi, je leur donnais deux trois bricoles, mais ça leur suffisait jamais quoi. En fait j'ai raqué. » ; E8 : « Les factures il paye que s'il a envie. S'il n'a pas envie il ne paye pas. » ; E9 : « même si monsieur avait un salaire, elle payait tout avec l'argent des allocations. ». On dénote aussi une intrication avec les violences sexuelles, comme dans l'entretien E4 : « Quand je travaillais pas, parce que j'avais un contrat saisonnier, il achetait, mais à chaque fois qu'il dépensait de l'argent, il fallait le rembourser. Soit financièrement, ou bien il voulait mon corps. ».

Ces situations de violences économiques, majorant l'isolement de la femme, incluent également des situations de **vols d'argent**, avec des femmes **perdues d'un point de vue psychologique, judiciaire et administratif** : E4 : « Il a imité ma signature pour je ne puisse plus retirer d'argent », ces femmes ne connaissant pas même leurs droits, n'engagent pas de poursuites administratives ou judiciaires, et se retrouvent démunies « Je ne pouvais plus accéder à mon argent. [...] Je n'avais plus d'argent pour manger ou pour rien d'autre. ».

³⁹ Comme dit précédemment, les propos de l'entretien E5 et E9 sont à la troisième personne, car rapportés par le biais de l'interprète.

Enfin, lorsque l'homme avait les ressources financières du foyer, des situations de **privations de biens vitaux** ont été décrits : E5 : « Il disait sans cesse qu'il partirait sans revenir et qu'il allait la laisser mourir de faim. ».

Il a également été relaté un *isolement affectif* et une **indifférence aux demandes affectives** (se montrer insensible ou inattentif, créer une situation de manque ou de frustration), selon l'entretien E1 : « A des moments j'ai besoin de lui, mais il n'est pas là. J'ai besoin qu'il m'écoute, mais il n'est pas là », associé à du **mutisme** pour la femme de l'entretien E7 : « Si je lui dis quelque chose, il ferme sa bouche, pendant des jours ».

La dévalorisation, la chosification

Nombreuses sont les femmes interviewées à avoir explicité des violences verbales et psychologiques teintées :

- **D'insultes** comme pendant les entretiens E6 : « Tout le temps connasse » et E9 : « Souvent des injures ».
- **De dénigrement, d'humiliation** en prétendant une **supériorité** E4 : « Il me traite comme une petite gamine, à me guider, il me disait si tu veux pas faire ça, je te fais ça », ou encore E8 : « Il me dit : " Tu te comportes comme un enfant ! Tu n'arrives même pas à entretenir ta maison " ».
- **De moqueries**, mais également des formes de discriminations **liés aux différences d'origine et de culture**, comme pendant l'entretien E1 traitée de « Sale nègre » par son conjoint métropolitain.

Lorsqu'il existe un différentiel d'origine géographique dans le couple au sein même des Comores, c'est ici aussi l'idée de **propos racistes et xénophobes** qui sont mis en avant, notamment dans les entretiens E5 : « Il raconte tout le temps n'importe quoi sur les immigrés, les anjouanais tout ça », et E6 : « Il critiquait sans cesse les mahorais, il m'a réveillé pour me montrer des mahorais en train d'enterrer quelqu'un, il rigolait sur les mahorais magnégné⁴⁰ qui enterrent des gens comme ça le soir. Il me disait qu'ils allaient déterrer le corps, et lui mettre 20 centimes dans la bouche pour qu'il soit riche ».

- **De chosification**, marquée lors de :
 - o La **non acceptation des différences culturelles et religieuse**, comme par le conjoint métropolitain de l'entretien E6 : « Il voulait que je m'habille de manière sexy, il ne voulait pas que je mette des salouva », dénotant la volonté **d'hyper sexualisation**, ou par le conjoint malgache de l'entretien E7, qui ne tolérait pas la consommation d'alcool et de tabac de sa femme, en lui répliquant « T'es qu'une sale ordure, sale toxico ».
 - o Mais également liée à la volonté de **rabaisser** la femme victime, comme lors des entretiens E3 : « Non, toi tu n'es pas une femme, parce que si tu étais une femme je te donnerais quelque chose, mais toi tu n'es pas une femme, tu es une soussou⁴¹ » et E8 : « Tu m'énerve plus que l'eau des toilettes. Là où on fait ses besoins. ».

⁴⁰ *Magnégné* : Propos qualificatif péjoratif rabaisant, pouvant se traduire ici par « qui ne savent pas grand-chose et font n'importe quoi »

⁴¹ ~prostituée~

- Des procédés de **déshumanisation** de la femme appartenant en totalité à l'agresseur, bien explicite dans l'entretien E4 : « Il ne me considérait pas du tout comme une femme, mais plutôt comme un objet qui appartenait à lui », était également associé à l'existence chez l'homme agresseur de **comportements sexuels inopportuns** comme avec la femme de l'entretien E6 : « Il commençait à dire des choses bizarres, comme il allait me prendre par devant pendant que mon fils me prenait par derrière » ; « Il amenait des copines et leur disait que je n'étais pas sa femme, mais sa femme de ménage. [...] C'était des femmes de 17, 18 ans, il faisait des relations avec plusieurs femmes parfois, et des fois il me demandait de sortir, des fois il faisait ça devant moi ».
- De sentiment de possession de la femme, lors de manifestation de **jalousie pathologique**, définie par la présence d'une suspicion constante, ou l'attribution d'intentions non fondées, comme l'expriment ces trois femmes : E3 : « Quand je parle avec quelqu'un c'est forcément mon amant, quand il me voit en train de parler avec quelqu'un, c'est forcément mon amant », E5 : « Le jour où il est revenu de métropole, il a été particulièrement agressif, il lui a d'abord demandé de lister toutes les personnes avec qui elle a couché. Elle lui a dit qu'elle n'avait couché avec personne, et à trois heures du matin, il l'a réveillé, lui a mis un couteau sur la joue et lui a redemandé de lui lister toutes les personnes avec lesquelles elle avait couché. », E8 : « Il me dit que j'ai un amant alors que je ne suis même pas au courant que j'ai un amant ».

Dans un but **d'affaiblissement physique et psychique** de la victime par manque de sommeil, comme lors des situations de **harcèlement sexuel et de viol conjugal** : E4 : « Tous les matins quand il se levait, il voulait que je couche avec lui, quand il revenait du travail pareil, et la nuit quand je dormais il me réveillait pour avoir un rapport, et tout ça tous les jours, tout le temps comme ça » ou de **pression morale continue**, ne laissant pas de répit comme l'exprime la femme de l'entretien E3 : « Il m'appelle pour m'insulter. Du coup je ne réponds pas au téléphone. Même tout à l'heure à 15h30 il m'appelle, mais je réponds pas, j'ai mis son numéro en rejet », ou E5 : « Constamment dévalorisée ».

Avec une dimension bien souvent **scénarisée** des épisodes de violence pour appuyer cet affaiblissement, comme dans les entretiens E4 : « À chaque fois il fumait devant moi en me crachant la fumée à la tête. Parce qu'il sait que je suis asthmatique et que je ne supporte pas ça » et E8 : « Il arrive à 2h du matin et me dit : " vas faire à manger ! " Si je lui dis que je suis fatiguée, il me descend du lit de force pour que j'aie à faire à manger. Alors je vais dans le salon et je m'assois. Il continue à me harceler. » ; « Et à un certain moment, je suis descendue du lit, pour dormir par terre. Pour qu'il arrête de m'embêter. Et quand je suis descendue par terre, il a pris une bouteille d'eau et il m'a arrosée là où j'étais allongée. [...] Et il me soulève pour me jeter sur le lit. Je descends du lit, je vais toujours m'asseoir sur la chaise. Il continue il continue... Jusqu'à 4h !! Jusqu'à 4h il a fait ça ! Alors le lendemain j'allais au travail. ».

Avec, comme le dit le Dr. PIET, **la double conséquence qu'elle ne répliquera plus et qu'elle perdra l'estime d'elle-même.**

Toutes les femmes ont ainsi déclaré plusieurs situations de violence psychologique, toutes avec des séquelles, et sous plusieurs formes.

La violence est décrite comme insidieuse **s'inscrivant dans la durée**, et résulte pour la grande majorité du temps par un psychotraumatisme séquellaire, décelable notamment pendant l'entretien E3 : « Je me sens rabaissée tout le temps » ; E8 : « Il me prend pour une esclave » ; E5 : « Elle se sent constamment dévalorisée » ; E6 : « Il me prenait pour son chien, parce qu'il me donnait à manger ».

L'inversion de culpabilité

Inverser la culpabilité et entretenir une confusion par des attitudes contrastées avec alternance de période d'accalmie et de crises violentes, sont des éléments clés d'une stratégie mise en place par l'agresseur.

- Il est ainsi nécessaire pour l'agresseur, de ne se reconnaître **aucune responsabilité dans le passage à la violence**, et ainsi faire perdurer la **culpabilisation** de la victime, nécessaire à assurer son **impunité** et **justifier de ses actes** E9 : « Il disait des fois que tout ce qui arrive, c'est sa faute. [...] Il disait juste comme ça : " C'est à cause de toi que je frappe " » avec la conséquence d'un **transfert de responsabilité** de la part de la victime : E7 : « Je ne sais pas, c'est moi qui l'ai poussé à bout après tout, c'est une forme de violence aussi. J'ai été violente » ; E1 : « On se dit toujours ouais c'est ma faute, c'est peut être ma faute. Mais finalement, quand on regarde, c'était pas du tout ta faute, mais bon... on a subit.»
- Mais il est également essentiel pour l'agresseur **d'entretenir la confusion, l'embrouille** afin de **perpétuer les violences** à sa victime, en adoptant des **attitudes contrastées** alternant avec des **périodes d'accalmie annonciatrices de redoutables orages**.

On remarque ainsi dans ces témoignages, la **dimension cyclique** et inscription dans la durée de la stratégie mise en place, avec perpétuel recommencement, symbole d'une emprise psychique.

- La **phase 1** est le **climat de tension**, qui transparaît dans la peur des femmes victimes vis-à-vis de leurs maris : E4 : « J'avais peur », E7 : « Toujours cette atmosphère de terreur, de peur, de peur mentale quoi. Toujours la tension dans la maison » et E8 : « Moi, lui il me fait peur ! Je vous dis la vérité : j'ai peur de mon mari. Parce qu'il est capable de faire du n'importe quoi ».
- La **phase 2** correspond à la **crise** en elle-même, décrite par les récits ci-dessus.
- La **phase 3** à la **justification** du mari de sa crise violente, trouvant des excuses pour justifier de son comportement en inversant la culpabilité comme cité plus haut ou en se déresponsabilisant de quelque manière que ce soit E6 : « Il ne s'excusait que en disant que ce n'était pas de sa faute, mais la faute de ses esprits. ».
- La **phase 4**, correspondant à la période de **lune de miel**, pendant laquelle l'agresseur donne ses excuses, cherche l'apaisement, s'assure de la fidélité et la compassion de sa victime : E2 : « A chaque fois il revient, toujours, en me disant que c'est bon, ça ne va pas se répéter, on a des enfants tout ça. » ; « Il m'avait dit alors que ça n'allait plus se répéter, comme d'habitude, et puis j'ai annulé ma plainte. » ; E3 : « Plusieurs fois je lui ai demandé de partir mais il ne partait pas, enfin il part, il revient, il part, il revient. » ; « De temps en temps ça se calmait » ; « Il voulait qu'on se réconcilie » ; E4 : « On a divorcé, il est parti avec une autre femme en Métropole, mais ça ne marchait

pas trop pour lui, donc ils sont revenus à Mayotte, et quand il a vu que je vivais seule, il a demandé des excuses pour revenir. Après trois ans. Et après on est retourné ensemble et je suis tout de suite tombé enceinte de la dernière. » ; E5 : « Elle a discuté avec son mari, ils se sont un peu réconciliés, il lui a demandé de retirer sa plainte et elle était d'accord, parce qu'il a dit qu'il voulait envoyer ses enfants en France pour étudier » ; E7 : « Les périodes d'accalmies là, de deux trois jours ».

- Avant un **retour inexorable à la phase 1** : E4 : « Je suis rentré dans le piège, je sais pas je pensais que peut-être il allait changer un jour. » sans **jamais vraiment pouvoir anticiper** le moment du retour de l'orage : E6 : « Des fois tu le vois vraiment gentil tu te dis ça doit être un bon mec, mais des fois, ça devient un monstre. » ; E7 : « Plusieurs fois, je lui ai dit " Pars ", et il a pris ses affaires et il est revenu parce qu'on s'est parlé, et j'ai accepté de lui parler, parce que je l'aimais quoi » ; « Il a toujours dit qu'il allait arrêter de boire mais bon... ».

L'instauration d'un climat de peur et d'insécurité.

C'est en **se présentant comme tout puissant**, que le climat de terreur, et l'assouvissement de la victime peuvent avoir lieu. Ce sentiment a clairement été retrouvé lors des entretiens : E3 : « Lui, il se sent super puissant » ; E4 : « Il se considérait comme un Dieu à la maison, il était le père des enfants. » ; E5 : « Il lui disait simplement, qu'il ne peut pas exister d'autres hommes qui pourra s'occuper mieux des enfants que lui. » ; E6 : « Il se prenait pour Dieu » relatant ainsi un **climat d'insécurité**.

On retrouve plusieurs exemples lors des entretiens, d'une **manipulation** mise en place.

- Ainsi une des particularités de cette étude, peut être renforcée par le contexte géopolitique et la migration économique en provenance des Comores et du fait de différence d'origine au sein des différents couples étudiés, est l'existence d'un phénomène de **chantage administratif** et de **violences économiques**.
 - o Avec une pression psychologique s'exerçant de la part du mari en règle administrativement, vis-à-vis des femmes en situation illégale pour les 3 entretiens E4 : « Mais pour moi je ne voulais pas qu'il me reproche qu'il m'avait amené à Mayotte de Madagascar, qu'il m'avait aidé à avoir des papiers, pour profiter de lui, des papiers, de ceci de cela, donc j'ai laissé », E5 : « Elle ne pouvait pas quitter ce mari, car elle était en situation irrégulière, elle ne savait pas où aller, elle n'avait pas de situation, et son amie ne voulait plus l'accueillir. », et E6 : « Je n'avais pas de papiers, puis dès que j'ai eu mon visa, il a commencé à me dire que c'était grâce à lui que j'avais eu les papiers, le visa, en fait dès que j'ai eu mes papiers il a commencé à être violent. » ; « Je suis restée avec lui parce que j'avais peur qu'il arrête de faire toutes les démarches pour les papiers. ».
 - o Ou une pression secondaire à l'état d'emprise dans le cas inverse, lorsque les femmes sont en règle et les maris en situation illégale : E1 : « J'ai peur de prendre un comorien, un anjouanais, je vois que toutes celles qui sont mariées avec eux, en souffrent beaucoup, parce que dès qu'ils ont les papiers, ils ne sont plus là. Ils abandonnent. » ; E7 : « La dame que j'ai vu au CDAD⁴² [...] Elle a juste su me dire "il risque d'avoir son séjour qui va sauter" Et là je me sens mal. ».

⁴² CDAD : Centre Départemental d'Accès aux Droits

- Les situations de **violence économique** ont également été citées de manière spontanée de la part de la grande majorité des femmes victimes, que ces femmes aient une situation financière relativement stable ou à l'inverse, connaissant une précarité financière (E5, E6, E9). Il est à évoquer les situations de violences économiques selon les définitions des textes de lois français. On retrouve ainsi, des situations dans lesquelles il existe une **exploitation abusive** d'une **dépendance économique**, faite pour tirer profit de la crainte d'un mal, menaçant directement les intérêts légitimes de la personne.

Cette exploitation économique, peut être induite par le mari, afin **d'assurer son emprise** et la **dépendance de sa victime** : E6 : « Avant à Boueni, je travaillais comme femme de ménage chez un mzoungou⁴³. Mais il m'a dit laisse ça, c'est moi qui vais donner l'argent. » ; « Il me prenait pour son chien, parce qu'il me donnait à manger comme ça, il s'occupait des études de mon enfant tout ça. Il profitait que je ne travaillais pas. ».

Les femmes s'exprimant ont alors évoqué des situations de **chantage économique**, principalement lorsqu'a été engagé un investissement commun, comme dans l'entretien E2 : « Je construisais ma maison quand je l'ai rencontré, il a participé (*financièrement*), et c'est devenu un chantage, parce qu'il a participé, j'ai pas le droit de dire non, puisqu'il a participé je ne peux pas lui refuser quoi que ce soit, puisqu'il a participé, je dois tout subir. Pour lui, c'est sa maison, il ne la quittera pas. Quoi qu'il arrive, si moi j'ai un souci, si je veux partir, lui restera ». Ce témoignage contribue à remettre en question l'hypothèse de la **société mahoraise traditionnelle matriarcale**, et que la **matrilocalité** permettrait une plus grande liberté aux femmes.

- Cette **toute puissance** est mise à partie avec la **force physique**, réprimant chaque manifestation de désaccord : E6 : « Quand il me dit des choses et que je ne veux pas, toujours il me frappe. » ; E9 : « Il lui disait que, de toute façon dès qu'elle faisait une remarque sur ses maitresses, ça l'énervait. Et il la tapait », ou tentative de discussion : E7 : « J'ai pleuré, en lui demandant « mais pourquoi tu fais ça ? Il ne répond pas, " Me touche pas ", je continue et Bing, donc là voilà, j'en ai pris une ».

Cette violence physique a engendré comme conséquence pour les femmes interrogées des **répercussions physiques graves** : E2 : « J'ai pris les escaliers, j'ai accroché la barrière des escaliers et puis là, il m'a tiré de force, m'a poussé, et je me suis cogné le dos contre le congélateur » ; E5 : « Il s'est ensuite enfui, et revenu pour m'étouffer en me serrant au cou. » ; E6 : « Il a écrasé une cigarette sur mon cou » ; E9 : « Cicatrices de morsure d'il y a deux ans ». Voire **irréversibles** : E9 : « Lecture du certificat médical initial : *Déficit moteur pied gauche et main gauche secondaire à un coup de bâton au niveau cervical et bousculade, puis chute dans l'escalier.* ».

- On note ainsi des **violences sexuelles** associées à des **violences physiques et psychologiques**, dans plusieurs contextes, souvent liés entre eux :

- Contextes de **soumission morale et physique** de la femme victime, résultat de la stratégie mise en place aboutissant à une perte d'estime de soi et une paralysie psycho traumatique ne permettant pas d'alternative à la soumission sexuelle, d'autant plus si la force intervient. Ainsi, des situations de **viols conjugaux** sont rapportées pour la totalité des femmes interrogées, liés au refus de relation sexuel de la part de la femme E0 : « C'est mon mari qui m'a

⁴³ Mzoungou, Muzungu : terme shimaoré utilisé pour définir les métropolitains.

déjà tapé et forcé à avoir une relation sexuelle » ; E1 : « Des fois oui, quand je refuse d'avoir des rapports, il veut absolument avoir des rapports. Il insiste, il insiste, il insiste, il insiste, il m'écarte de force, puis je fini par céder parce que je vois qu'il va me faire mal, et puis finalement je me laisse aller et il fait ce qu'il a envie de faire » ; E3 : « Quasiment tout le temps, même avec la force, parce que quand il rentre à une heure du matin ou deux heures du matin et qu'il veut coucher avec moi, moi je ne veux pas. Après là il me force. » ; E3 : « Quand je ne veux pas c'est la bagarre. » ; E6 : « Il m'obligeait parfois de le sucer, avec la force, en m'attachant. » ; « Quand j'avais fait l'opération, juste après, il voulait avoir des rapports, mais moi je ne voulais pas, j'avais mal. Mais là il m'a forcé, je n'avais pas le choix. » ; E8 : « Il y a des fois moi j'ai pas envie, lui il me force. » ; E9 : « Et si elle n'est pas d'accord, il la frappe tout de suite. ».

- Une situation de **viol « correctif »** a été rapportée: E4 : « Il insulte et me traite et après il faut qu'il couche avec toi, violemment, avec la force [...] " Alors comme ça ma bite te suffit pas, je vais te montrer alors, pour pas que tu ailles chercher ailleurs ! " » .
- On note enfin la **négation du droit d'utiliser la contraception** ou de se protéger des maladies sexuellement transmissibles : E0 : « Un jour il a senti les fils du stérilet, il a vérifié en mettant ses deux doigts, et il l'a dit à ma mère, qui m'a obligé à aller l'enlever elle aussi. ». Et une situation d'**avortement forcé** : E8 : « Quand mon fils il avait 4 mois, j'avais pris une grossesse. Il m'a dit " Ben voilà, tu vas avorter parce que ton bébé il est trop petit, tu vas gâcher sa vie. " Je l'ai écouté parce que c'est mon mari. ».

Il est important de souligner que lors de l'entretien, il n'a jamais été besoin de définir ces termes, et que les réponses sont venues pour toutes, de manière spontanée, sans nécessité de préciser les termes ou les questions, et que ces récits apparaissaient comme réels **exutoires**.

C'est également en **usant de menaces**, que le climat de terreur peut s'établir efficacement. Ainsi, les menaces ont également pour but de **pousser à bout** la femme victime, comme dans l'entretien E8 : « Il me dit vraiment des choses que moi je ne supporte plus. Il me dit voilà : " Moi je peux te coller devant le mur ! Je n'ai pas peur de qui que ce soit, ni de prison, ni de rien du tout " Voilà, c'est tout le temps comme ça », voire d'en dégager des **bénéfices secondaires** de reconnaissance et de victimisation sociale : E3 : « Il m'a tiré le bras, je lui ai dit " laisse-moi, tu me fais mal, tu me fais mal ! " et il m'a dit " je le fais pour que tu t'énerves, et que tu prennes un couteau et que tu me tues comme ça je serai le premier homme victime d'une femme à Mayotte " ».

On dénote aussi la profération de **menaces de mort**, présent chez 6 des femmes enquêtées, comme encore une occasion d'assois son emprise psychique : E2 : « Il a commencé à crier en me disant que j'étais une voleuse, que je l'ai arnaqué, que j'étais une menteuse, qu'il allait pas arrêter, que j'allais voir, qu'il allait continuer jusqu'à ce qu'il arrive à me tuer dans la maison. » ; E3 : « Il m'a dit. " Je te tuerai, je te tuerai " » ; E4 : « " Tu sais toi, c'est grâce à ces trois enfants que tu restes vivante. Si il n'y avait pas ces trois enfants, je t'enterrerai vivante " » ; « " Tu sais j'ai tellement envie de te tuer, mais je ne sais pas comment faire. Si tu pars en vacances, je veux bien que l'avion s'éclate comme ça « POF ! », tu es morte, ni vu ni connu " » ; E5 : « Il a alors pris un couteau et m'a menacé avec le couteau » ;

E6 : « Il me disait, que c'est facile de tuer, et que la prison ne lui faisait pas peur, qu'il pourrait manger, regarder la télé, boire de l'alcool, mais que s'il me tuait moi, je ne pourrais plus rien faire moi. (*Rires...*) ». Et des **menaces à l'arme blanche** pour un des entretiens : E5 : « Un jour, il l'a forcé à avoir un rapport sexuel sous la menace d'un couteau et en la griffant. ».

La mise en place des moyens permettant d'assurer son impunité

L'agresseur agit en exerçant un **contrôle de sa victime par recrutement permanent d'alliés de l'entourage proche**, afin de **ne pas pouvoir être considéré comme coupable**.

- Qu'il s'agisse de manipulation en **recrutant des membres de la famille** qui pourrait l'assister au niveau judiciaire, comme E1 : « Son père était ancien gendarme donc il me disait que même si j'allais porter plainte, " je serai lavé, on va jamais te croire " », ou en **prenant les enfants à partie** pour **s'assurer de leur soutien**, E4 : « Mon fils, il a essayé au début de reprendre contact avec son père, mais il essayait de le retourner contre moi » et **justifier ses actes** : E5 : « Il dit aux enfants " Vous voyez votre mère elle m'a trompé, elle m'a fait ça... " » ; E9 : « Le mari convainquait les enfants que c'était de la faute de leur mère » ou exerçant un **chantage économique** E3 : « Il a dit à notre fille de 17 ans que le jour où il (*le mari actuel*) va venir, il faut qu'elle dise qu'il veut la violer. [...] Il lui donne de l'argent, il lui paye l'auto-école, quand elle veut quelque chose, il lui donne de l'argent ».
- Il agit également en recrutant **l'entourage extérieur**, afin **d'accroître l'isolement** de la femme victime : E3 : « Mais encore aujourd'hui, si mon ex-mari me vois parler avec quelqu'un, il va lui téléphoner pour lui dire de se fâcher avec moi. », ou de mettre en place un **rapport de force**, par la **dégradation de l'image, l'infériorisation, la chosification** : E8 : « Il appelle mes collègues en disant " Elle est ceci, elle est cela..." » ; « Il leur dit que voilà, je suis méchante, je dis du n'importe quoi, je réagis comme un enfant... C'est ce qu'il dit à mes collègues. Que je réagis comme un enfant, que je suis pas une femme » ; « A mes oncles. Il dit plein de choses. Que voilà, " elle n'arrive pas à entretenir sa maison " que... (*Soupir*) Plein de choses... Des choses que j'ai même pas envie de répéter ».
- Ou encore **assurer son impunité auprès des forces de l'ordre**, en devançant sa victime : E2 : « Lui aussi a porté plainte contre moi, en disant que je l'ai frappé. En fait il était sûr qu'avec ce qu'il m'avait fait j'allais porter plainte, donc il est allé lui aussi déposer plainte contre moi », ou en usant de stratagèmes : E4 : « Vous comprenez, ils (*les gendarmes*) ne peuvent pas se rendre compte que là-dedans il y a une manipulation du mari, ils n'iront pas chercher, et il m'aurait sans doute juste dit "mais pourquoi tu prends pas tes affaires et tu t'en va ?" » ; et de chantage administratif : E6 : « Il me menaçait que si j'allais porter plainte, c'est moi qui irait en prison de toute façon, parce qu'il me disait " c'est moi qui ai les papiers, moi je peux payer un avocat tout ça, toi t'as pas d'argent pour un avocat." ».

II.5.2. Durée des violences / âge de début

La durée moyenne des violences avec le mari actuel est de 10 ans et demi pour les femmes interviewées. La figure 16 ne tient pas compte, par manque de donnée disponible, des anciennes relations violentes pour les trois femmes l'ayant déclaré (E1, E2, E7). Nous pouvons cependant souligner la durée des violences endurées par les femmes, et en déduire un second graphique correspondant à l'âge des femmes aux premières violences, qui nous montre un début précoce de ces violences dans la vie de ces femmes.

Pour 8 femmes, les violences sont survenues avant l'âge de 30 ans.

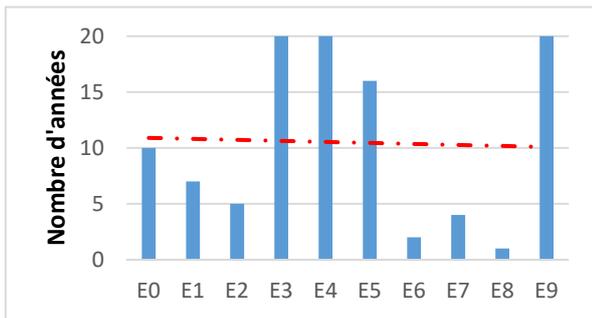


Figure 16 : Durée des violences subies par les femmes interrogées

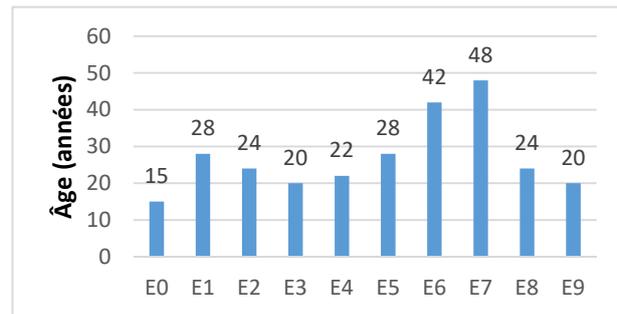


Figure 15 : Âge des femmes interrogées aux premières violences subies

II.5.3. Evènements associés aux situations de violence

Grossesse

Les situations de grossesse sont **associées à des épisodes de recrudescence de violences** pour 3 des femmes interrogées (E1, E2, E4), qu'elles soient **psychologiques**, comme entendu dans l'entretien E1 : « Pendant la grossesse je me suis souvent retrouvée seule, plusieurs nuits je pleurais, je voulais qu'il soit là, il était jamais là. », ou **physique** pour deux des femmes :

E2 : « En fait, en 2011, j'avais la grossesse de la petite et il m'avait giflé ».

E4 : « Je ne sais pas si il est plus violent quand je suis enceinte. Mais il m'a déjà tapé quand j'étais enceinte », avec des **répercussions décrites sur la santé de l'enfant à naître** « Quand j'étais enceinte de mon fils et que je recevais des coups, les médecins se sont aperçus que quand l'enfant est né, il est né avec une fracture de la clavicule droite »

Pour la femme de l'entretien E0, c'est la **prise d'un moyen de contraception** qui a été à l'origine des violences physiques « Je prenais la pilule en cachette aussi, mais il l'a découvert, il m'a tapé », liées à des **principes religieux** « Il m'a dit : " Tu défies Dieu, tu veux te mettre contre Lui alors que tu as deux enfants " ».

Pour deux des femmes (E3, E9), les situations de grossesse étaient au contraire, liées à une **accalmie des violences** : E9 : « Si elle était enceinte, il ne frappait pas, c'était les seuls moments où il ne frappait pas ».

Alcool et drogues

5 femmes ont déclaré avoir subi des situations de violences, alors que le mari était alcoolisé (E3, E4, E5, E6, E7) dont une (E7) qui rapportait une **intensification des violences** lors des consommations d'alcool : E7 : « Il fait des crises d'alcool, devient violent, menaçant » ; « Il est rentré complètement bourré, il se foutait de ma gueule, il m'a humilié, m'a menti, m'a trompé sur internet tout ce qu'on veut ».

En ce qui concerne l'intoxication au cannabis, 3 femmes (E5, E6, E7) ont rapporté des situations de violences sous l'emprise de bangué, sans majoration des épisodes violents.

Répétitions des situations de violence

3 femmes (E1, E2, E7) ont déjà connu une situation de violence avec une union préalable à celle pour laquelle elles ont décidé d'agir, de dénoncer.

4 femmes (E0, E5, E6, E7) ont eu une relation auparavant, sans que celle-ci n'ait été problématique d'un point de vue de la violence.

Pour les 4 autres femmes (E3, E4, E8, E9), il s'agissait du premier mari.

Deux femmes (E1, E2) ont déclaré avoir connaissance d'un antécédent de violence conjugale de la part de son mari violent, concernant une autre femme de l'union polygame :

E1 : « Moi je vis cette violence, mais ma rivale aussi » ; E2 : « Oui, il a une autre femme, elle est partie justement à cause de ça. Elle a demandé une mutation pour 4 ans en France justement à cause de ça (*pour forcer la répudiation*), qu'elle en avait marre. Il est comme ça, c'est dans ses habitudes ».

Antécédents personnels de situation de violences

Il a été cherché au cours des entretiens, des antécédents d'événements traumatisants survenus pendant l'enfance, qui pourraient montrer une influence dans les phénomènes de violence subis. Ainsi, aucune des femmes interrogées n'a rapporté une situation de violence intra familiale personnelle pendant l'enfance.

L'homme agresseur est quant à lui majoritairement considéré par la femme comme ayant un **comportement violent dans la vie quotidienne** et pour certaines **a été en situation d'enfant témoin de violence** : E3 : « Même aux dominos, il se bagarre avec ses amis. » ; E4 : « Il est plus brutal. Quand on joue aux cartes et qu'on perd, on donne une petite pichenette sur les doigts, mais lui il tape plus fort, il n'a même pas pitié que ça soit une femme, ou une fille, il tape plus fort. » ; E5 : Un jour, il est allé à la mosquée et s'est mis à taper des gens sans raison. » « C'était en pleine prière, il est rentré avec un coupe-coupe, et les gens se sont sauvés. » Ayant même des **antécédents judiciaires** soupçonnés : E6 : « Il m'a raconté une fois qu'il avait eu des problèmes avec la justice quand il était en Martinique, mais je ne sais pas trop. C'est pour ça qu'il est parti de Martinique. Il disait que c'était facile de se cacher et trouver du travail à Mayotte. ».

L'environnement intrafamilial est cependant majoritairement méconnu par la femme, mais une d'entre elle (E4) a rapporté un **antécédent de violence intra familiale** dans la jeunesse de son mari violent. « Lui était un enfant maltraité par sa belle-mère et son père. » Ou un **événement traumatisant** dans sa jeunesse : E6 : « Sa mère est décédée quand il avait trois ans. » ; E7 : « Il boit à cause de ses problèmes avec sa famille quoi ».

II.5.4. Place de l'entourage

Soutien

Parmi les femmes interrogées, 7 d'entre elles (E0, E2, E4, E5, E6, E7, E8) ont trouvé, malgré leur isolement, un soutien, un réconfort dans la présence de leur entourage, qu'ils s'agissent d'amis (E0, E4, E5, E7), ou de la famille proche (E2, E6, E8).

Afin de trouver une **sphère protectrice d'écoute** : E2 : « Tout le monde est au courant, parce que à la famille, je ne cache pas, on me dit qu'il faut que ça cesse, et que c'est le seul moyen pour qu'il soit puni pour ces actes. » ; E7 : « Oui, moi, j'ai une copine médecin que j'ai vu ce matin, j'ai une autre copine médecin à qui je parle niveau médical, j'ai ma meilleure amie en Petite Terre à qui je parle tout le temps. Non non, j'ai des gens qui me soutiennent vraiment ».

Voire de **conseils et d'aides** pour la majorité des femmes entendues, qu'il s'agisse :

- d'**aide financière**, pour l'entretien E4 : « J'ai fait un chèque de 1200 euros à une amie pour qu'elle me le donne en espèce »,
- de **conseils liés à l'orientation vers des associations** pour les entretiens E2 : « Ma sœur m'en avait parlé de l'ACFAV, elle est venue ici pour m'aider à porter plainte à la gendarmerie. », E5 : « Il y a une amie qui m'a dit qu'ils pouvaient m'aider à l'ACFAV. » et E8 : « C'est ma famille qui m'a conseillé de venir ici (*à l'ACFAV*). Ils vivent avec moi et ils voient la situation »
- ou encore **vers la justice** pour les entretiens E4 : « Des amis me disaient d'aller porter plainte parce qu'ils voyaient que j'avais mal. » et E5 : « Les voisins ont appelé la police »

Quelquefois même, **malgré une situation de contrôle sur les contacts par le mari** violent de l'entretien E4 : « Je n'ai pas beaucoup de contacts avec mes amies, mais des fois elles me donnaient des idées, me donnaient du courage. », et la **peur des répercussions sociales** d'une hypothétique séparation, comme entendu dans l'entretien E6 : « Souvent, mon fils me disait de laisser ce mec, mais je ne pouvais pas, c'était mon mari, tout ça. ».

Une femme (E9) n'en n'a jamais parlé à ses amis et son entourage, de par son isolement majeur, jusqu'à ce qu'une issue dramatique à ces violences imposent le regard de tous à elle et son handicap.

Freins à la dénonciation

A l'inverse, il a été déclaré par 9 femmes sur 10 une opposition à la déclaration de la part de l'entourage (E1, E3, E4, E5, E8), ou de la famille (E0, E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9)

Ainsi, trois femmes (E1, E3, E9) n'ont trouvé auprès de leur famille et entourage, que des avis contraires à l'idée d'une potentielle dénonciation de ces violences.

Une femme (E7), n'a jamais vraiment parlé de sa situation conflictuelle à sa famille, qui vivait en métropole pendant les violences.

La **composante uxoriocale** est bien à prendre en compte dans le rôle des freins à la dénonciation de ces violences, les femmes victimes se retrouvant alors dans un **étai familial** qui, quand il ne condamne pas ces actes, renferme et isole encore un peu plus les victimes dans un **engrenage traditionnel et familial**.

La **position traditionnelle** est caractérisée ici comme un frein à la dénonciation, renvoyant au **tabou** du sujet. Pour certaines familles, la violence est conçue comme **reproductible de génération en génération** et doit être acceptée en tant que telle, comme E0 : « Ma mère elle était au courant des violences, mais elle me disait tout le temps qu'il fallait que je sois forte et c'est tout. », E2 : « Oui, ce jour-là même elle (*la belle-mère*) était présente, mais elle a rien dit, ma sœur lui a dit " c'est toi qui était là, c'est toi le témoin, tu dois s'il le faut en parler " mais elle a refusé, elle sera ni témoin pour lui, ni pour moi. » ou E5 : « Sa famille lui a toujours dit de patienter. C'est la femme qui en parlait souvent à sa famille, mais la famille lui a toujours dit de ne rien faire, de patienter ».

Le constat est aussi vrai dans la sphère amicale, témoignant d'une **position traditionnelle également forte dans la sphère sociale** : E1 : « Celles de mon entourage qui ne sont pas sorties, me disent : " mais arrête tes conneries, y a pas d'autres hommes, tu vas te retrouver seule, mais qu'est-ce que tu fais ? " », E3 : « Des amis, beaucoup d'amis du village, et la famille me disent qu'il ne faut pas que j'aille porter plainte, à cause des enfants. ».

Le **caractère tabou** est quant à lui, vecteur de sous déclaration, d'**enfermement** et d'**isolement** de la femme victime de violence : E0 : « Je peux en parler de tout ça à ma famille, ils m'écoutent, mais si mon mari vient devant ma mère, elle lui donnera toujours raison. » ; E1 : « Je me disais que si j'en parlais, tout le monde allait savoir ma vie, et je n'avais pas envie que tout le monde connaisse ma vie. » ; « La famille n'est pas intervenue, parce que pour eux, ce n'est pas leur vie, donc elles n'ont pas à s'impliquer, même si elles voyaient qu'il me faisait du mal, mais on ne rentre pas dans la vie de couple comme ça » ; E4 : « Des fois des amis, de la famille, ils disent que quand même " c'est ton mari, c'est le père de tes enfants, tu vas pas aller porter plainte. Faut pas faire ça, attention, réfléchis..." des trucs comme ça quoi. » ; E6 : « Ma grande sœur me disait qu'il est gentil, que "tu vas avoir des problèmes sur les papiers " si j'allais porter plainte ».

Pour les femmes vivant avec la composante uxorilocale, le fait de **vivre sous le même toit que le reste de la famille** est souvent ressenti comme une **problématique supplémentaire à gérer** : E0 : « La pression familiale, elle reste toujours difficile à gérer » ; E1 : « De toute façon mes sœurs voyaient la situation mais on n'en parlait pas. Je ne voulais pas qu'elles sachent que je souffrais, je voulais qu'on voie que j'étais forte. ».

II.5.5. Place de la religion

A Mayotte, la religion et ses représentants sont présents dans les coutumes et traditions, dans les mariages, dans les habitudes de la vie quotidienne, rendant ce critère **indissociable à la possibilité de dénoncer les situations de violence**, et représente une porte de sortie principale à cette problématique. Les cadis, ces responsables religieux, même s'ils ont perdu la reconnaissance juridique de leurs rôles, sont toujours considérés par la société mahoraise comme des médiateurs essentiels, qu'il s'agisse du domaine privé ou public.

Ainsi, au cours des entretiens, la religion et ses médiateurs auront été considérés comme une **aide possible de dénonciation et à l'orientation** : E8 : « Je suis allé voir l'imam qui nous a marié, il m'a dit (*à propos du mariage*) " il n'y a plus rien ". Après lui aussi il m'a dit de venir ici (*à l'ACFAV*) », ainsi que de **soutien physique** : E2 : « Et là il y a un religieux qui passait dans la rue, et il a réussi à lui faire prendre raison pour qu'il ouvre la porte, au moins faire sortir l'enfant » et **moral** : E4 : « Je lui ai expliqué au père, il a compris, et il m'a aidé à trouver la voie. ».

Pour une d'entre elle cependant, la situation a été expliquée et écoutée, mais l'aide **n'a pas été trouvée** : E3 : « J'étais allé un jour à Dembeni au Cadi avec mon ex-mari pour demander la répudiation, mais il nous a dit que ce n'était plus lui qui faisait ça. Donc ensuite en octobre 2014, on est allé au Cadi de M'tsapere, et m'a dit de lui envoyer un courrier, et qu'ensuite on nous tiendrait au courant. Mais depuis, je n'ai jamais eu de nouvelle. ».

Influence de la polygamie

Il a été recherché comment la polygamie était évoquée dans un contexte de relation conjugale violente.

Pour les 6 femmes qui vivent une situation de polygamie (E0, E1, E2, E5, E8, E9), il a été déclaré cette situation comme problématique pour 5 d'entre elles (E0, E1, E5, E8, E9). Ainsi, la polygamie a été évoquée comme liée à une **recrudescence de violences psychologiques** : E5 : « Elle se sent constamment dévalorisée. Il lui dit sans cesse que ce n'est pas sa vraie femme, que c'est son autre femme parce qu'il est marié en droit commun avec », ou **physiques** majorées par cette situation : E9 : « Dès qu'elle faisait une remarque sur ses rivales, ça l'énervait. Et il la tapait ».

La polygamie était liée à l'apparition d'une sensation de **frustration et d'abandon**, principalement secondaire au **manque d'exclusivité conjugale** : E0 : « Quand il allait chez sa deuxième femme, ça freinait un peu mes envies, mais je n'avais pas le choix », ou de **résignation** vis-à-vis du système traditionnel dans lequel elles se sentent enfermées : E1 : « Tant que c'est un mahorais et un musulman, elle subit forcément. ».

Une autre femme, n'ayant pas le statut de polygame, rapportent les dires de ses amies qui vivent cette situation : E7 : « Les copines que j'ai, c'est surtout des collègues d'ici. Elles me disent : " ben quand mon mari fait des conneries, genre il a deux ou trois femmes, ben je souffre. Mais il ferme sa bouche donc moi aussi. " Mais alors elles souffrent... C'est un coup à se flinguer ! ».

Une femme (E1) souligne cependant le **caractère compatible de la polygamie avec une relation de couple idéale**, à condition que les préceptes soient correctement appliqués : E1 : « Pour moi, même si l'homme avait deux ou trois femmes mais qu'on se mettait ensemble à table et qu'on discutait, si on avait des projets, des enfants et tout. S'il était présent avec les enfants. Je pense que ça serait ça le couple heureux, idéal ».

A propos de l'entourage

Il est ainsi remarqué que le rôle d'aide à la dénonciation de l'entourage, entre amis et famille proche, et de la religion, est rarement cumulatif, d'où l'importance de **multiplier les aides possibles**, afin de libérer la parole des femmes victimes.

Par ces résultats, on note le caractère complètement **isolé** de certaines femmes (E1, E3, E9) qui n'ont disposé d'aucun soutien, et rencontré plusieurs freins à une libération de parole imaginable, rendant cette situation cernée et masquant entièrement les portes de sortie de cet enfer.

Dans 9 cas sur 10 au sein de cet échantillon, la famille a pu représenter un frein à une déclaration. Seule une femme (E7) n'a pas ressenti ce frein, ses parents étant en métropole et que très peu au courant de la situation.

Il existe des soutiens dans la grande majorité des cas, la difficulté revient à savoir dans quelle direction aller pour les trouver, dans un contexte d'affaiblissement des forces morales et physiques.

L'effort ne doit pas être fait par les femmes, mais bien par les professionnels l'entourant, qui doivent agir en mettant des moyens de dépistage précoce de ces formes de violence, repérer toutes formes de violences, aussi insidieuses soient-elles.

C'est bien l'objectif et l'intérêt de l'**approche pluridisciplinaire** que nous allons développer.

II.5.6. Enfants victimes – enfants témoins

Le sujet des enfants victimes de violence n'a pas été le sujet principal de cette étude, tant cette problématique justifierait à elle seule une étude entièrement consacrée.

Il nous a semblé cependant intéressant d'y consacrer quelques lignes, au vu de la déclaration spontanée des femmes interrogées et des statuts d'enfants-témoins retrouvés chez les agresseurs des femmes interrogées.

Quelques fois, les femmes interrogées parlaient de violence envers les enfants eux même, c'est le cas pour 6 d'entre elles (E2, E4, E5, E6, E7, E8), qu'il s'agisse de **violence physique** sur des **enfants battus** : E2 : « Oui... c'est ce qui me fais le plus mal (*pleurs*) la petite de trois ans est là, elle subit tout. » ; E4 : « Il est allé vers l'enfant, il a giflé l'enfant, il a poussé l'enfant, mais elle n'était pas d'accord [...] son père l'a frappé une deuxième fois. ».

E5 : « Il les frappe. ». Ou des **menaces** : E6 : « Une fois il cherchait son bangué et ne l'a pas trouvé, alors il est devenu violent envers mon fils, et il a accroché un ami de mon fils à la gorge, avec un couteau. » ; E7 : « Il l'a déjà menacé avec le bâton » et des situations de **violence psychologique** : E8 : « Alors que son fils il arrive à la maison, il doit dormir, il le réveille, il lui fait boire du café ».

Les femmes ont déclaré avoir perçu des **répercussions majeures** auprès de leurs enfants au niveau psychologique, reflétant la violence psycho traumatologique importante, conséquence de leur statut d'enfants témoins : E2 : « La petite elle est là, elle voit tout, des fois elle a même peur de l'approcher. Elle craint qu'il recommence. » ; E4 : « Ils ont toujours vu les violences, à chaque fois les enfants sont toujours témoins [...] Ils ont peur » ; E7 : « Ma fille qui me demandait tout le temps à quelle heure il rentrait pour rentrer après parce qu'elle ne voulait plus le voir ».

Mais les enfants, témoins des scènes de violence avaient, pour la plupart d'entre eux, un rôle attribué, que l'on pourrait essayer de répertorier, en suivant la classification énoncée par Mme Geneviève PAYET⁴⁴, lors d'une conférence de l'ARIV à La Réunion sur les enfants au sein des violences intra familiales.

Ainsi, on a pu répertorier des « **enfants espions** » :

L'enfant-espion est celui qui est, sans le savoir et sans le vouloir, utilisé et instrumentalisé par le parent violent et se retrouve investi de rôles qui vont heurter sa loyauté (ex : regarder si dans le sac à main de maman il y a des préservatifs). E3 : « Il lui (sa fille) demandait de me voler de l'argent. » ; E7 : « Mais j'ai déjà eu une plainte ! Les gendarmes sont venus me chercher à l'école [...] comme quoi j'ai cassé une côte à ma fille [...] Enfin, j'ai jamais frappé ma fille quoi [...] je la vois pleurer des grosses larmes, elle me dit "maman, maman, j'ai été obligé de dire que tu m'avais frappé, parce que papa, papa..." ».

Des « **enfants écran** » :

L'enfant-écran est celui qui s'interpose entre ses parents mais qui ne craint pas forcément pour sa vie. E4 : « Et un jour, alors qu'il commençait à me frapper, à me tirer la main, ma fille a sauté de son lit, m'a attrapé et a sauté sur son père en lui disant "arrêtes, tu vas blesser maman !" » ; E6 : « Mon fils était choqué et a voulu intervenir ».

Des « **enfants arbitres** » :

L'enfant-arbitre est celui qui n'occupe plus sa place habituelle au plan générationnel et qui renonce temporairement à ses propres émotions et angoisses, pour tenter (illusoirement) de contrôler la situation à transaction violente entre ses parents. E4 : « La petite fille elle a dit "Papa arrête de dire des bêtises. Maman ne l'écoute pas parce que ce sont des bêtises". Une petite de 5 ans qui lui a dit ça. ».

Des « **enfants confidents** » :

L'enfant-confident se positionne et s'identifie comme un « bon partenaire » (celui qui écoute, console, répare) venant dans son imaginaire se substituer au « mauvais partenaire » (celui qui agresse, détruit, nie le statut de sujet) dans le couple parental. E5 : « Il dit aux enfants "Vous voyez votre mère elle m'a trompé, elle m'a fait ça..." » ; E9 : « Le mari convainquait les enfants que c'était de la faute de leur mère » ; « Elle parlait des situations de violence uniquement à ses enfants, c'est tout. »

⁴⁴ Geneviève PAYET est psychologue clinicienne, présidente de l'Antenne Réunionnaise de l'Institut de Victimologie (ARIV)

Des « **enfants sauveurs** » :

L'enfant-sauveur peut être dans une attitude active de vengeance et dans un agir transgressif par identification au parent hostile, mais il peut aussi - dans une posture passive mais toute aussi épuisante sur le plan psychique - développer toute son énergie (mensonges, somatisations, symptômes divers pour détourner l'attention, ...) dans le but de protéger le parent qu'il redoute de perdre, quitte à prendre des risques. E4 : « Un jour, en 2009, alors qu'il me tapait encore il voulait m'étrangler, ma fille de 15 ans lui a tendu un couteau en lui disant " tiens, voilà le couteau, tues-la, comme ça tu vas bien te sentir, tu seras tranquille " Elle lui donnait à son père, tellement elle en avait marre de me voir subir ça. Mais c'est pas qu'elle ne m'aime pas, c'est tellement elle en a marre de me voir subir tout le temps comme ç a des violences. ».

Des « **enfants parents** » :

L'enfant-parent est celui qui pense et agit comme un adulte, comme le parent qu'il n'a pas ou qu'il n'a plus. C'est pour lui une mesure de survie que de renoncer temporairement ou définitivement à son statut d'enfant, en palliant aux défaillances de son entourage, parfois pour protéger la fratrie menacée. E4 : « Ce sont d'ailleurs les enfants même qui ont permis de mettre fin à l'histoire, à un moment donné, ils ont peut être décidé que ça suffisait ».

Des « **enfants boucs émissaires** » :

L'enfant-bouc-émissaire est la cible de toutes les projections négatives de ses parents (auteur comme victime) qui ne peuvent gérer les conflits et les reportent sur leur enfant chargé d'en assumer la responsabilité (triangulation destructrice). E4 : « Il m'a harcelé devant mes enfants " tu sais toi, c'est grâce à ces trois enfants que tu restes vivante. Si il n'y avait pas ces trois enfants, je t'enterrerais vivante " ».

II.6. La vie après les violences

II.6.1. Conséquences / Séquelles

Physiques

Les conséquences physiques liées aux situations de violence, ont été décrites par la majorité des femmes interrogées.

Ainsi, des **hématomes** ont été décrits par 5 des femmes (E2, E4, E5, E6, E9), à la suite des violences physiques engendrées, dont une (E2), ayant entraîné une incapacité temporaire de travail (ITT) de 5 jours (douleur de mâchoire gênant l'alimentation). Pour rappel, l'ITT est une estimation, en nombre de jours, de l'état d'une personne ayant subi un dommage corporel ou psychologique et ne pouvant plus exercer d'activité professionnelle pendant une certaine période. La durée d'une ITT est déterminée par la durée de la « gêne réelle et globale éprouvée par la victime pour effectuer tous les gestes de la vie courante » à la suite de coups et blessures volontaires dont elle a été l'objet (physiques ou psychologiques). Comme précisé précédemment, le fait que des coups et blessure soit exercé sur un conjoint est considéré comme facteur aggravant.

Une femme (E4) a rapporté un épisode de **fracture du nouveau-né**, possiblement lié à un épisode de violence pendant la grossesse : E4 : « Les médecins se sont aperçus que quand l'enfant est né, il est né avec une fracture de la clavicule droite, il a dû porter une écharpe pour ses premiers jours pendant un mois. Les médecins ont dit qu'il devait avoir reçu un choc pendant que j'étais enceinte.».

Une femme (E0) rapporte un épisode de **grossesse non désirée** dans les suites d'un contrôle total de son partenaire sur les moyens de contraception, l'empêchant de prendre la pilule, ou lui imposant un retrait de stérilet.

A l'inverse une femme (E8) a rapporté un épisode d'**interruption volontaire de grossesse forcé** par son mari : E8 : « Quand mon fils il avait 4 mois, j'avais pris une grossesse. Il m'a dit " Ben voilà, tu vas avorter parce que ton bébé il est trop petit, tu vas gâcher sa vie ". Je l'ai écouté parce que c'est mon mari. Après le lendemain, j'entend qu'il a dit que c'est ma mère qui m'a dit d'aller avorter. Alors que c'était lui-même. Oui il inverse, il fait des choses et après il accuse les autres. ».

Une femme (E9) garde un **handicap physique** séquellaire d'un épisode de violence, celui-là même qui lui a fait initier les démarches judiciaires, et permis de briser son silence et de sortir de son isolement.

Une bousculade dans les escaliers et un coup de bâton sur les cervicales, ont occasionné un déficit sensitivomoteur de l'hémicorps gauche chez cette femme qui ne peut désormais plus se déplacer seule.

Des violences, qui se voulaient le **moins visibles possibles**, comme a pris la peine de nous expliquer une femme : E6 : Toujours il me frappe (*me mime une gifle, avec le plat de la main, sur les yeux*), renvoyant à la stratégie de l'agresseur, voulant assurer son impunité.

Sans jamais pousser à un examen approfondi, les cicatrices visibles sur les bras ou le cou, m'ont toujours amenées à une question non invasive sur la causalité de ces blessures.

Ainsi, il m'est arrivé de me tromper : E2 : « Ah non ça c'est du poisson que je faisais frire », mais quelquefois, de démasquer une séquelle de violence omise des récits de violence E6 : « Il a écrasé une cigarette sur mon cou » ; E9 : « Ça, c'est une cicatrice de morsure d'il y a deux ans ».

Psychologiques

Au vu des nombreuses déclarations de violences verbales et psychologiques subies par les femmes de l'échantillon, les séquelles psychologiques sont présentes pour ces femmes.

Nous nous sommes servis d'une classification victimologique pour détailler ces résultats, en énumérant les caractéristiques d'un psychotraumatisme, selon les définitions du DSM IV, et des travaux de Muriel Salmona[68] et Randall[69].

Toutes les femmes interrogées rapportent une **peur du conjoint**. Avec une volonté que cette situation cesse : E4 : « J'ai peur et j'ai tellement envie que l'histoire soit finie, que je puisse vivre tranquillement au moins. » Chez ces femmes qui vivent un enfer au quotidien : E6 : « J'avais tout le temps peur. Quand je regardais l'heure, je voyais qu'il était déjà 17h, 17h30, je me disais, qu'est-ce qu'il va bien pouvoir m'arriver encore aujourd'hui quand il va rentrer », avec une **peur de mourir** : E8 : « Moi, lui il me fait peur ! Je vous dis la vérité : j'ai peur de mon mari. Parce qu'il est capable de faire du n'importe quoi » et une **atmosphère propice à la soumission**, créée de toute part par le conjoint violent : E7 : « Toujours cette atmosphère de terreur, de peur, de peur mentale quoi. Toujours la tension dans la maison ».

Les conséquences psychologiques sont retranscrites par des **angoisses** : E4 : « À un moment, je ne savais même plus où mettre mes pieds, tout était en désordre. C'était comme si tu prenais tous les papiers et tu mélangeais tous les papiers sur table, et tu ne savais plus par quel papier commencer à lire pour t'en sortir » et des **états de panique** : E7 : « J'ai fait une crise de nerf » « J'ai craqué, j'en pouvais plus. » ; « Je suis restée jusqu'à 5h du matin, jusqu'à ce qu'elle (*sa fille*) se lève, sur une chaise sans bouger, tétanisée » ; « J'ai jamais été à faire des

crises comme ça. C'est pas moi ça. Même ma meilleure amie qui m'a vu ce week-end m'a dit " C'est pas toi ça " », mais également une **perte d'élan vital**, E7 : « Là vous avez l'impression de me voir bien, mais je ne vais pas bien, je n'ai plus d'énergie, je suis fatiguée... », ainsi que des éléments de **tristesse pathologique** : E4 : « J'ai pleuré pleuré, je ne parlais plus à personne », E6 : « Tous les jours, je pleurais tous les jours. », E8 : « J'ai mes yeux ils ne cessaient pas de pleurer ».

Entrainant un sentiment de **réminiscence des violences** : E4 : « Je le sens encore autour de moi, je sens toujours comme si tout tourne autour de moi. Je ne sais pas encore quand va finir l'histoire et dans ma tête je ne sais pas encore, je n'ai pas encore bien tourné la page », une **augmentation de la consommation d'anxiolytiques** : E7 : « Là je suis sous anxiolytique. Et là ça fait 3 jours que ma fille dort avec moi. » ; « J'ai deux arrêts de travail pour violence conjugale » et des **conduite d'hypervigilance et contrôle de l'environnement** pour surveiller le moindre bruit, anticiper toute situation imprévue : E8 : « Quand je marche devant la route, là, je marche comme une voleuse, je regarde à gauche, à droite, juste si il est pas derrière moi. J'ai très peur de lui ! Ça c'est la vérité ! ».

Sociales

On retrouve enfin, chez la majorité des femmes interrogées, des retentissements sur la vie sociale, comme conséquences à l'existence de ces violences. Ces femmes témoignent d'un **isolement**, lié au **contexte insulaire** de Mayotte E0 : « Je vis avec parce que c'est le père de mes enfants. Tu sais Mayotte, c'est petit, alors c'est difficile de faire une nouvelle vie. Si je refais ma vie avec un nouvel homme, on va me traiter de pute » et à la **représentation sociale traditionnelle négative d'une femme seule** qui a décidé de quitter son mari : E2 : « Je souffre beaucoup, il y a des regards de travers. », rendant la vie impossible : E7 : « Je faisais que boulot maison. Plus de musique, plus rien... J'avais plus de vie. ».

II.6.2. Situation des démarches initiées au moment de l'entretien

Plusieurs femmes avaient déjà initié des démarches pour dénoncer et interrompre ces violences.

Il s'agissait pour la plupart d'un premier recours judiciaire, avec **dépôt de plainte** pour 8 d'entre elles (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9).

Les démarches ont été initiées par **la femme victime elle-même** (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E9) ou **par des membres de la famille** (E4) cas pour lequel sa fille est partie à la gendarmerie porter plainte, relayée par elle-même par la suite.

La prise de décision a été **longue** pour la plupart, comme l'atteste le graphique ci-dessus à propos de la durée des violences E1 : « J'ai mis longtemps pour aller porter plainte ».

Mais la prise de décision est bien souvent soumise à un sentiment de **culpabilité**, qui a imposé à une femme (E2) un retrait de plainte 3 ans auparavant, avant de recommencer une démarche judiciaire suite à un nouvel épisode de violence.

Ces plaintes ont abouti à un **jugement au tribunal** pour 5 d'entre elles (E3, E4, E5, E6, E9) aboutissant à la déclaration de culpabilité du mari avec peine d'emprisonnement et interdiction d'approche pour deux (E4, E9).

E4 : « Jugement au parquet et il a fait de la garde à vue et est parti en prison pendant une semaine. Il est sorti de prison, il a été interdit de m'approcher à moins de 300 mètres. Notre téléphone est sur écoute. Enfin je pense hein. ».

Des **mesures de protection** avec amende, interdiction d'approche et garde à vue pour une (E6) ; E6 : « En premier ressort, il a été relaxé et ensuite, il a eu 1200 euros d'amende et il a dû me donner 500 euros à titre de dommage et intérêts » ; « Une fois on était au tribunal, lui il disait non je n'ai pas fait ça et tout. Le premier jugement il a dit non, et le deuxième, il a reconnu, il a vu qu'il y avait des preuves. ».

Et un **classement de l'affaire sans suite** pour deux d'entre elles (E3, E5).

Pour ces deux dernières femmes victimes, une reprise judiciaire menée par l'ACFAV est en cours. Cependant, une de ces femmes (E5), au moment de l'entretien, nous parle de sa volonté de retirer sa plainte, pour pouvoir quitter Mayotte et aller vivre en métropole. C'est pour elle, une occasion qu'elle ne veut pas gâcher, quitte à retourner vivre avec son mari violent pour l'instant.

Avant le recours de justice, deux femmes (E3, E8) ont préféré prendre l'avis des **pouvoirs religieux**, dont une qui n'a pas eu de nouvelle (E3) et une qui a envisagé une répudiation (E8), mais qui n'est pas encore allée porter plainte, et n'a pas encore l'intention de le faire : E8 : « Moi je ne veux pas poser une plainte. »

Pour les femmes interrogées au sein de l'ACFAV (E2-8), il s'agissait d'un **premier contact** pour 2 d'entre elles (E7, E8).

L'ACFAV intervient auprès de ces femmes pour un soutien juridique, qu'il s'agisse d'une reprise de dossier après un jugement classé sans suite (E3, E5), trouver un avocat dans le but de faciliter les démarches de demande divorce et faire valoir les droits de la victime (E4), ou simplement informer des mesures de protection judiciaire et donner des conseils juridiques (E2, E6, E7, E8, E9).

L'ensemble de ces femmes ont également bénéficié d'un soutien moral et psychologique, ainsi que la proposition d'un **hébergement d'urgence**, en fonction du danger immédiat de la situation. Deux femmes ont bénéficié d'un hébergement d'urgence (E2, E3), mais c'est une situation qui n'est pas stable ni acceptable selon elles, devant le manque de pérennité de la solution. : E2 : « Moi je n'ai pas envie de quitter chez moi, ma fille je lui dis quoi, je lui explique quoi ? » ; E3 : « Je reste deux semaines, après je ne sais pas c'est bien ça le problème ».

II.6.3. Trigger

Pour toutes les femmes insérées dans une structure d'aide (E1-9), le trigger nécessaire au début de la dénonciation était **la violence de trop** : E1 : « J'avais un collier, il a serré jusqu'à ce que je tombe par terre. Je me suis dit là, c'est la goutte d'eau », le **climat d'insécurité trop pesant** : E8 : « Trop c'est trop » et la **situation psychologique insupportable** : E9 : « Toute patience a des limites ».

II.6.4. Connaissance des recours possibles

Place de l'hôpital et des soignants

Ainsi, pour 6 d'entre elles (E1, E2, E3, E5, E6, E9), l'hôpital n'a servi qu'à la réalisation d'un certificat de coups et blessures.

Une femme (E7), métropolitaine d'origine, a trouvé dans le personnel médical (du domaine amical plus que professionnel) une **écoute attentive et des conseils précieux** E7 : « Ben elle est super ce médecin. Moi elle m'aide, elle a des réponses, elle a une analyse fine des choses. ».

Et a eu recours au secteur médical et paramédical pour **réalisation d'arrêt de travail** dans un contexte de violence conjugale : E7 : « J'ai deux arrêts de travail pour violence conjugale » ainsi que pour une **écoute professionnalisée** : E7 : « J'ai vu une psychologue » ; « J'ai filé à l'hôpital, aux urgences. Et j'ai tout raconté au médecin » et un travail de **médiation avec son conjoint** : E7 : « Il y avait aussi un travail de médiation avec mon amie médecin ».

Une seule (E4) est insérée dans le secteur hospitalier afin de **recevoir de l'aide et un soutien psychologique** a posteriori de toutes les démarches initiées, via un suivi au Centre Médico Psychologique du Centre Hospitalier de Mamoudzou, pour elle et ses enfants : E4 : « Je pensais que comme ça, à l'hôpital, on me connaîtrait très bien, que tous ces coups étaient suivis et enregistrés au cas où il m'arrive quelque chose de plus grave. ».

D'autres parlent de l'hôpital comme un **lieu qui n'inspire pas la confiance** adéquate à la déclaration d'une souffrance psychologique : E1 : « Non, je n'irai pas spontanément, l'hôpital c'est quand on est malade » avec la **problématique du secret médical**, qui inspire le doute, dans un contexte insulaire : « Mais le problème c'est le secret médical, Mayotte est petit, moi par exemple si je vais à l'hôpital tout le monde me connaît, tout le monde s'interrogera de ma présence. ».

L'hôpital est aussi représenté comme un lieu de **potentielle agression par le conjoint** manipulateur et calculateur : E4 : « Le problème aussi, c'est que mon dossier n'est pas complet parce que je n'ai pas de certificat médical. Pourquoi ? Parce qu'à chaque fois qu'il me tapait ces derniers temps j'allais à l'hôpital. Mais il m'attendait à la sortie de l'hôpital et il déchirait le certificat. ».

Justice

De par sa position centrale dans le parcours d'une femme victime de violence, la justice, représentée par la police et la gendarmerie ont un rôle prépondérant.

Seulement, les femmes ont des doutes quant à leurs compétences d'écoute et d'orientation, par un **désintéressement de la sphère privée** : E1 : « La police pff, ils ne font pas leur boulot, on peut se faire agresser, mais quand on les appelle ils nous disent que si c'est un problème de couple, vous allez vous retrouver le lendemain, ça va se passer. », ainsi que des **doutes quant à la partialité des forces de l'ordre** : E4 : « Mais c'était à l'époque des grèves de 2011 Donc pendant ce temps-là, nos affaires étaient mises de côtés, parce que les affaires de la grève de la vie chère étaient prises en priorité » ; « Vous connaissez la gendarmerie comment ils allègent les choses » ou **des avocats** : E4 : « Le premier avocat il ne me croyait pas, il me disait que ce n'était pas possible que je reçoive ces violences conjugales. Il me disait que des disputes entre conjoint c'est normal, que ce n'était pas comme si j'étais une fille de 5 ans qui se faisait violer. Donc à un moment donné, il a dit que dans l'affaire, on était quitte. Il était allé en prison et ça suffisait. Que si je n'étais pas contente il fallait que je prenne un autre avocat. ».

Doutes quelquefois liés à un **scepticisme** rapporté E1 : « Quand je suis allé à la gendarmerie, ils ne m'ont pas cru. Je suis parti en larme du commissariat, et ils sont venus après. » ou **absence d'orientation** de leurs plaintes : E2 : « La justice ne m'a pas orienté suite à ma plainte », doutes également liés à un **abandon judiciaire** de l'affaire E3 : « L'enquête de la police a confirmé qu'il n'y avait pas de preuve, ils ont envoyé le dossier au procureur qui l'a classé sans suite parce qu'il n'y avait aucune trace ni de signe de viol. » ou enfin à des **délais de réaction particulièrement longs**, qui mettent en danger la femme, en situation d'urgence

vitale : E4 : « C'était en attente, et c'est resté très longtemps en attente. Du coup, lui il a pensé que c'était bon, vu qu'on n'avait pas de nouvelle de l'affaire, donc il a continué. » ; E5 : « Les voisins ont appelé la police, qui est venue mais qui n'ont pas osé rentrer dans la maison ». La sphère judiciaire a été considéré comme une aide salvatrice pour deux des femmes interrogées, **lors d'un épisode de violence** : E6 : « La police est venue, ils ont pris des photos et tout. » ; « Je suis sortie de la maison, et je suis directement allé voir la police. Ils sont venus à domicile, ils l'ont menotté et l'ont amené directement en garde à vue » ou grâce à **l'orientation des conseillers juridiques** : E7 : « Elle (*conseiller juridique du CDAD*) m'a dit " avec tout ça, on demande le divorce. " ».

Associations

Avant leur orientation, puis insertion dans une structure d'aide, les femmes ne connaissaient pour 7 d'entre elles, aucune structure ou association d'aide aux femmes victimes de violence.

Seules 2 connaissaient l'ACFAV et ont donc fait leurs démarches d'insertion elles-mêmes (E4, E9), parmi elles, une femme (E4) connaissait le numéro d'urgence mis en place par l'ACFAV (E4), mais le franchissement de la porte a été source d'angoisse, et n'a pas pu se faire qu'au bout d'un certain temps : E4 : « Quand j'ai appelé le 5555, je suis venu trois fois devant la porte, et à chaque fois que devant la porte je connaissais quelqu'un, je repartais, et les enfants me posaient les questions " pourquoi on n'est pas rentré " je leur disais que j'avais peur que ça se retourne contre moi, j'avais peur que les choses n'aillent pas au bout, j'avais peur que les gens se disent des choses. ».

Une femme (E9), qui a vécu ces situations de violence majoritairement à La Réunion, ne connaissait aucune structure d'aide dans ce département, et est revenue à Mayotte pour porter plainte, auprès des structures existantes. C'est ainsi qu'elle a poussé la porte de l'ACFAV.

Les autres femmes ont donc été adressées par **la famille** pour une femme E2 : « Ma sœur m'en avait parlé de l'ACFAV, elle est venue ici pour m'aider à porter plainte à la gendarmerie », par les **instances religieuses** pour une femme (E8), par le **bouche à oreille** pour une femme (E9), par la justice pour 4 d'entre elles (E4, E5, E6, E7) E4 : « Je les ai connu par l'assistance sociale de la gendarmerie. Elle m'a dit de passer voir l'ACFAV pour moi ». Par **d'autres structures d'aides** pour une femme : E3 : « J'étais allé voir au conseil général, j'ai raconté mes problèmes et après on m'avait donné des papiers pour demander une pension alimentaire et dit d'aller à l'ACFAV pour chercher des conseils. ».

II.6.5. Répudiation / Séparation

5 femmes (E3, E4, E6, E7, E9) sont actuellement séparées physiquement de leur mari.

Dans les principes religieux musulmans, la séparation physique des deux conjoints, s'appelle la répudiation, elle doit être demandée par la femme, et acceptée par le mari pour qu'elle soit effective (voir dans Analyse).

6 femmes ont demandé une séparation, mais cela a été conflictuel dans l'ensemble des cas. Dans un but de garder la relation d'emprise, le conjoint exprimait un **refus** de la séparation : E2 : « Il refuse (*la répudiation*) » associé bien souvent à une **violence psychologique ou verbale** : E4 : « Souvent je lui ai demandé la séparation, et il me disait « mais dégage toi, de toute façon il y a quelqu'un qui est derrière la porte qui va prendre ta place, j'attends juste que tu sortes dehors et une autre femme rentrera ».

La séparation n'est que rarement un point de non-retour dans le cycle de la violence précédemment décrit, ou le mari violent tente de reconquérir la femme victime : E3 :

« Plusieurs fois je lui ai demandé de partir mais il ne partait pas, enfin il part, il revient, il part, il revient. » ; E7 : « Plusieurs fois, je lui ai dit " Pars ", et il a pris ses affaires et il est revenu parce qu'on s'est parlé, et j'ai accepté de lui parler, parce que je l'aimais quoi ».

Il est également rapporté dans ces témoignages, la volonté d'éviter la répudiation **par peur des répercussions religieuses** : E1 : « Quand je lui ai demandé de me répudier, il m'a dit " je le ferais pas, mais tu peux refaire ta vie " », par peur **des répercussions sociales** : E0 : « Moi, pour le mieux de tous, c'est mieux que je poursuive ma relation avec mon mari, même si je ne suis pas heureuse », **financières** : E5 : « Elle est toujours avec, la situation est dure parce que la femme n'a pas d'autre endroit où aller, et est donc obligée de subir. [...] Elle veut rester avec son mari, parce qu'il a de l'argent et s'occupe bien financièrement des factures et de ses enfants » ou encore peur des répercussions **politique et administrative** E5 : « Elle ne pouvait pas quitter ce mari, car elle était en situation irrégulière, elle ne savait pas où aller, elle n'avait pas de situation, et son amie ne voulait plus l'accueillir » ; « Il lui dit de patienter un petit peu, et qu'il la fera venir en métropole aussi dès qu'elle aura son permis de séjour de 10 ans ».

Le mari d'une femme a proposé en premier une séparation, mais dans les faits, la situation stagne et l'emprise perdure : E6 : « La première fois, c'est lui qui a proposé le divorce, « si c'est comme ça, je divorce » après ça on ne vivait plus ensemble, il était parti vivre chez son ami à Bambo. Je ne sais pas pourquoi on n'est pas encore divorcé. ».

Pour une femme (E9), le mari est parti de lui-même dans les suites des conséquences de l'ultime épisode violent laissant seule sa femme désormais handicapée.

Pour provoquer ces séparations, les femmes utilisent des stratégies afin de contourner les offices religieux, comme partir de Mayotte, afin d'imposer une séparation physique de trois mois, condition exceptionnelle de répudiation sans accord des deux parties.

E0 : « Tu sais, il y a beaucoup de femmes aujourd'hui qui vont en métropole, pour faire des études, ou n'importe quoi, mais les études des fois elles cherchent des financements pour aider leur départ, uniquement pour échapper à leur mari, et prouver au Cadi qu'il ne s'est pas occupé d'elle pendant trois mois, et ça, ça permet la répudiation. Enfin normalement. »

E2 : « Il n'a pas accepté (*Concernant la demande de répudiation de la rivale*) mais elle est partie maintenant en métropole, elle ne lui a pas laissé le choix. Elle doit avoir 45 ans, plus âgée. ».

II.7. Le devenir des femmes interviewées

II.7.1. Persistance des violences

Parmi les 5 femmes (E3, E4, E6, E7, E9) séparées physiquement de leur mari, 3 (E3, E4, E7) continuent à être victimes de violences de la part de leur ex-conjoint.

Principalement à type de harcèlement, malgré les interdictions d'approche ou de tout contact imposées par les décisions de justice.

Ces harcèlements perdurent et s'inscrivent dans la durée **par téléphone** : E3 : « Il m'appelle pour m'insulter. Du coup je ne réponds pas au téléphone. Même tout à l'heure à 15h30 il m'appelle, mais je réponds pas, j'ai mis son numéro en rejet. » « Mais encore aujourd'hui, si mon ex-mari me vois parler avec quelqu'un, il va lui téléphoner pour lui dire de se fâcher avec moi. » ou **par manipulation de l'entourage** : E4 : « Il raconte tout, même aujourd'hui encore, il va encore voir des amis à moi, et quand il les croise, il leur raconte toute la situation " vous savez pas ce qu'il m'est arrivé, je suis allé en prison à cause de ta copine, elle a porté plainte, et regarde où je suis, je suis allé en prison, je suis dehors je n'ai plus de maison" »

comme ça il dit, " Vous voyez ce qu'elle m'a fait ? Vous voyez ! ". Partout il dit ça, et les gens après veulent venir m'en parler, mais moi je ne veux pas raconter ma vie comme ça, je leur dis juste que le dossier est sous la main de la juge, sous les mains de l'état, et c'est seulement avec eux que je dois m'exprimer, pas avec vous » et **des enfants** : E3 : « Il a dit à notre fille de 17 ans que le jour où il [le mari actuel] va venir, il faut qu'elle dise qu'il veut la violer. [...] J'ai vu ma fille avec le pot de fleur, en criant à mon nouveau mari " tu pars, je ne veux pas de toi ici, si tu ne pars pas je vais te tuer, je vais te tuer ! " [...] elle l'a cassé là-bas et a dit «si il ne part pas je vais le tuer, et après j'irais téléphoner à la gendarmerie je veux leur dire qu'il voulait me violer. » ; E4 : « Mon fils, il a essayé au début de reprendre contact avec son père, mais il essayait de le retourner contre moi » ; « Mon ex-mari n'arrêtait pas de dire du mal aux enfants par rapport à moi, et de mon côté, je n'ai jamais parlé de leur père aux enfants. Il ne faut pas vivre au passé, il faut vivre au présent et penser au futur » correspondant à ce que le Dr Piet qualifie de **recrutement des alliés** dans la **stratégie de l'agresseur**.

Les 3 autres femmes ont réussi à être libérées de l'emprise physique, mais persiste de manière bien présente l'emprise psychologique au vu du moral dont elles nous ont fait part.

II.7.2. Moral – Degré d'espoir

Le moral de ces femmes interrogées est mauvais pour l'intégralité de ces femmes.

Marqué quelquefois par l'appréhension d'une **récidive de violence** : E2 : « Ma sœur, elle habite juste à côté de chez moi, et si il sait que je suis juste à côté, il viendra. », d'un **psychotraumatisme** induit par le fait de revoir l'ancien mari dans la rue : E8 : « Même quand je le vois dehors, moi j'ai peur de lui. J'ai vraiment peur de lui », **la peur de mourir** : E4 : « Mais pour tuer quelqu'un, c'est pas forcément nécessaire de prendre un couteau, mais moralement aussi on peut tuer la personne petit à petit ».

On dénote ici aussi un sentiment de **résignation** E5 : « Elle se résigne », à propos du **statut traditionnel de la femme à Mayotte** E1 : « Vous savez on en souffre nous les mahoraises. Mais on a cette volonté de vouloir changer les choses, mais je ne crois pas que ça va marcher », de la **position traditionnelle des hommes** E6 : « J'ai trop peur des mecs » ; E6 : « Les hommes frappent. Tout le temps » de la **lenteur de la procédure** E7 : « Ça va être dur je sens. Ça va être long » et des **démarches associatives et judiciaires** E4 : « Oh les démarches, je commence à être fatiguée parce que je n'ai plus de nouvelles. Elles ont débuté depuis 2011, et à chaque fois les avocats ils me laissent en milieu de chemin » Jusqu'à un sentiment d'**anéantissement** : E9 : « Elle dit qu'elle lui a donné toute sa vie. Et elle voit en étant là, toute sa vie défiler devant elle et que maintenant elle n'a plus les moyens de se battre, elle n'a plus sa force. ».

2 femmes (E6, E9), insistent particulièrement sur la situation anxiogène de l'attente des démêlés judiciaires : E6 : « J'attends que le jugement soit fini. J'attends que la loi fasse son travail. » ; E9 : « Elle veut que ça lui serve de leçon ! ».

II.7.3. Projets

Il a également été demandé à ces femmes l'existence d'éventuels projets de vie, afin de préciser l'évaluation de leur degré d'espoir.

Ainsi, 1 femme pense quitter Mayotte de son plein gré : E1 : « J'ai une opportunité de partir de Mayotte et ça va me donner l'occasion de bien souffler, de me ressourcer, et je verrai après » ; « Mais le fait de savoir que je pars, je n'ai pas de relation, j'ai coupé le pont. Je vis à

la moderne. » ; « Moi je vais partir pendant un an, comme ça je reviens, et je serai une autre femme ».

Et une femme (E5) qui pense quitter Mayotte, mais avec son mari, encore sous une emprise marquée : E5 : « Elle veut rester avec son mari, parce qu'il a de l'argent et s'occupe bien financièrement des factures et de ses enfants. En plus, il lui dit de patienter un petit peu, et qu'il la fera venir en Métropole aussi dès qu'elle aura son permis de séjour de 10 ans. En fait, c'est monsieur qui lui a dit qu'il fallait qu'elle vienne, parce qu'il ne peut pas trouver une autre femme comme elle. Et elle devra le suivre là où il ira. En fait, elle reste avec lui pour que ses enfants aillent en métropole, pour la situation financière et administrative. ».

Les 8 autres (E0, E2, E3, E4, E6, E7, E8, E9) veulent rester à Mayotte, afin de se reconstruire auprès de leur entourage et de leur famille, et/ou rester sur leur Terre natale.

II.7.4. Nouvelle relation affective

Seule une femme (E3) a une nouvelle relation affective, et même si cette relation est source de conflit avec son ancien mari : E3 : « Avant, il m'appelait tous les jours, maintenant c'est moins fréquent. C'est parce qu'il y a mon mari actuellement. Parce qu'un jour, il (*ex-mari*) m'a dit qu'il allait l'écraser (*mari actuel*) avec une voiture », elle est aussi considérée comme salvatrice : E3 : « Et aujourd'hui j'ai pris quelqu'un que j'aime ».

II.8. Impression post entretien

L'intégralité des femmes interrogées ont exprimé une franche satisfaction à l'issue de l'entretien.

En insistant majoritairement sur le gain que la libération de parole occasionne : E1 : « En parlant, ça soulage. » ; E3 : « Oui ça a été, ça fait du bien de parler... » ; E4 : « D'en parler ça aide à faire sortir tout ça » ; E8 : « Je me sens rassurée ».

Mais ont également exprimé une satisfaction sur les retombées qu'une telle étude pourrait engendrer : E4 : « C'est pas mal cet entretien et d'essayer de mettre en place des solutions, parce que quand on est là-dedans, on sait pas comment faire pour s'en sortir. » ; E9 : « Elle nous a appelé parce qu'elle veut témoigner de ses violences pour la journée du 25 novembre », soucieuses d'avoir contribué de manière suffisante à l'enquête : E7 : « Mais ça va te faire avancer ? C'est bien ? Je t'ai apporté des choses ? ».

Quatrième Partie : Discussion

I. Points forts de l'étude

Afin de répondre aux hypothèses posées, il aura été tenté de réaliser une approche originale du sujet de la violence faite aux femmes à Mayotte, à l'aide d'une première démarche quantitative et qualitative complémentaire, en accord avec les recommandations internationales qui incitent les professionnels de santé à poser la question de l'existence de violence directement aux femmes consultants en soins primaires.

Une fois les résultats recueillis, nous avons voulu dépasser la sphère de la recherche scientifique, en médiatisant les résultats, afin de sensibiliser la population mahoraise à la problématique, et de l'inclure dans la lutte contre la sous déclaration de la violence. Cette démarche représente également une campagne originale d'éducation pour la santé.

I.1. Volet quantitatif

Faisabilité / acceptabilité

Il s'agit de la première enquête de dépistage de la violence faite aux femmes à Mayotte.

L'effectif total (n=1133) rend compte à la fois de la faisabilité et de la bonne acceptabilité de cette enquête. Si des réticences ont pu être formulées - principalement de la part du corps médical - lors de l'étape d'information et de formation à la passation du questionnaire, les résultats montrent que ce questionnaire a pu, en pratique, être intégré à la consultation, y compris dans des contextes de flux importants de patients.

Conformément aux objectifs initiaux, cette enquête a permis à de nombreux professionnels de santé d'intégrer le dépistage des violences pour la première fois dans leur pratique quotidienne. Cette démarche s'inscrit dans les recommandations de bonnes pratiques nationales⁴⁵. Pour mémoire, de nouveaux outils pédagogiques à destination des professionnels de santé ont été mis en place⁴⁶. On rappelle également que la question des violences⁴⁷ est désormais au programme de l'Examen National Classant, concours qui clôt le deuxième cycle des études médicales et ouvre l'accès à l'internat de spécialités.

Validité interne

Malgré l'absence de temporalité du questionnaire (questions posées de façon générale au cours de la vie), les questions posées sont comparables avec les outils de dépistage existant dans la littérature[70].

Validité externe

Par ailleurs, la cohérence des résultats d'un site à l'autre montre la validité interne de l'étude. Leur similitude avec les données dont nous disposons dans la zone océan indien est un élément de validité externe des résultats observés ici.

L'étude ELVICA et l'absence de toute donnée chiffrée à Mayotte, auront été les points de départ de notre motivation à débiter une première enquête concernant le dépistage des violences faites aux femmes à Mayotte.

⁴⁵ Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF).

⁴⁶ <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/2-Outils-pour-l-animation-sur-les.html>, accès le 17 mai 2015.

⁴⁷ <http://www.anemf.org/etudes-medicales/epreuves-classantes-nationales/items-ecn-2016.html>, accès le 8/06/15.

La différence des chiffres d'avec la métropole nous aura conduit à approfondir ce que nous pouvions appréhender des facteurs sociaux et « culturels » pouvant constituer des pistes explicatives. Nos résultats sont concordants avec l'étude menée à Madagascar et dans les études de l'OMS des pays africains voisins, et montre la cohérence de Mayotte dans la zone Afrique/Océan indien

Enfin, notre enquête s'est déroulée sans heurt et en pleine intégration et conformité des recommandations internationales quant à l'abord des violences faites aux femmes dans le contexte d'un dépistage à grande échelle.

I.2. Volet qualitatif

Originalité

En considérant les données des sites de recherche tels que « PubMed » ou en parcourant les thèses soutenues sur le sujet des violences faites aux femmes, force est de constater qu'il existe une explosion bénéfique d'études sur ce sujet. Cependant, les études qualitatives ne représentent qu'une faible proportion de ces dernières, principalement en France, et ne laissent peu la parole à ces femmes « survivors⁴⁸ », tant nécessaire à la compréhension du phénomène à plus grande échelle, et indispensable afin d'établir des recommandations quant à l'amélioration de la prise en charge.

Acceptabilité

Toutes les femmes interrogées auront participé à l'étude de manière volontaire, sans aucun caractère obligatoire et préjudiciable en cas de refus.

Aucune femme n'a formulé d'objection après proposition de participation à l'enquête, et toutes ont semblé motivées pour diffuser leur histoire afin de montrer la faisabilité de la libération de parole, et d'essayer d'améliorer la prise en charge des femmes victimes de violence à Mayotte.

Ce résultat, en contradiction totale avec les prédictions entendues avant même de commencer l'enquête, sur le fait que les femmes ne parleront pas, est analysable facilement selon le principe que si on pose la question aux femmes à propos des violences, elles y répondent. Ceci corrobore les recommandations internationales précédemment citées, et justifie le dépistage de routine même en milieu interculturel en appliquant également une écoute empathique bienveillante, sans jugement, inconditionnelle.

Diversité des situations des femmes interviewées

Les femmes interrogées étaient d'origine géographique, d'âge, de nationalité, d'habitat, de langue parlée et de profil socio-économique différents.

Cette diversité a été facilitée par le mélange ethnique et socio démographique propre à l'île de Mayotte, et réfléchi lors du recrutement des femmes m'accordant leurs témoignages.

Diversité des lieux de recueil

L'avantage d'avoir laissé aux femmes le choix des lieux de recueils nous a permis d'assurer une mise en confiance, dans le but de limiter les réactivations psycho traumatologiques secondaires à une réviviscence des souvenirs traumatiques dans un lieu qui n'aurait pas été choisi. Les endroits étaient donc des lieux que la femme estimait sûrs, et toujours en présence d'un tiers avec lequel la femme se sentait en confiance.

⁴⁸ Le terme anglo-saxon désignant les femmes victimes de violence sexuelle « survivors » = survivantes, largement répandu dans la littérature nord-américaine (USA, Canada) apporte une vision plus qualitative dans l'objectif d'analyse de cette étude.

Nous avons ainsi pu recueillir des témoignages de femmes qui, même si elles ont commencé à imaginer une sortie possible, étaient encore dans le cycle de la violence.

Ceci nous aura permis, enfin, d'assurer une bonne orientation pour ces femmes pour lesquelles il s'agissait d'un premier contact avec une structure d'aide.

II. Points faibles / Limites de l'étude

II.1. Volet quantitatif

Les principaux biais

Dans la sélection des femmes interrogées, étaient exclues celles qui ne pouvaient être vues seules (hormis la présence d'un traducteur), ce qui a pu entraîner un biais de recrutement puisque le refus de s'absenter, ou de se déplacer seule, peut cacher des violences.

Difficulté de comparabilité avec questionnaire original

Le choix d'un questionnaire court, seul compatible avec l'activité de consultation, et celui de ne pas fixer de temporalité au questionnaire a posé des difficultés de comparabilité avec les enquêtes existantes, notamment avec l'enquête nationale ENVEFF.

A noter la particularité des études menées par ENVEFF et ELVICA qui se sont intéressés aux violences survenues dans les 12 derniers mois.

Présence de l'interprète

Malgré les consignes relatives à l'interprétariat – pour mémoire le fait que le/la traducteur(trice) soit un membre famille ou de la communauté de la patiente était un critère d'exclusion de l'enquête du fait des problèmes de confidentialité – les résultats montrant une déclaration moins importante chez les femmes ayant besoin d'un interprète nous amènent cependant à questionner le principe, le déroulement et l'impact de la traduction dans la passation du questionnaire. Dans certains villages, malgré cette consigne, nous n'avons pu garantir complètement cette condition, le risque de rupture de confidentialité dans un village pouvant sembler plus élevé que dans les zones urbaines.

II.2. Volet qualitatif

Les principaux biais

- Personnels

Malgré mon attrait aux sciences sociales et à la problématique des violences faites aux femmes depuis plusieurs années, le principal obstacle fut mon inexpérience à la recherche qualitative, qui a parfois rendu délicat le cadrage de mes entretiens. Voulant savoir tout ce que les femmes avaient envie de me dire, et m'inscrivant dans les recommandations qui préconisent l'écoute active, mes entretiens ont pu parfois déborder du guide d'entretien et des objectifs initiaux, ce qui m'a conduit à mieux comprendre les principes méthodologiques de l'école interactionniste (modification continue de l'outil de recueil).

La seule expérience antérieure d'entretien étant l'interrogatoire médical, je me pose aujourd'hui la question des atouts et des limites de la connaissance de l'exploration clinique versus un entretien qualitatif. En tant que futurs médecins l'interrogatoire médical nous apprend à orienter nos questions, travailler avec empathie et gagner la confiance des patients jusqu'à aboutir à un réel échange, permettant la compréhension du sujet de la conversation. Je me suis cependant senti limité par la logique compréhensive de l'entretien semi-directif, privilégiant la description des processus plutôt que la recherche étiologique, et par la pauvreté

de validité externe de la méthode qualitative qui a pour ça de différent avec l'examen clinique, l'absence de référence et « gold standard » dans la manière d'obtenir des résultats.

- **Le choix des femmes interrogées**

Bien entendu le nombre de personnes interviewées ne permettait pas d'être représentatif et il n'y avait pas de stratégie d'échantillonnage. Il s'agissait d'une exploration et d'un recueil d'expérience auprès d'un éventail de personnes aux profils socio-démographiques et générationnels distincts.

Cependant, il m'a permis d'arriver à saturation des verbatim, c'est-à-dire que j'ai arrêté le recrutement de cet échantillon à partir du moment où les données recueillies lors du dernier entretien ne m'a pas permis d'ajouter une nouvelle catégorie d'analyse à mon guide d'entretien.

Une des limites de cette enquête se situe également dans le biais de recrutement des femmes interrogées, qui, de par leur profil socio-économique ne sont pas représentatives de la société mahoraise. En effet, comme nous le développerons plus tard, l'autonomie économique des femmes leur confère une plus grande possibilité de dénonciation et de libération de parole.

Difficulté à retranscrire des faits passés traumatiques : biais de mémorisation.

L'évaluation rétrospective des entités cliniques immédiates et post immédiates au traumatisme peuvent être source de biais.

Même si l'ensemble des discours des femmes interrogées ont été fluides, certaines dont les histoires de violence remonte le plus dans le temps ont eu des difficultés à se remémorer parfaitement les émotions en lien avec l'évènement traumatisant.

De plus, la charge émotionnelle et la difficulté à mettre des mots sur les sentiments éprouvés en lien avec le traumatisme ont pu rendre difficile certains thèmes de l'entretien.

De manière générale, il est établi qu'en victimologie, les patient(e)s peuvent avoir des amnésies partielles du traumatisme et des difficultés à retranscrire une temporalité des faits de manière objective. Certains ont au contraire recours à l'imagination qu'il faut aussi prendre en compte comme limite à cette méthode d'enquête.

III. Éléments de compréhension des phénomènes de violence faite aux femmes à Mayotte

Forts de nos résultats, c'est d'une manière globale que nous avons voulu aborder leur analyse afin des répondre à nos hypothèses. Il sera alors question de comparer les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus aux autres résultats existant au niveau mondial, extraire des arguments à la nécessité d'une approche multidisciplinaire et d'un dépistage systématique des violences et enfin dégager des liens entre la transition sociale de Mayotte et l'autonomisation des femmes.

III.1. Fréquence des situations de violence

Les chiffres trouvés lors du dépistage systématique organisés se trouvent assez proches des différentes études loco régionales étudiées (*ELVICA, OMS*).

Il semble difficile de comparer les chiffres de notre étude avec les chiffres des études ENVEFF et ELVICA, devant le manque de concordance temporelle.

Pour rappel, ces études se sont principalement intéressées aux violences subies pendant les douze derniers mois de la vie des femmes interrogées, mais tentent tout de même d'évaluer un indicateur global de la violence⁴⁹, qui nous servira de point de comparaison avec les résultats obtenus dans notre échantillon qui n'est pas représentatif de la population mahoraise. Il s'agit ici de voir dans quelles tendances statistiques s'inscrivent nos résultats.

Comparatif des enquêtes à méthodologie similaire selon une prévalence de la violence subie sur les 12 derniers mois

	<i>Prévalences pour les 12 derniers mois (%)</i>						Prévalence pour toute la vie (%)
Enquête / Date	ENVEFF 2000	ENVEFF 2002	ENVEFF 2003	ENVEFF 2002	ENVEFF 2008	ELVICA 2007	DEVIFFE 2014
Lieu	France Métropole	Réunion	Nouvelle Calédonie	Polynésie Française	Martinique	Madagascar	Mayotte
V. Verbale	4	4.2	27.8	21	22.3	NR	35.8
V. Physique	2.3	2.6	19	17	2.5	35	19.2
V. Sexuelle	0.8	1.1	7.2	7	7.6	10	12.4
Indice Global	9	15	NR	NR	NR	65.3	41.7

Tableau 9 : Comparatif des enquêtes à méthodologie similaire selon une prévalence de la violence subie sur les 12 derniers mois, Source : <http://plc.revues.org/860?lang=en#tocto2n2>

Comparatif des enquêtes à méthodologie similaire selon une prévalence de la violence subie sur toute la vie

	<i>Prévalences pour toute la vie (%)</i>						Prévalence pour les 12 derniers mois (%)
Enquête / Date	ENVEFF 2000	ENVEFF 2002	ENVEFF 2003	ENVEFF 2002	ENVEFF 2008	DEVIFFE 2014	ELVICA 2007
Lieu	France Métropole	Réunion	Nouvelle Calédonie	Polynésie Française	Martinique	Mayotte	Madagascar
V. Physique	15	14	44	42	3.4	19.2	35
V. Sexuelle	11	8.2	21.5	14	3.9	12.4	10
Indice Global	10	15	30	42	NR	41.7	65.3

Tableau 10 : Comparatif des enquêtes à méthodologie similaire selon une prévalence de la violence subie sur toute la vie, Source : <http://plc.revues.org/860?lang=en#tocto2n2>

⁴⁹ L'indice global de la violence correspond au pourcentage des femmes interrogées déclarant au moins un type de violence

Au niveau mondial, les données de la littérature concernant les pays d'Afrique voisins restent nettement concordantes.

Ainsi, pour des chiffres de violence survenue au cours de la vie des femmes, on peut dresser le tableau suivant :

	<i>Prévalences pour toute la vie (%)</i>				
Enquête / Date	IVAWS 2004	EDS 1998	OMS 2002	OMS 2002	DEVIFFE 2014
Lieu	Mozambique	Afrique du Sud	Tanzanie Ville	Tanzanie Province	Mayotte
V. Physique	36	12.5	32.9	46.7	19.2
V. Sexuelle	12	4.4	23	30.7	12.4

Tableau 11 : Comparatif des enquêtes réalisées dans la même zone géographique selon une prévalence de la violence subie sur toute la vie, Source : http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vaw-prevalence-matrix_fr.pdf

Enfin, la compilation des données réalisée par ONU-femmes en 2001, permet un regard comparatif des chiffres à un niveau mondial, avec les réserves sur les possibilités de comparaisons du fait des disparités méthodologiques, et l'impossibilité de tester ces différences. Nous analysons donc prudemment que la prévalence de la violence physique dans notre échantillon à Mayotte (19.2%), se rapproche de celles du Paraguay : 19.3% (CDC-RHS⁵⁰, 2004) et du Ghana : 20.6% (EDS⁵¹, 2008) et la prévalence de la violence sexuelle (12.4%) est semblable à celle de l'Equateur : 12% (CDC-RHS, 2004), du Rwanda : 12.9% (EDS, 2005).

A Mayotte comme dans d'autres contextes culturels, on retrouve donc les mêmes caractéristiques des violences, alliant des dimensions verbales et psychologiques, économiques, physiques et sexuelles de manière bien souvent intriquées, comme le montrent les résultats de notre étude quantitative et l'ensemble des déclarations du volet qualitatif.

Le contexte politique comme facteur intervenant sur l'analyse pourrait être soulevé, mais les mécanismes principaux de ces violences restent similaires. Une violence n'arrive que très rarement seule, tel est ainsi l'objectif principal de la stratégie de l'agresseur mise en place afin de perpétuer ces violences en toute impunité.

Enfin, il semble important de souligner que lors des entretiens qualitatifs, alors que les femmes étaient soumises à toutes les formes de violence proposées, c'est à propos des violences psychologiques qu'elles étendaient le plus leurs propos. Les violences physiques et sexuelles ont été décrites par les femmes interrogées comme trop ancrées et trop acceptées par la société et la tradition pour être dénoncées. Mais les violences psychologiques, plus facilement décrites que ce que nous aurions supposé plongent les femmes dans un tel désarroi, un tel isolement et un tel enfer psychique, qu'elles ne peuvent plus faire autrement que de les dénoncer.

⁵⁰ CDC-RHS: Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. Etudes Internationales sur la santé reproductive: Rapports, Publications, et ensemble de données Source : Compilation ONU Femmes 2011

⁵¹ EDS: Etudes sur la démographie et la santé, rapports de modules par pays sur la violence conjugale, Kishor, S. and K. Johnson. 2004. Cerner la violence conjugale: une étude multipays. Source : Compilation ONU Femmes 2011

Liane Daligand, psychiatre et présidente de l'association VIFF-SOS femmes⁵² souligne à ce propos que « Les violences psychiques sont les plus humiliantes et les plus dégradantes. Elles ne laissent pas de traces sur la chair mais sur l'âme. Et malheureusement ces plaies béantes passent souvent inaperçues sous l'œil expert du clinicien. »[71]

III.2. Prédicteurs de violence

Afin de caractériser les violences faites aux femmes dans un milieu socio culturel différent du sien, il est nécessaire de prendre en compte plusieurs facteurs, comme le statut de la femme, la normalité de la relation entre genre, le contexte socioéconomique de la région.[72]

Comme le signalent d'ailleurs les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis[73], prévenir la violence suppose avant toute chose de comprendre les circonstances ainsi que les facteurs de risque et de protection qui contribuent à lui donner naissance.

La manière qui nous a semblé la plus cohérente de regrouper ces facteurs est donc de les appréhender selon un modèle écologique [74], c'est à dire comme un ensemble d'influences que peut avoir un environnement sur le développement et le comportement des individus. Cette classification suit celles notifiées dans la majorité des études, en particulier celle de l'OMS, s'inspirant du modèle écologique et relationnel du risque de survenue des violences conjugales[5].

Modèle écologique de la violence : 4 niveaux

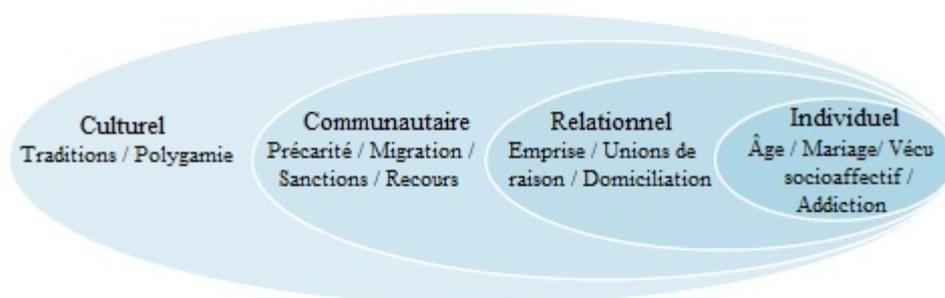


Figure 17 : Modèle écologique de la violence à Mayotte, inspiré du Rapport OMS 2010, Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes.

III.2.1. Niveau individuel

Le niveau individuel du modèle écologique vise à cerner les facteurs biographiques et démographiques qui font augmenter le risque que la personne soit auteur ou victime de violence.

Profil socio démographique

Il est important d'insister sur le fait que la violence envers les femmes, et particulièrement la violence conjugale se retrouve dans tous les milieux et n'épargne aucun groupe socio-culturel. Cependant, comme n'importe quel comportement social, elle s'y manifeste sans doute de façon différente et selon des formes particulières selon les différents milieux.

Dès les années 80, il était mis en avant des profils à risque de subir ou perpétuer de la violence inter genre. Ainsi, selon une enquête ministérielle du Canada, Sheilagh Hodgins et Ginette Larouche énumèrent les caractéristiques des femmes battues : souvent victimes d'un

⁵² Villeurbanne Information Femmes Familles, association de lutte contre la violence intrafamiliale depuis 1979

passé de violence, peu scolarisées, travaillant peu à l'extérieur du foyer, ayant en moyenne 30-35 ans. Pour les agresseurs : ils sont peu scolarisés, font usage d'alcool ou de psychotropes, et ont connu une « histoire de violence assez chargée »[75] comme autant de facteurs de vulnérabilité pour les agresseurs.

Dans notre enquête quantitative, la précocité significative des violences en particuliers sexuelles qui surviennent tôt au cours de la vie (avant 18 ans dans l'enquête) valide les données existantes. Au cours du volet qualitatif, il a aussi été constaté la précocité des violences au sein des relations conflictuelles.

Ainsi, dans la littérature, il est régulièrement souligné que l'âge jeune est un facteur de risque de survenue de violence.[76] [77]

L'enquête ENVEFF en métropole constatait que les femmes jeunes entre 20 et 24 ans sont deux fois plus touchées que leurs aînées (15,3% versus 8% au-delà de 45ans).

Dans un contexte loco régional, ce constat n'échappe pas à la règle, les auteurs des études ENVEFF DOM-TOM (Nouvelle Calédonie, Réunion, Polynésie Française et Martinique) font le même constat en soulignant que : « Partout, ce sont les femmes les plus jeunes qui subissent le plus de violences, quelle qu'en soit la nature. »[31].

A Madagascar, l'enquête ELVICA (où l'âge médian des enquêtées est de 32 ans, 60% des femmes ont moins de 35ans et 75% des femmes sont mariées) rapporte une prévalence de 74% de déclaration de violence conjugale dans les 12 derniers mois pour les femmes âgées de 15 à 19 ans. (Contre 15% pour les femmes âgées de plus de 45 ans). Elle confirme ainsi les données mondiales de l'OMS, qui rapportent pour les mêmes tranches d'âge, des exemples similaires autour du monde (Bangladesh : 48% versus 10%, Pérou 41% versus 8%)

Les violences, en particulier sexuelles dans notre échantillon quantitatif, surviennent de manière précoce dans la vie des femmes mahoraises, ce qui nous permet de formuler quelques hypothèses et constats :

- Les plus jeunes d'entre elles osent déclarer plus que leur aïeules peut être grâce à un changement de mentalité, et à une évolution du cadre légal, comme les femmes qui vivent en union libre grâce à une libération d'emprise
- Les femmes jeunes connaissent d'avantage une situation de vulnérabilité sociale, liée à une arrivée récente sur Mayotte, un manque de ressource économique, social ou affectif, ou encore liée à l'autorité d'un ascendant, et se retrouvent donc plus enclines à subir de la violence.

Il est également décrit dans notre enquête que les femmes vivant seules ou en union libre déclaraient significativement plus de violences que les femmes mariées.

Cette donnée est également retrouvée dans la littérature, comme en Afrique du Sud[78], ou aux Etats Unis[76].

Reproduction sociale de la violence

Les résultats de notre enquête qualitative ont mis la lumière sur l'importance du vécu socio affectif des répondantes.

Cette question, concernant l'enfance de la femme et de son conjoint, a été progressivement introduite dans le guide d'entretien, en fonction de la littérature s'attardant sur ce sujet comme facteur de risque identifiable à une situation de violence, mais également suite à l'abord spontané du sujet d'une de ces femmes.

Le vécu socio affectif, du conjoint en particulier, est repris dans la littérature, ce partout dans le monde, mais bien particulièrement dans les études locorégionales, comme l'atteste les enquêtes ENVEFF métropole et DOM-TOM, comme le souligne Dolorès Pourette dans le volet qualitatif d'ENVEFF-Réunion[79] : « Par ailleurs, la reproduction sociale de la violence semble plus fréquente lorsqu'il y a cumul de situations plus ou moins précaires : précarité économique, chômage ou perte d'emploi du conjoint, alcoolisme... Si le fait d'avoir subi des violences dans l'enfance ou d'avoir assisté à des scènes de violences entre les parents peut avoir une incidence sur les violences endurées à l'âge adulte, il apparaît que c'est surtout dans des situations de précarité sociale et économique qu'il y a reproduction de la violence. »

Le vécu socio affectif de la femme est également à prendre en compte, aux niveaux de l'existence de violences intra familiales dans l'enfance, et de l'antécédent de violence conjugale.

Même si notre échantillon confirme qu'un antécédent de violence conjugale peut représenter un facteur de risque de violence, cette notion est cependant à nuancer à Mayotte, au vu du faible nombre de relation qu'une femme peut avoir au cours de sa vie, notamment par la difficulté sociale, culturelle et religieuse d'envisager une séparation.

La durée des violences subies, les délais pour chercher de l'aide et l'absence d'une relation antérieure des femmes de notre échantillon peuvent en attester.

Cependant, l'étude ENVEFF Métropole remarquait, dans un contexte culturel différent, que 68% des femmes victimes de violences physiques ou sexuelles rapportaient un antécédent de maltraitance physique dans l'enfance, l'adolescence, ou avec un partenaire précédent.

Cette donnée est à corréliser avec les conséquences psycho traumatologiques de la mémoire traumatique, comme nous le verrons ultérieurement dans les conséquences des violences sur les femmes.

Dans les DOM-TOM, le vécu socio affectif des femmes et des partenaires (violence entre parents, sévices dans l'enfance, alcoolisme) permettait d'obtenir des résultats significatifs quant à la déclaration de situations de violence. Ainsi, les indices globaux de violence conjugale peuvent aller jusqu'à tripler en métropole, à La Réunion, en Polynésie comme en Nouvelle-Calédonie et les indices de cumul de violences augmentent encore plus. Avoir subi des sévices et coups répétés dans l'enfance multiplie par 6 l'indice à La Réunion, et par plus de 4 en métropole.[31]

Un autre point à souligner dans la caractérisation de ces violences, est la proportion de femmes de l'échantillon qualitatif qui ne connaissent que très peu la vie de leur conjoint, témoignant d'une différence structurelle d'une société où on ne parle pas nécessairement de son histoire propre, pouvant être lié à une pudeur de la femme ou de son mari - secondaire à un manque de confiance ou d'affectif - ou à une non-culture du dire ou de l'exploration de son enfance dans l'interaction intime. Cette donnée ne nous aura pas permis d'exploiter au maximum le vécu socio affectif des conjoints, car trop peu souvent rapportés par les femmes interrogées.

Une étude complémentaire pourrait s'attarder sur cette donnée qui importe de plus en plus dans les études de la littérature qui cherchent à causaliser la violence.

Une enquête est d'ailleurs à venir sur l'exploration des antécédents de vécu de violence dans l'enfance chez les auteurs de violence conjugale en France métropolitaine.

Ainsi, avoir été témoin ou victime de violence pendant l'enfance est considéré comme facteur de risque de perpétuer les situations de violences dans bon nombre d'études internationales.[80] [81] [82]

Une étude récente amène la notion d'un risque de « transmission inter générationnelle de la violence ». [83]

Le nombre de femme témoignant leur inquiétude quant à leurs enfants, témoins de ces scènes de violence, rend compte de la bonne perception qu'elles ont du caractère de reproductibilité sociale de ces violences.

Addiction

Notre questionnaire volontairement court et simple n'a pas permis de réaliser une étude permettant d'aboutir à une relation entre l'existence d'addiction chez le conjoint et le phénomène de violence.

Cependant, notre étude qualitative a permis de libérer quelques témoignages concernant l'existence d'une recrudescence des violences lors d'une intoxication aigüe à une substance (alcool, cannabis, médicaments).

Cette hypothèse est pourtant relayée dans bon nombre d'études, et nécessiterait un complément d'analyse.

Le choix de ne pas inclure cette question dans notre dépistage systématique était tout d'abord pour éviter la surcharge de question, pour en améliorer l'acceptabilité et la faisabilité, mais était également secondaire à une analyse culturelle de la société mahoraise très majoritairement de religion musulmane. Nous n'avions pas le temps de réfléchir à comment aborder cette question sans heurter les sensibilités des personnes enquêtées.

Il est à noter cependant que la mutation sociétale qui tend à s'occidentaliser, associée à un fort taux de chômage et un accroissement du pouvoir d'achat, voit apparaître une augmentation de la consommation d'alcool et l'apparition de drogues notamment chimiques, entraînant désinhibition et majoration des comportements violents.

Il serait nécessaire, ici aussi, d'en analyser au cours d'une autre étude, l'origine et les conséquences sociales et sanitaires.

Cette désinhibition de l'alcool et des autres drogues, en troublant le jugement et étant facteur de risque de comportements violents a déjà été décrite dans d'autres études[78] [84]. Une étude aux Etats-Unis a d'ailleurs montré que le risque d'être agressée physiquement par son conjoint est multiplié par 3,6 lorsque celui-ci abuse de l'alcool[85].

Par ailleurs, l'enquête ENVEFF avait rapporté un alcoolisme du conjoint chez 12% des femmes victimes de violence conjugale en métropole, et l'indicateur global de l'alcoolisme comme facteur aggravant, était multiplié par 7 à la Réunion.

A Madagascar, lors de l'enquête ELVICA, l'alcool était également considéré comme un facteur aggravant, secondairement à l'analyse des discussions avec les femmes pendant la passation du questionnaire, et pendant l'enquête qualitative, sans que celui ne soit intégré aux questionnaires.

Dans d'autres pays, il est retrouvé que la consommation d'alcool était fortement associée à l'existence d'une situation de violence jusqu'à 65% en Afrique du Sud[86], et 55% aux Etats Unis[87].

La grossesse

La femme enceinte a un statut tout particulier à Mayotte, considérée à intervalle régulier, notamment dans les médias, comme « première maternité de France » en raison de son nombre d'accouchement exceptionnel (environ 8000 naissances en 2015)

L'étude qualitative a, elle aussi, soulignée la particularité de la grossesse dans le vécu des violences, étant pour certaines, facteurs de risque, et pour d'autres facteur protecteur de violence.

La grossesse apparaît dans la littérature, être une période où la femme est particulièrement vulnérable, et surtout considérée comme un facteur déclenchant et/ou aggravant des violences : risque multiplié par 2 à 4[88] [39], avec un risque 4 fois plus important de subir des violences très graves[89].

D'autres études comme celle de Brownridge et al en 2011[90] concluent, elles, au caractère protecteur de la grossesse envers le risque de violences conjugales.

Ces données incitent à un dépistage systématique des situations de violence par les praticiens lors des consultations de suivi de grossesse. Les dernières recommandations de l'HAS en 2007, concernant le suivi des femmes enceintes, conseille même de « proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille) »[56]

III.2.2. Niveau relationnel

Le niveau relationnel s'attache à déterminer en quoi les relations avec le partenaire intime et d'autres membres de la famille augmentent le risque d'être victime ou auteur de violence.

Schémas reproductibles de la violence

S'il est une constante commune à toutes les femmes interrogées dans l'enquête qualitative, et des femmes libérant des bribes de récits de vie lors de la passation du questionnaire, c'est bien cette idée d'emprise, déjà bien décrite par différents auteurs comme les travaux du Dr Richauvet[46] ou Dr Hirigoyen[91]

Il est ainsi retrouvé dans notre enquête, comme dans la plupart des études qualitatives centrée sur la parole des femmes victimes, une reproductibilité du cycle de la violence, caractéristique fondamentale de l'emprise, et frein principal à la séparation.

Il est clairement établi que le niveau relationnel de la violence est mis à partie dans la stratégie établie par l'homme violent.

Il est intéressant également, avec les travaux de Muriel Salmona⁵³, de proposer une « vision addictologique à la violence » qui pourrait justifier de la part de l'agresseur la perpétuation du cycle en mettant en place une telle stratégie. L'agresseur constatant qu'aucune conséquence n'a découlé de ses actes violents, il bénéficie d'une totale impunité, le climat de domination peut se réinstaller et le cycle recommence et s'aggrave.

La notion d'isolement de la victime, de devoir de contrôle du mari sur sa femme est déjà décrit dans la littérature en continent africain, comme étudié par exemple en milieu traditionnel Yoruba dans la région de Ibadan au Nigéria, ou dans les populations bantoues Shona du Zimbabwe [92], et décrit par la notion de « wife's talking back », comme le devoir intrinsèque à la culture, de demander la permission au mari avant d'agir et de prendre une décision.

⁵³ Muriel SALMONA est un psychiatre-psychotraumatologue, médecin coordinatrice et responsable de l'Antenne 92 de l'Institut de victimologie.

Unions de raison : survie économique, mariages forcés, mariages arrangés

Il est entendu par les unions de raison, ces mariages motivés par la quête d'un bénéfice secondaire, qu'il soit, ici à Mayotte, économique ou administratif.

Il a été tenté d'approcher les pressions psychologiques que pouvaient engendrer un mariage de raison, qu'elles soient à but économique, afin de survivre et de survenir aux besoins vitaux du foyer ; ou à but administratif, afin de régulariser une situation politique secondaire à une immigration clandestine sur le territoire français.

Même si le droit du sol⁵⁴ est remis en question régulièrement dans la sphère politique, plusieurs témoignages rapportent qu'il est fréquent pour une comorienne⁵⁵ de faire reconnaître l'enfant à un père mahorais, pour qu'il ait la nationalité française et lui permettre des chances d'avenir, ce qui peut entraîner des prétextes à du chantage.

Il est retrouvé dans l'analyse des résultats qualitatifs ce niveau relationnel caractérisant les violences, à travers les notions de mariage subis, pour des raisons administratives ou financières.

Ces perceptions nous ont conduits à aborder les sujets de violence économique et administrative dans le guide d'entretien, sans que ces notions ne fassent partie du questionnaire, par souci de faisabilité et d'acceptabilité.

Nous les avons perçues en entretien au niveau relationnel, au travers des phénomènes de chantage retrouvé lors des entretiens, source de pressions psychologiques difficilement supportables, et itératives.

Le constat est le même dans l'étude ELVICA réalisée à Madagascar, qui précise que l'argent est une source de conflit majoritaire au sein des couples, statuant qu'un tiers des femmes interrogées déclarent se disputer régulièrement avec leur conjoint à propos de l'argent.

A un niveau communautaire ces types de violence pourront être appréhendés par les phénomènes de précarité et de migration.

La domiciliation traditionnelle uxori locale

Le caractère uxori local de Mayotte, fait du domicile un endroit privilégié pour les violences.

Les entretiens ont permis de soulever la problématique de la domiciliation traditionnelle à composante uxori locale, qui induit dans certains cas une manipulation de l'entourage de la femme par le conjoint et un obstacle à la séparation et à la libération de parole.

Le niveau relationnel de la violence se traduit ici majoritairement par un isolement et une souffrance psychologique majeure.

Certaines études comme celle conduite par Gass[80] en Afrique du Sud en 2011 ont repris cette notion de cohabitation, comme associée à une augmentation du risque de subir la violence, et celle d'E. Brown en Nouvelle Calédonie et en Polynésie française, en précisant qu'« en Polynésie, les taux de violence conjugale sont augmentés de plus de moitié lorsque le couple réside avec l'une ou l'autre des familles. »[31]

⁵⁴ Une personne née à Mayotte est française à la naissance si elle est née après le 31 décembre 1975 et si l'un de ses parents est né à Mayotte ou sur une autre terre qui était française à sa naissance et l'est restée depuis.

⁵⁵ Pour beaucoup arrivées illégalement en kwassa-kwassa, enceintes de 8 mois et demi, et bien souvent en grossesse à risque qui justifie l'accouchement à Mayotte en raison de la gratuité des soins et des infrastructures européennes uniques sur l'archipel

III.2.3. Niveau communautaire

Le niveau communautaire analyse les facteurs sociaux afin d'identifier les caractéristiques de ces cadres de vie susceptibles de favoriser les violences à l'encontre des femmes.

Précarité sociale

La notion de précarité se distingue de la notion de pauvreté. Elle est qualitative et définie par le Haut Comité de Santé Publique, comme un processus d'instabilité qui vise des individus et dont «l'avenir, la durée n'est pas assuré(e)»[93]. Le terme de «précarité» a par ailleurs été adopté par l'ensemble social dans la foulée de celui d'«exclusion» durant les années 90.

Dans ce contexte, il paraît logique d'établir un lien entre les notions de précarité, de vulnérabilité et de violence.

Dès les premières études explorant les violences faites aux femmes dans certains pays ouest-africains anglophones dont le Ghana, la notion de dépendance économique et de manque d'autonomie financière se faisait percevoir comme une cause majeure de soumission et de perpétuation d'un système traditionnel patriarcal de domination de l'homme sur la femme. Ofel Aboagye écrivait déjà en 1994 à propos des femmes victimes de violence au Ghana, que « la violence intra familiale est attribuée en grande partie à une position de soumission, de passivité et de dépendance économique des femmes mariées dans leurs sociétés »[94]

Il est important de rappeler l'inter relation des différents niveaux de caractérisation des prédicteurs de violence, comme est soucieux d'interpréter le modèle écologique de la violence (cf. figure 17). Ce constat est particulièrement vrai en ce qui concerne la question de la précarité. Le manque de ressource communautaire d'un pays aboutit à un manque d'autonomie individuel des femmes. Ce d'autant plus si elles sont soumises à des difficultés d'ordre relationnel dans un système culturel non aidant.

La précarité et la pauvreté sont des sujets centraux dans l'abord des violences conjugales. Dans l'immense majorité des publications s'intéressant à caractériser les violences faites aux femmes dans un contexte inter culturel, la question des ressources économiques est considérée comme un facteur clé pour l'analyse des résultats.

A Mayotte, dans une société au carrefour de plusieurs cultures (Afrique de l'Est, Madagascar, Inde, Péninsule arabique) en pleine occidentalisation, dans laquelle l'autonomie économique des femmes est très précaire, cette notion prend tout son sens.

Dans notre enquête, l'échantillon de notre étude quantitative montre une bonne représentativité de la population avec une proportion de femmes en situation de vulnérabilité sociale très importante, ce qui confirme l'ensemble des données statistiques faites sur Mayotte (taux d'emploi de 36,6%[95], PIB par habitant à 26,4 définis comme le plus faible de l'ensemble de la zone Europe[96]).

Par ailleurs, l'analyse uni et multivariée des résultats du dépistage, aboutit à une augmentation du risque de déclarer un type de violence subi lorsque la femme n'a pas d'emploi.

Le groupe de femmes avec lequel nous nous sommes entretenu, quant à lui, était majoritairement constitué de femmes ayant une certaine autonomie financière et ne souffrant que peu de la précarité (en faisant exception de la précarité affective).

Il est noté par ailleurs, l'impact du manque d'autonomie dans la probable sous déclaration du groupe constitué par les femmes vivant dans les conditions les plus précaires, comme nous en parlerons ci-après.

Dans les études ELVICA (40% des femmes sans emploi), ENVEFF Martinique (19,3% des femmes sans emploi) et ENVEFF Métropole et les autres DOM-TOM étudiés⁵⁶ il est souligné, comme dans notre enquête, que les chômeuses et les inactives sont plus souvent victimes de violences conjugales que les actives occupées.

A un niveau mondial, les constatations sont identiques. Une enquête s'intéressant aux principaux facteurs de risques de violence domestique dans 10 pays analysés par l'OMS dans son *rapport mondial sur la violence et la santé*, concluait à l'aspect primordial du statut socioéconomique des pays, en précisant qu'un plus haut niveau socioéconomique était associé à un faible taux de violence conjugale.[97]

La précarité était d'ailleurs déjà identifiée comme facteur de risque de la violence conjugale dans le rapport Henrion de 2001.

L'autonomie des femmes en particulier économique et l'éducation constituent donc des pistes prioritaires afin de réduire le nombre des situations de violence.

La migration

L'impact de la migration est à prendre en compte dans l'analyse des résultats de l'enquête quantitative.

Ainsi, dans nos résultats, il existe une forte proportion de femmes d'origine étrangère, ayant vécu l'immigration, clandestine ou légale pour suivre leur mari ou trouver du travail.

Ces femmes de notre échantillon qualitatif semblent être en situation de vulnérabilité, comme celles de l'échantillon quantitatif, sans que pour ces dernières les raisons migratoires n'aient été explorées. La migration demande donc aux personnes une adaptation importante (nouveaux comportements, habitudes, normes sociales, sphère amicale et familiale), source de stress, d'anxiété et de désorientation[98] et représente finalement une population à risque qui devrait être prise en charge avec un regard tout particulier.

A Mayotte, comme l'atteste la littérature[12]–[14], ainsi que nos constatations personnelles, nos entretiens exploratoires et nos résultats, la migration est quotidienne, pour ces femmes Comoriennes ou Malgaches qui viennent chercher une qualité de vie et de soins pour elle et leur famille, et qui, arrivées en France, perdent leur repères, découvrent de nouvelles contraintes sociales, et sont obligées de se cacher, dans des situations moins confortables encore que dans leur pays d'origine. Elles deviennent vulnérables à toute agression extérieure, et se retrouvent dans un isolement majeur, qu'il soit social ou sanitaire, constituant finalement un obstacle de taille à une déclaration de situation de violence.

Une enquête réalisée à Mayotte en 2007 [13] portant sur les liens entre migration, santé et soins médicaux, décrivait une population étrangère très présente dans les zones les plus urbaines de l'île (58,3 % de la population des zones urbaines était constituée d'étrangers contre 24,2 % de la population rurale), dans son immense majorité en situation irrégulière et très précaire. Les immigrés y constituent une population jeune, féminine et en âge de procréer, ce qui permet d'expliquer le nombre important d'accouchements de femmes de nationalité étrangère à Mayotte.

⁵⁶ Pour rappel : Nouvelle Calédonie, Polynésie Française, Réunion

Concernant les conditions de vie, pour l'ensemble des caractéristiques financières et d'équipement du logement, on observe un gradient entre les étrangers en situation irrégulière, plus précaires, les étrangers en situation régulière et les Français, plus aisés.

Les migrations pour raisons sanitaires sont très minoritaires. Au total, 11,3 % de la population migrante née à l'étranger a migré et/ou s'est installée pour raisons de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue. La majorité de la population étrangère avait migré pour des raisons économiques (50 %) ou familiales (26 %).

L'étude soulignait l'impact de la mise en place en 1997 du visa d'entrée à Mayotte qui a entraîné l'arrêt de la libre circulation des personnes entre les différentes îles des Comores. Celles qui, auparavant, se rendaient à Mayotte librement (quasiment dans la journée) pour consulter le système de santé entre autres activités (visites familiales, commerce, approvisionnement, etc.) sont retenues dans des frontières plus difficiles à traverser. A Mayotte comme ailleurs, la fermeture des frontières fixent et relèguent les migrants dans des situations de clandestinité sur un territoire qu'ils ne peuvent plus quitter faute de pouvoir y revenir.

Enfin, toujours selon cette enquête publiées en 2010 « Migration, santé et soins médicaux à Mayotte », coordonnée par le Dr Pierre Chauvin et l'AFD, l'état de santé des étrangers y était décrit moins bon que celui des Français, et leur accès aux soins plus difficile. Si aucune différence importante n'avait été observée en termes de fréquence de recours aux soins, en revanche, les étrangers étaient moins bien suivis pour les pathologies chroniques, les dépistages et les suivis des grossesses. Ils avaient, plus encore que les Mahorais, recours aux tradipraticiens.

D'un point de vue anthropologique, il est également noté le caractère précaire et vulnérable des femmes migrantes, d'autant plus si elles migrent seules. Cas vérifiable à Mayotte pour les femmes comoriennes, Morockvasic⁵⁷ considère que la mobilité des femmes se produit sur de petites distances et sur des temps courts. Ce serait une migration de proximité.

Ensuite, lorsqu'elles migrent seules, ces femmes occupent le plus souvent des emplois de domestiques dans le secteur informel de l'économie ce qui les rend invisibles socialement. Et c'est cette invisibilité qui favorise leur surexploitation sur le marché du travail. Enfin, Morokvasic montre que la migration des femmes, d'autant plus quand elles se déplacent seules est un facteur prédictif de vulnérabilité et donc de violence sociale en décrivant le phénomène tel que : « Ce qui est normalement désigné comme 'motivation individuelle ou raison personnelle' pour émigrer relève dans la plupart des cas de la nature oppressive et discriminatoire de la société à l'égard des femmes dans la zone d'émigration » [99]

Il n'en reste pas moins que la migration peut être un outil d'émancipation des femmes vis-à-vis de la rigidité de leur société d'origine, grâce en particulier à la possibilité d'un accès au travail, mais la réalité des conditions précaires rendent ces femmes vulnérables.

Dans l'ensemble de la littérature étudiée, on retrouve clairement que les femmes en situation de vulnérabilité sociale, notamment liée à un phénomène migratoire, sont largement surexposées à des violences, et ce, partout dans le monde.

En effet, deux études récentes[100] [101] montrent que la moitié des migrants interrogés rapportent une expérience de violence y compris de violence sexuelle (viol et exploitation sexuelle).

En Espagne, une étude de référence réalisée en 2008[102], a montré que le risque relatif de décès des suites de violences conjugales chez les femmes étrangères était 5,3 fois supérieur à celui d'une femme espagnole.

⁵⁷ Mirjana MOROCKVASIC est docteur en sociologie à l'Institut des Sciences Sociales et Politique de Paris, dont les recherches portent sur les migrations et mobilités transnationales, processus identitaires et genre.

Une autre étude en 2011[103] auprès de 128 femmes migrantes sans couverture sociale consultant un médecin de premier recours à Paris et Seine Saint Denis, a rapporté chez 84% de ces femmes une situation de violence préalable, dont 57% de violence physique et 34% de violence sexuelle.

Les femmes en situation de migration sont donc particulièrement affectées par le phénomène de violence, et également celui de la sous déclaration dans notre étude.

Les violences physiques et sexuelles sont plus visibles et plus appréhendables que la violence sociale, et passe bien trop souvent à côté de l'œil du clinicien.

Manque de connaissance des recours possibles et défaut de sanction communautaire

Les femmes mahoraises ne sont pas encore entièrement sensibilisées à la problématique de la lutte contre les violences, ne connaissent pas leurs droits du fait de la rapide départementalisation récente, et les structures sociales et les réseaux d'aide ne sont pas suffisamment connus pour assurer une qualité optimale d'action.

Il est clair que la démocratisation de cette lutte, par la médiatisation et l'augmentation des financements pour répondre aux directives européennes afin de promouvoir l'égalité entre les sexes visera à réduire les situations de violence.

Transition sociale

L'augmentation du nombre de femme dénonçant des formes de violence peut être liée à l'amélioration de la connaissance des recours possible, à une reconnaissance publique et à une sanction communautaire qu'il faut encore développer.

Cependant cette transition sociale peut aussi constituer un facteur de risque de violence, par la mise en place de nouvelles normes, comme l'exemple la non reconnaissance par le droit français, du mariage traditionnel, constituant pourtant l'événement biographique le plus important dans les Comores. Il s'agit là d'une forme de violence institutionnelle, qui amène à déstabiliser les concepts traditionnels fondateurs et socialisateurs de Mayotte, par la modification statutaire et administrative, renvoyant ses habitants à une situation d'étrangers dans leur propre pays, avec toutes les conséquences évoquées liées au processus migratoire.

L'individualisation des personnes vivant dans ces sociétés traditionnellement soudées, peut entraîner des perturbations des modes de vies et amener des réactions violentes car étrangères et difficiles à intégrer rapidement.

Mary Maboreke en 1986 [92], et plus tard Armstrong en 1998 [104], donnent l'exemple de querelles qui surviennent dans un Zimbabwe en transition sociale croissante, liées à une frustration de l'homme de la maison de voir l'émancipation féminine, par le fait que les femmes travaillent, et peuvent être en contact avec d'autres hommes dans leurs lieux de travail, qu'elles n'aient plus le temps ni l'envie de s'occuper de la maison et des enfants. L'urbanisation grandissante et les besoins logistiques liés au travail trouvé, engendre une rupture de la vie sociale et familiale, de nouveaux critère de vie se forment pendant que la matrilocalité et les concepts traditionnels de l'habitat et des interactions sociales se détruisent.

Il semble important de noter l'impact de cette transition selon une occidentalisation de la société de modèle africain de Mayotte, dans l'apparition d'une vulnérabilité sociale.

Lorsqu'on change de lieu pour passer du village à la ville (pour trouver un emploi, accéder à de nouveaux services...), on change aussi de logique, transitant d'une situation où l'on se connaît personnellement à celle d'un anonymat qui conduit à une disparition progressive du social. Le vivre ensemble tient ici dans la relation singulière qu'entretiennent des groupes de

populations avec l'État, relation qui a finalement favorisé l'émergence d'une forme de la modernité «insécurisée et insécurisante»[105], comme conséquence de l'évaporation du lien social.

Cette hypothèse est relayée par Counts D., Brown J. et Campbell J., dans une étude de 1999 qui compare 16 sociétés présentant des taux faibles ou élevés de violence contre les femmes. Les auteurs concluent que les sociétés qui affichent les plus faibles taux de violence contre les partenaires sont celles où des sanctions communautaires s'appliquent correctement et où les femmes maltraitées peuvent se réfugier dans des centres spécialisés ou bénéficier du soutien de leur famille.

Les sanctions, ou les interdictions communautaires, prennent la forme de sanctions judiciaires formelles ou de pressions morales qui incitent les voisins à intervenir.

Cette étude montre aussi que, lorsque les femmes ont un très faible statut au sein de la société, la violence n'est pas « nécessaire » pour asseoir l'autorité masculine. À l'inverse, quand elles ont un statut élevé, le pouvoir qu'elles acquièrent collectivement leur permet de changer les rôles assignés traditionnellement à chacun des sexes.

La violence à l'encontre des partenaires atteindrait donc son paroxysme lorsque les femmes commencent à assumer des rôles non traditionnels ou qu'elles entrent dans le monde du travail[5].

Plus récemment, une étude s'est intéressée à la situation de l'Afrique du Sud en post apartheid, et démontrait des niveaux exceptionnels de violences, tout particulièrement celles à l'encontre des femmes, principalement liés à une augmentation des disparités économiques au sein de la société, une inégalité des sexes, et consommation d'alcool ou de drogues[80].

A parte

Il ressort de notre analyse une impression générale de violence omniprésente dans la société mahoraise. Qu'elle soit sociale par la pression liée au statut des immigrées secondaire à la méfiance certaines et à la xénophobie transitoire, administrative et judiciaire par les risques encourus en permanence pour ces femmes qui vivent cachées, communautaire par le contrôle social et le caractère tabou des violences, ou encore économique, par le taux de chômage élevé, le manque d'autonomie financière des femmes.

Cette notion de violence sociale affecte également le secteur de la santé, et est souvent rapportée par les différents rapports des grandes instances, comme le ministère des Outre-mer, qui formulait un constat sévère lors de l'enquête de la Cour des Comptes : « Le risque sanitaire de propagation d'épidémie ou de maladie est devenu majeur, aggravé par les conditions de vie précaires (habitat de fortune) le manque de ressources nécessaires y compris pour les besoins vitaux alimentaires (malnutrition notamment des enfants)[106]. »

III.2.4. Niveau culturel

Le niveau culturel examine les facteurs culturels et sociétaux plus globaux qui influent sur les taux de violence : il s'agit de l'analyse des perceptions qu'ont les femmes et les hommes des violences mises en relation avec des modèles transmis de génération en génération influencés par des systèmes sociaux discriminatoires.

Concepts culturels

Il ressort de la littérature[107] [108], de nos entretiens exploratoires et de nos entretiens de notre enquête qualitative, qu'il existe à Mayotte, plusieurs rites qui sont considérés comme violences aux yeux du droit international, sans l'être aux yeux de la tradition, tels que l'autorité du mari sur sa femme, l'existence de mariages arrangés, l'impossibilité de décider

seule d'une séparation, la possibilité pour le père de ne pas reconnaître un enfant né hors mariage afin de ne pas en avoir la charge financière principalement...

L'intérêt de dénoncer ce genre de pratique par le biais de notre enquête est double à Mayotte :

- Lutter contre la perpétuation des traditions contraires aux droits fondamentaux des êtres humains, mettant en danger la vie des femmes
- Mettre en place une prévention de la répression judiciaire pénale pour les membres de la société mahoraise qui perpétuent ces traditions.

L'accession au statut de département et de région ultrapériphérique (RUP) au 1er janvier 2014 s'accompagne de la transposition des directives nationales et européennes, qui ne toléreront pas les dérogations à ces principes d'égalités des sexes.

Il est nécessaire de rappeler que nos travaux se sont déroulés dans le respect le plus total des principes traditionnels et culturels mahorais qui ne dérogent pas à ces règles internationales de droit humain, et de respect mutuel, sans jamais l'intention de lutter contre.

Les renseignements pris lors de rencontres avec les femmes interrogées et la littérature législative, nous ont fait entrevoir une nette diminution des pratiques culturelles portant atteinte à la dignité de la femme, comme le droit d'accès aux responsabilités politiques, le droit à la monogamie, le droit de consentir librement à un mariage ou encore le droit à une filiation pour ses enfants.

Cependant, la difficulté d'intégration et de contrôle d'application du droit commun, rendent des situations inacceptables encore présentes, comme le mariage forcé et la considération de la femme comme « faite pour avoir des enfants » comme il était enseigné dans les manuels scolaires de l'IPAM (Institut Pédagogique Africain et Malgache) dans les années 60[107], sans pouvoir accéder à un emploi ou une éducation, ce qui explique que la quasi-totalité des femmes de plus de 50ans à Mayotte sont analphabète en français, et que l'existence sociale des femmes célibataires est quasi nulle.

Le nombre d'enfant moyen et les caractéristiques socio démographiques des femmes de nos échantillons peuvent l'attester.

Il résulte de cette conceptualisation culturelle de la violence une acceptabilité particulière des actes violents, flouant la perception et jouant le jeu de la sous déclaration comme nous l'exprimerons ultérieurement.

Certains concepts traditionnels décrits par exemple au Nigéria, au Zimbabwe ou au Ghana [92], fondés sur la domination de l'homme sur la femme, sont régulièrement repris dans la littérature, en dénonçant la place supérieure de l'homme dans la gestion financière ou la prise de décision comme il est explicitement décrit dans les résultats de notre étude.

Une étude récente a d'ailleurs souligné l'impact majeur de ces considérations culturelles sur l'existence et la perpétuation des violences, en parlant des fausses conceptions de la sexualité (comme l'idée d'avoir un rapport sexuel avec sa femme en échange de cadeau ou l'idée que forcer sa partenaire à avoir un rapport sexuel n'est pas un viol)[109].

L'ensemble des recommandations internationales vont dans le sens d'une lutte contre les concepts avilissants et rabaissant pour les femmes [57], [58].

Cette notion est encore retrouvée dans le rapport multi pays de 2013 de l'OMS, qui précise d'ailleurs la grande variabilité des attitudes des femmes à l'égard de la violence en les caractérisant selon les circonstances dans lesquelles elles estiment qu'un homme est en droit de battre son épouse.

Les résultats montrent que si plus des trois quarts des femmes de milieu urbain au Brésil, au Japon, en Namibie et en Serbie-et-Monténégro ont déclaré qu'aucune raison ne justifiait la violence, elles étaient au maximum un quart à le penser dans la province du Bangladesh, en Ethiopie, au Pérou et au Samoa. Dans tous les cadres étudiés, la raison la plus largement acceptée comme justification pour la violence était l'infidélité féminine suivie de la désobéissance simple au mari.

A Madagascar également cette notion a été exploitée, comme le soulignent les auteurs de l'enquête ELVICA : « Au cours de l'enquête démographique et de santé menée en 2003-2004 à Madagascar, il a été demandé aux femmes si elles approuvaient le fait qu'un mari batte sa femme pour certaines raisons : repas brûlé, ordres discutés, négligence des enfants, sorties sans prévenir le mari, refus de rapports sexuels. Dans l'ensemble, plus d'un quart des femmes (28%) sont d'accord avec au moins une des raisons citées. »

La prévalence de la violence dans une société dépend donc de l'acceptabilité sociale de celle-ci, mais également de l'arsenal juridique permettant de condamner les maris violents.

Les femmes violentées peuvent considérer leur situation comme « normale » et dans certaines des sociétés explorées par l'étude OMS (au Zimbabwe, en Afrique du Sud...), par l'étude ELVICA (à Madagascar), par l'étude ENVEFF Réunion, dans des études concernant et selon nos entretiens (exemple de l'entretien E0 : « Ma mère elle était au courant des violences, mais elle me disait tout le temps qu'il fallait que je sois forte et c'est tout. »), ou d'autres études concernant le Ghana[92], les petites filles sont socialisées avec cette idée que leur mari les battra et aura tous les droits sur leur corps. Dans ces conditions, il est très difficile de lutter contre la violence conjugale, elle est alors silencieuse, les femmes n'osent pas se plaindre et bien évidemment encore moins faire appel à la justice.

C'est dans cette optique que le contexte légal et la garantie de son application sont indispensables à la lutte contre ces violences.

Ainsi, tout en travaillant en profond respect des cultures qui peuvent être différentes des siennes, il est nécessaire d'éviter une « essentialisation culturaliste⁵⁸ » pouvant amener à une démarche « valorisant toute institution caractéristique d'une culture par respect de toute culture en soi, constituant un obstacle idéologique majeur tant à l'examen analytique qu'à la remise en question des persécutions genrées. »[110]

L'évolution de la répréhension judiciaire des violences sexuelles en France en est un exemple. Ainsi, « Au XIXème siècle, seul le viol collectif est susceptible d'être puni par les tribunaux. En cas de viol par un seul, la fille (ou la femme) est presque toujours présumée consentante : elle aurait pu se défendre »[24].

A l'heure actuelle encore, seuls 52 pays ont fait du viol conjugal une infraction pénale (depuis 1992 en France).

Il a par ailleurs été tenté de recenser au cours d'études internationales, des pratiques intégrées à une vision socio culturelle, qui paraissent comme intolérables aux yeux des acteurs de la lutte, mais encore bien vivaces.

- Un homme a le droit d'imposer sa volonté à une femme et jouit généralement d'une plus grande considération sociale (p. ex., en Inde[111], au Nigeria[112] et au Ghana[113]).
- Un homme a le droit d'infliger un châtiment physique à une femme qui s'est « mal comportée » (p. ex., en Inde[114][49]).

⁵⁸ Il est à noter cependant que le mouvement culturaliste est un courant de l'anthropologie, centré sur l'analyse de l'influence de la culture sur la personnalité de base des individus d'une population donnée, et que seule son application déviante caractérisée ici d' « essentialisation culturaliste » est préjudiciable à l'analyse.

- La liberté d'une femme doit être restreinte (p. ex, au Pakistan[115][50])
- La violence physique est un moyen acceptable de résoudre les conflits dans une relation (p. ex., en Afrique du Sud[78][11]).
- La violence entre partenaires intimes est un sujet tabou et le signalement des sévices sexuels est irrespectueux (au Nigeria[112]).
- L'honneur d'un homme est relié au comportement sexuel de la femme. Ici, toute transgression sexuelle déshonore l'ensemble de la famille, ce qui peut alors conduire à des crimes d'honneur

Si ces constats sont majoritairement présents dans des contextes de pays en voie de développement, il est important de souligner que ces considérations sont encore bien présentes en France à l'heure actuelle, comme le montre le récent rapport de décembre 2015 sur les représentations des Français sur le viol et les violences sexuelles [51].

Ainsi 1 Français-e sur 4 (25%) considère « que dans le domaine sexuel, les femmes ne sauraient pas vraiment ce qu'elles veulent par rapport aux hommes », mais également près de 1 Français-e sur 5 (19%) considère que « lorsque l'on essaye d'avoir une relation sexuelle avec elles, beaucoup de femmes disent “non” mais ça veut dire “oui” », et 1 répondant-e sur 5 (21%) estime que « lors d'une relation sexuelle, les femmes peuvent prendre du plaisir à être forcées », cette conception est particulièrement bien représentée chez les 18-24 ans qui sont près d'un tiers (31%) à le penser.

Polygamie

Epineux sujet qu'est celui de la polygamie, qui bénéficie d'ailleurs au niveau législatif français monogame, d'une tolérance exceptionnelle de l'application du droit commun au dépend du droit local.

La loi précise que « *Nul ne peut contracter un nouveau mariage avant la dissolution du ou des précédents. Le présent article n'est applicable qu'aux personnes accédant à l'âge requis pour se marier au 1^{er} janvier 2005. Le mariage est dissous par le décès de l'un des conjoints ou le divorce ou la séparation judiciairement prononcée. La rupture unilatérale de la vie commune par l'un des époux est une cause de divorce. Les époux sont égaux dans les conditions et les effets de la dissolution du mariage.*»⁵⁹

Cette loi n'est donc applicable qu'à ceux qui auront atteints l'âge de dix-huit ans après le 1^{er} janvier 2005 et qui décident de se marier de manière non traditionnelle, mais facilite la séparation, qui ne peut plus se faire de manière unilatérale par l'homme.

Même si des témoignages et quelques résultats de l'enquête qualitative voient en la polygamie une situation satisfaisante et compatible avec une situation de couple idéale, le droit à la monogamie obtenu par la loi d'Orientation pour l'Outre-Mer n° 2003-660 du 21 juillet 2003 est une avancée considérable et incontestable en ce qui concerne les droits de la femme à Mayotte, et la lutte contre les violences.

Il est vu clairement dans nos résultats qualitatifs, que lors des situations conflictuelles, la situation de polygamie ajoute un cadre traditionnel moral à l'emprise physique et psychologique déjà existante. Il en résulte un frein majeur à la séparation, et la mise en danger des femmes afin de contourner les dogmes locaux. C'est le cas de ces femmes interviewées, qui disent partir en métropole, uniquement pour échapper à leur obligation religieuse, sans projet d'insertion, en fuite.

⁵⁹ Loi de programme pour l'outre-mer adoptée par l'Assemblée Nationale le 30 juin 2003.

Par ailleurs Les résultats de l'enquête quantitative montrent une association significative entre l'existence d'une situation de polygamie et la déclaration de violence, en accord avec la littérature.

Une étude récente menée au Rwanda[116] en 2015 retrouve la polygamie comme un des trois facteurs de risque les plus significatif de violence conjugale (OR = 1.51, $p < 0.05$), après avoir été témoin de violence conjugale dans l'enfance (OR = 1.82, $p < 0.001$) et l'addiction à l'alcool du conjoint (OR = 3.13, $p < 0.001$)

La pratique de la polygamie est également considérée comme un facteur de risque de violence, par le reflet de l'acceptation de la domination masculine dans le couple[117].

III.3. Conséquences

Il a été consacré une partie de nos entretiens qualitatifs à l'étude des conséquences liées aux violences reçues par ces femmes.

Encore une fois, la pudeur, l'acceptation et les facteurs d'invisibilisation de ces violences ont amené une probable sous déclaration et minimisation des conséquences de tels actes.

Malgré elles, il aura été retrouvé chez la quasi-totalité des femmes interrogées un psychotraumatisme de type II.

Cette pathologie est bien connue et bien décrite par les experts s'intéressant à la problématique des violences faites aux femmes.

Nul doute que l'on aurait pu retrouver, comme il est décrit dans la littérature[5] [118], des décompensations de maladies chroniques et une atteinte de différentes sphères anatomiques, cependant, il a été difficile d'obtenir une liste exhaustive des séquelles physiques, de par la relation plus éloignée des femmes au système de santé.

Le DSM IV définit le psychotraumatisme comme tel : « Personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s) »

Le psychotraumatisme de type II est défini quand l'évènement est répété.

Les conséquences visualisables dans nos entretiens, sont, comme décrit dans les travaux de Muriel Salmona et de Randall [69] : l'évitement de la mémoire traumatique (réminiscences intrusives faisant revivre sans les violences avec la même souffrance et la même détresse) par la mise en place de conduites d'évitement pour éviter toutes les situations ou émotions susceptibles de rappeler les violences, à l'origine d'un retrait social et affectif, de peur et d'intolérance au stress.

Le sentiment d'isolement et de souffrance psychique est retrouvé dans plusieurs études, dont celle de Muriel Salmona en 2008 dans les Hauts de Seine, chez 164 patientes consultantes en psychotraumatologie, 70% cumulent plusieurs types de violence⁶⁰.

Ce psychotraumatisme résultant n'est pas étranger à la littérature, qui centre bien souvent ses résultats sur cette pathologie.

Ainsi, l'état de stress post traumatique (ESPT) a été mis en exergue comme dans l'étude de JC Campbell en 2002[119], qui retenait une prévalence de 35% de ce syndrome chez les femmes victimes de violence, ou celle de Kessler et Al[120] concluant à une prévalence de 45,9% concernant les femmes victimes de viols.

⁶⁰ Etude sur <http://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/etudes.html>, accès le 01/08/2016

Chiffres appuyés et réévalués par une autre étude en 2005 de MA Pico-Alfonso[121] qui insiste sur les séquelles psychologiques importantes des femmes victimes de violences conjugales en réalisant 75 entretiens de femmes victimes de violences physiques et psychologiques, 55 femmes victimes de violences psychologiques seules, et 52 femmes non victimes. Elle a observé une augmentation en nombre et intensité des syndromes dépressifs, des états anxieux, des ESPT et des idées suicidaires chez les deux groupes de femmes victimes de violences. Il n'existait aucune différence significative entre les deux groupes de femmes victimes.

Une étude concluait à un chiffre de 45,9% des femmes victimes de viol.

Enfin, plusieurs études ont mis en avant le risque d'augmentation des conduites sexuelles à risque (augmentation du nombre de partenaires, grossesses non désirées, dans un contexte psychopathologique de réactivation et de répétition) avec notamment comme conséquences une augmentation des IST chez les 18-21 ans, et plus de recours à une IVG[122] [123], ce qui pourrait donner une explication à la prévalence majorée lors des questionnaires réalisés dans notre étude quantitative dans les locaux de gynécologie (Urgences gynécologique, Orthogénie, RePeMa)

III.4. Enfants victimes

Il n'était, encore une fois, pas l'objet principal de cette étude de traiter de la problématique qui justifierait à elle seule une étude, des enfants témoins ou victimes des violences intra familiale.

On a noté cependant différents rôles attribués aux enfants témoins de ces violences conjugales qui se retrouvent instrumentalisés volontairement ou non, et constaté les répercussions psychiques sur leur mère, et nous nous sommes appuyés sur une classification typologique proposée par Mme Geneviève Payet, présidente de l'ARIV afin de présager des retombées psychiques sur le développement de l'enfant, et ainsi expliciter nos propos sur la forte prévalence des conjoints agresseurs ayant un vécu socio affectif marqué par des violences intra familiales comme cité plus haut.

IV. Rôle et place des professionnels de santé, en particulier du médecin (généraliste) dans le dépistage des violences

IV.1. La société mahoraise est-elle prête à avoir recours au système de soins pour dénoncer la violence ?

Il a été démontré dans le volet qualitatif de cette étude, la faible place de l'hôpital au sein des structures d'aide envisageables par les femmes victimes. Il ne représente, selon les femmes interrogées, qu'une étape obligatoire afin de réaliser un certificat de coup et blessure nécessaire au dépôt de plainte, mais en aucun cas, un lieu d'aide et d'écoute possible.

Ce constat, ajouté au manque de connaissance des associations existantes et l'insatisfaction liée au système judiciaire, laissent ces femmes dans une situation de vulnérabilité, sans repère, ne sachant pas où aller, ni à qui s'adresser.

Il est à noter par ailleurs que la société mahoraise, culturellement non francophone reste une société à tradition orale, et les femmes à grande proportion illettrées, éprouvent de franches difficultés à effectuer les démarches administratives, et à constituer le dossier et les preuves de l'agression dont elles sont victimes. Elles méconnaissent leurs droits ou les démarches nécessaires pour les faire valoir.

Si pour ces femmes le premier obstacle de leur lutte contre les violences est tout d'abord de les caractériser, le deuxième est très certainement de savoir qu'il est possible de les dénoncer. Ceci peut être une hypothèse quant à la sous fréquentation du système de soins comme interlocuteur possible.

L'information et la sensibilisation sur les démarches doivent ainsi se démocratiser pour permettre la libération de parole. Le système de soins doit se faire connaître comme recours possible afin de permettre une prise en charge, une écoute et une orientation, et non seulement être une démarche administrative obligatoire préalable à un dépôt de plainte.

Les difficultés d'accès aux soins inhérentes à Mayotte s'ajoutent à ces problématiques dans la non-déclaration des situations de violences.

Dans son rapport de 2014 sur l'accès aux soins en France⁶¹, Médecins du Monde souligne que le coût des soins (pour 57,1 %), le coût du transport (pour 50.2%), la peur de se déplacer et des contrôles de police (pour 49,3 % des situations), la non-compréhension de la langue (29%) et la complexité des difficultés administratives (18 %) sont des facteurs de risque de sous-déclaration.

L'ensemble de ces résultats est à confronter à ceux du volet quantitatif qui montre, via le faible taux de refus de participation, que si le médecin pose la question à la femme, elle répond. Bon nombre d'études ont démontré que le système de soin était un interlocuteur de choix des femmes victimes de violences du fait des consultations répétées et de la proximité patient-médecin.

Les études ENVEFF, en métropole comme dans les DOM TOM appuient cette hypothèse, en montrant que le corps médical était considéré par les femmes comme premier recours (14% des cas en Nouvelle- Calédonie, 22% des cas en métropole, 25% en Polynésie, 26% à La Réunion) avant la police et la gendarmerie (6% en Nouvelle- Calédonie, 15% en métropole, 16% en Polynésie et à La Réunion) et les associations.

La thèse de Mathilde Palisse, dirigée par le Dr Lazimi, s'est principalement intéressé au ressenti de 145 patientes en Île de France face à un repérage systématique des violences sexuelles par le médecin généraliste.

Ce travail va dans le sens de l'acceptation du dépistage par les patientes, quand elle expose que 83,4% des femmes de son échantillon pensent que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste, et qu'il ne présentait en rien une gêne pour 82,8% d'entre elles, sans différence significative entre les femmes victimes ou non.

Ces chiffres sont semblables à ceux d'autres études préalables, comme l'étude de Wendt et Al[124] qui conclue que les femmes sont favorables à un dépistage par leur médecin traitant, en mettant en avant la relation de confiance entre le professionnel de santé et la patiente. Le contexte leur semble approprié du fait du secret médical et du caractère déjà intime de la consultation médicale. Elles considèrent que cela fait partie du rôle et des compétences du médecin. Selon Wendt et Al., les femmes victimes de violences ont plus souvent rapporté qu'elles auraient aimé être interrogées sur ce sujet par leur médecin par rapport aux femmes non victimes.

Déjà en 1992[125], une étude montrait que 68% des patients interrogés étaient favorables à un questionnement « de routine » sur les abus sexuels.

⁶¹ Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Médecins du Monde, Disponible sur :

<http://www.medecinsdumonde.org/En-France/Journee-internationale-du-refus-de-la-misere-Medecins-du-Monde-publie-son-rapport-2015#tab-02> accès le 12/02/2106

IV.2. Les professionnels sont-ils prêts à recevoir des femmes victimes de violence ?

IV.2.1 Les difficultés pour les médecins

Il convient de poser directement la question de l'implication et de l'intérêt que portent les professionnels de santé à Mayotte sur la problématique de la violence faites aux femmes. En effet, si les mahoraises étaient prêtes à se référer au système de soin pour dénoncer les violences qu'elles subissent, les professionnels de santé seraient-ils en mesure d'accueillir, d'écouter, d'orienter ?

Au cours du temps de formation de l'enquête DEVIFFE, il nous est apparu clairement, et ce dès le début, des réticences de la part d'une franche minorité des investigateurs médecins.

Alors que certains ont refusé catégoriquement de participer à l'étude, d'autres ont montré un scepticisme quant à leur légitimité à poser ce « genre de question ».

Il est évident que pour éviter au maximum les biais d'investigation, seuls les investigateurs motivés et concernés participaient à cette enquête, mais tous les médecins ont reçus un temps de formation.

La très grande majorité des investigateurs se sont cependant montré motivés par cette enquête, nous permettant de conclure au vu de l'acceptabilité du dépistage (tant par les patientes que par les médecins) a démontré sa faisabilité et son intérêt en pratique médicale courante.

Il est retrouvé dans la littérature, de nombreux travaux qui tentent de donner une explication à ce manque d'intérêt du personnel médical.

La thèse de Barros[126] en 2013 dirigée par Dr Lazimi, décrivant les « *Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale* » a démontré au cours d'entretiens semi directifs de médecins généralistes, que le sujet de la violence faites aux femmes était bien trop peu dépisté, sous-estimé et que les principaux obstacles sont liés à un manque de formation, de disponibilité, de connaissance des structures sociales, mais également au caractère tabou de ce sujet, malgré une prise de conscience de l'enjeu de santé publique.

Ce travail appuie une autre thèse de Melanie Pelizzari en 2012[127] retrouvant les mêmes obstacles, ainsi que l'impression d'intrusion dans la vie privée et le caractère « stéréotypé » de ces violences qui interviennent selon les médecins interrogés principalement dans les milieux défavorisés, et la crainte de préjudices pour la patiente.

Se pose également la question du fort turn-over du personnel médical, et de leur hypothétique manque d'implication à prendre en charge une problématique sur du long terme.

Il est à noter l'importance de la formation des professionnels à Mayotte, où l'implantation du système de santé occidental est encore soumise à controverse dans le système traditionnel mahorais, où les conseils religieux, même pour les problèmes sanitaires, gardent encore une place prépondérante.

En effet, un potentiel mauvais accueil ou une mauvaise orientation d'une femme victime de violence, qu'il faut imaginer venir à l'hôpital en tout dernier recours et avec ses derniers espoirs et forces, se livrer à un médecin inconnu et d'une culture différente, pourrait entraîner en elle un état d'esprit de méfiance vis-à-vis de ce système de santé occidental.

Le risque est de voir ces patientes, qui ne venaient pas avant à l'hôpital, ne plus jamais revenir, n'y trouvant au final, pas plus de soutien que dans leur milieu familial.

Or, la formation des médecins français concernant les violences faites aux femmes, et la victimologie en général est loin d'être suffisante.

Les thèses du Dr Morvant[128] en 2000 fait état d'un manque de formation ressenti par les médecins généralistes intégrés dans ces études, donc déjà sensibilisés à la cause. Celle du Dr Cornilleau[129] en 2011, appuie ces résultats, mais montre par ailleurs une évolution des pratiques.

La thèse du Dr Woimant[130], dirigée par le Dr Lazimi en 2011, fait par ailleurs office d'une différence entre le repérage des violences conjugales chez les médecins qui ont reçu une formation sur les violences conjugales par rapport à ceux qui ne l'ont pas reçu.

Elle concluait, elle aussi, que les femmes victimes étaient favorables au repérage systématique et reconnaissaient au praticien un rôle de soutien et d'aide.

Pourtant, les recommandations nationales et internationales statuent que les médecins doivent être particulièrement sensibilisés et formés à la problématique du repérage des femmes victimes de violence, de par leur rôle social et leur qualité d'écoute et d'orientation.

Et comme le déclare le Dr Claudia Garcia-Moreno de l'OMS. «Bien souvent, le problème vient du fait que les agents de santé ne savent tout simplement pas comment réagir.»

IV.2.2 La nécessité de l'approche multidisciplinaire

L'analyse de nos résultats qualitatifs, ainsi que nos entretiens exploratoires des différents acteurs locaux, montrent qu'il existe un problème d'orientation et d'établissement des rôles à attribuer aux différents professionnels concernés par la problématique des violences faites aux femmes à Mayotte.

L'approche multidisciplinaire est considérée par la littérature comme nécessaire, afin de réunir les acteurs de cette lutte, d'assurer une bonne prévention, orientation et prise en charge des femmes victimes de violence.

Dès 1993, l'Organisation des Nations Unies[28] définissait le rôle du secteur de la santé face aux violences faites aux femmes autour de quatre axes :

- Prévention primaire : par l'attention de la communauté portée sur les violences faites aux femmes et aux enfants
- Prévention secondaire : par le repérage précoce des victimes, soutien, surveillance et prise en charge médicale adaptée
- Prévention tertiaire : par la mise en place d'un suivi à long terme et la prise en charge des conséquences sur la santé physique et mentale
- Et enfin, assurer une orientation pour une aide pluridisciplinaire : psychologique, sociale et judiciaire.

C'est également le cas du rapport HENRION[32] de 2001 qui ciblaient les médecins généralistes, urgentistes, et gynécologues comme une population concernée par ce dépistage.

Il définissait ainsi le rôle du médecin face aux violences conjugales en six axes :

- Accueillir et être à l'écoute
- Dépister les violences
- Evaluer la gravité
- Assurer les soins et constituer un dossier
- Rédiger le certificat
- Informer et orienter la patiente

Plus récemment, le rapport de l’OMS[131] en 2013, intitulé « Estimations mondiales et régionales de la violence à l’encontre des femmes: prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d’autres que le partenaire » représentant la première étude systématique jamais menée à partir de données mondiales sur la prévalence de la violence à l’encontre des femmes, concluait à l’importance de « Former les agents de santé de toutes les catégories à reconnaître quand les femmes sont exposées à la violence du partenaire et à leur apporter une réponse adaptée. »

Les nouvelles lignes directrices générales et cliniques de l’OMS sur l’action du secteur de la santé face à la violence à l’encontre des femmes soulignent qu’il est « urgent d’intégrer les questions de violence à la formation clinique. »

En France également, l’approche multidisciplinaire de repérage et de lutte contre les violences faites aux femmes est mise en avant, notamment depuis 2013 avec la mise en place par la MIPROF et la Commission Européenne, de « kits pédagogiques à destination des professionnel-le-s pour comprendre et agir »⁶².

A l’heure actuelle, il en existe 4 :

- Le kit « Anna », pour tous les acteurs, qui explique les mécanismes des violences au sein du couple, le repérage, la prise en charge par le-la professionnel-le et le travail en réseau.
- Le kit « Tom et Léna », principalement pour les professionnel-le-s de l’enfance et de l’adolescence, qui traite de l’impact des violences au sein du couple sur les enfants ainsi que du repérage et de la prise en charge de la mère et de l’enfant victimes
- Le kit « Protection sur ordonnance », principalement pour les professionnels en droit, qui traite des mécanismes des violences, du repérage et de l’évaluation du danger lié aux situations de violences au sein du couple pour mettre en place une prise en charge et une protection adaptée pour la mère et les enfants victimes
- Le kit « Elisa », principalement pour les professionnels de la santé, qui traite de les conséquences des violences sexuelles et de l’impact du repérage systématique sur la femme victime. Cette pratique professionnelle améliore le diagnostic, la prise en charge et l’orientation par le-la professionnel-le.

Enfin, le rapport 2015 de l’UNFPA qui, partant du constat que :

- La violence basée sur le genre (VBG) est souvent passée sous silence, quel que soit le contexte
- Les enquêtes sur la VBG peuvent s’avérer dangereuses et posent de sérieux problèmes d’éthique et de sécurité
- La plupart des sociétés culpabilisent les victimes
- Beaucoup d’intervenants susceptibles d’être en contact avec un(e) survivant(e) ne savent pas quoi faire et ne sont pas à l’aise avec le problème de la VBG.

Souligne que « tous les acteurs sont responsables de la prévention de la VBG mais les prestataires de soins restent en première ligne.

Le secteur de la santé contribue à prévenir la VBG dans les situations d’urgence en mettant en place des initiatives et des programmes ciblés de santé publique et en travaillant avec d’autres acteurs dans le cadre des efforts de prévention multisectoriel. »

⁶² Ces outils pédagogiques sont relayé par le site gouvernemental de lutte contre les violences faites aux femmes: stop-violences-femmes.gouv.fr

Cette organisation internationale de développement a même mis en place depuis 2011 une formation en ligne gratuite, réalisée avec les fonds internationaux des Nations Unies, World Education, Inc., des nombreux experts en matière de violences basées sur le genre et des acteurs humanitaires et du développement, afin de promouvoir et former sur le repérage et la prise en charge des violences basées sur le genre.

Cette formation en ligne est disponible à l'adresse suivante (accès le 16/12/2016) : <https://extranet.unfpa.org/Apps/GBVinEmergencies/index.html#french-version>

IV.3. Vers un dépistage systématique de la violence faite aux femmes ? Illusions et retards

IV.3.1. Intérêts et limites

Les choix méthodologiques et l'analyse de la littérature et des recommandations internationales nous ont conduits à promouvoir un dépistage systématique dans les structures de soins non programmés auprès de toutes les patientes de plus de 16 ans consultant pour n'importe quel motif.

Il nous est apparu pertinent, pour une première étude quantitative sur la violence faite aux femmes à Mayotte, d'avoir une estimation la plus représentative possible au sein de la population.

Le dépistage systématique est au cœur de nombreux débats dans la population médicale, malgré son acceptabilité reconnue, sa faisabilité, et sa place intégrante dans les recommandations internationales les plus récentes de l'HAS[56], de l'OMS[5] et de l'UNFPA[58].

Il est retrouvé un certain nombre d'étude discutant le dépistage systématique. Une étude au Royaume Uni[132], estime que le dépistage systématique augmenterait le nombre de violences déclarées mais qu'il n'existerait pas de preuves établissant que cela améliorerait la prise en charge, diminuerait l'exposition de ces femmes à la violence et améliorerait leur qualité de vie.

Quelques thèses de médecine générale, dont celle du Dr Barroso [126], s'intéressant au ressenti des médecins généralistes confrontés à l'idée d'un dépistage systématique, conclu que l'idée d'un tel dépistage n'était pas relayée par la majorité de ces médecins, ayant peur de perdre des patientes à force de trop s'introduire dans leur sphère intime, manque de temps encore une fois, ou encore peur de ne pas savoir où adresser ces femmes et comment réagir face à une réponse positive.

Le bon accueil de notre enquête DEVIFFE 2014, dans l'ensemble des structures d'investigation et le faible taux de refus de participation de la part des patientes nous conforte dans l'idée de l'acceptabilité et de la faisabilité de ce genre de dépistage.

Après analyse des questionnaires recueillis et entretiens de débriefing post étude, il n'a jamais été trouvé de la part des investigateurs de réticence à poser la question des antécédents de violence.

Par ailleurs, aucune femme n'a refusé de participer à l'étude qualitative, après ma présentation en tant qu'étudiant en médecine réalisant une étude sur les violences faites aux femmes à Mayotte.

Ces résultats encouragent à inclure le dépistage des violences de manière systématique et individuelle à l'ensemble des patientes, et à considérer un conseil minimal à l'aide au repérage précoce des situations de violence.

Le médecin semble être un interlocuteur de choix de par son rôle attribué et ses qualités d'écoute et d'information.

En 2005, aux Etats Unis, Stevens L.[133] proposait déjà une standardisation du repérage des violences, grâce à un acronyme : « SAVER » :

- *Screen all female patients for violence* (Dépister toutes les femmes)
- *Ask direct questions in a nonjudgmental way* (Poser des questions directes)
- *Validate the patient* (Ne pas remettre en doute la parole de la patiente)
- *Evaluate survivors and educate all female patients* (Evaluer le niveau d'urgence actuel et aider à reconnaître et prendre conscience de certaines violences)
- *Refer survivors* (Orienter la patiente pour une prise en charge globale multidisciplinaire avec les sphères médicale, psychologique, sociale, judiciaire, associative)

Récemment, une analyse de 13 études concernant le dépistage des violences conjugales auprès des femmes en structures de soins, concluait à une évidente amélioration du repérage des femmes victimes de violence, mais que les preuves d'efficacité n'étaient pour le moment pas encore assez concluantes pour permettre une généralisation du dépistage systématique[134].

IV.3.2. Les modèles

Dans le monde

La pratique du dépistage systématique de la violence conjugale est préconisée aux Etats-Unis par le « Council on Scientific Affairs de l'American Medical Association » en médecine de premiers recours, et par l'« American College of Obstetrician and Gynecologist » dans le suivi des femmes enceintes en proposant un bref questionnaire lors de l'anamnèse.

Une étude américaine de 2012[135] a passé en revue les différents outils utilisés lors des dépistages systématiques, ainsi que leur efficacité à repérer les femmes victimes et leur conséquence psycho traumatologique. Il en est conclu que les questionnaires permettent d'identifier avec précision les femmes victimes de violences conjugales, et que les répercussions sont minimales. D'autres associations sont plus favorables à un dépistage lors du moindre soupçon comme le préconise la « Société des obstétriciens et Gynécologues du Canada » et « l'American Academy of Pediatrics ».

Le gouvernement du Québec a fait de la lutte contre la violence conjugale une action prioritaire avec trois axes d'intervention : *prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*.

Au Royaume-Uni, le département de la santé encourage le dépistage de situations de violences conjugales par les professionnels de santé, particulièrement dans le suivi anténatal.

En Suède, il existe un dépistage systématique aux 4^{ème} et 20^{ème} semaines de grossesse, qui va révéler en 2001 un taux de 19,4% de femmes victimes de violence domestique sur toute la vie, ce chiffre augmente si l'on questionne la personne plusieurs fois.[136]

En France

En France, le Dr Gilles LAZIMI ⁶³ est un fervent défenseur du dépistage systématique. Ses travaux se sont principalement intéressés à la formation des professionnels de santé dans le

⁶³ Médecin généraliste et directeur du Centre Municipal de Santé de Romainville, Membre du Haut Conseil à l'Egalité entre les Hommes et les Femmes

repérage d'un problème majeur de santé publique, « qui ne se voit pas »⁶⁴ et surtout qui n'est pas inclus dans la formation de base des médecins.

Il a ainsi proposé un dépistage systématique par questionnaire simple de trois questions, qu'il a pu mettre en place au cours de plusieurs enquêtes à partir de 2004 :

1/ Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants, injures, menaces ?

2/ Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques ? Avez-vous reçu des coups, des gifles ? Avez-vous été battue, bousculée par un homme ?

3/ Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles: attouchements, viol, rapports forcés ?

Les résultats montrent une grande faisabilité et acceptabilité de ce questionnaire.

En 2004, il obtient des premiers résultats dans une étude en île de France :

100 patientes interrogées de façon systématique, 54% ont déclaré avoir été victimes de violences :

- 49% de violences verbales,
- 31% de violences physiques,
- 21% de violences sexuelles.
- 90% des victimes parlaient pour la première fois des violences sexuelles

En 2007, lors d'une enquête nationale :

557 patientes interrogées de façon systématique, 63% ont déclaré avoir été victimes de violences :

- 62,8% de violences verbales,
- 42,7% de violences physiques,
- 17,8% de violences sexuelles.

En 2008, il collabore avec Dr Laure Gazaine, médecin urgentiste à Poissy, pour l'étude « *Violences faites aux femmes : poser la question est-il possible ?* »

100 femmes fréquentant les urgences hospitalières interrogées systématiquement, 74 % ont déclaré avoir été victimes de violences :

- 63% de violences verbales,
- 52% de violences psychologiques
- 41% de violences physiques
- 19% de violences sexuelles

En 2008, une autre étude est mise en place avec le Dr Delespine appliquer l'étude du Dr Lazimi auprès de patientes en consultation de sages-femmes

90 femmes fréquentant les consultations de sages-femmes, interrogées systématiquement, 66 % ont déclaré avoir été victimes de violences :

- 59% de violences verbales,
- 21% de violences physiques
- 12% de violences sexuelles

En 2009, une étude menée par Médecins du Monde et Dr Estrada, sur la situation sanitaire et l'existence de violence des femmes vivant dans la précarité, et en accord avec ce dépistage systématique de 126 femmes, montre :

- 71% de violences verbales,

⁶⁴ « Violences sexistes et sexuelles, l'enjeu de la formation des professionnels » 23/11 2012 – Université Paris 4 Sorbonne

- 57% de violences physiques,
- 34% de violences sexuelles

En 2010, au centre de santé de Grenoble, une enquête menée par le Dr Pichon-Dubois auprès de médecins généralistes et sur une population de 239 femmes, montre :

- 62% de violences verbales,
- 48% de violences physiques,
- 21% de violences sexuelles

Une thèse reprenant la méthodologie du dépistage systématique réalisée par Mathilde Palisse en 2013 montre que sur 145 patientes consultant en médecine générale,

- 23,4% déclaraient avoir subi au moins un épisode de violence sexuelle

En 2011 lors de « la grande enquête vosgienne » initiée par l'association « Les héritières de demain » et inspirée par les études du Dr Lazimi, l'ensemble des médecins généralistes des Vosges ont été sollicités pour poser ce même questionnaire

39 femmes consultant un médecin généraliste dans les Vosges, 74 % ont déclaré avoir été victimes de violences :

- 72% de violences verbales,
- 38% de violences physiques
- 5% de violences sexuelles

La thèse d'Hélène Joudrier, dirigée par Emmanuelle Piet : *violences conjugales, grossesse et médecine générale : enquête au sein de l'association SOS femmes 93*, s'est aidée d'entretiens semi directifs via un questionnaire auprès de femmes consultant à l'association SOS femmes du département de la Seine Saint Denis, pour décrire les caractéristiques et particularités des violences conjugales entourant la grossesse.

Elle y souligne les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui incite à « repérer les situations de vulnérabilité, les signes de violence domestique et d'orienter vers un éventuel soutien spécialisé » [137] lors de l'entretien du premier trimestre de la grossesse ou aux alentours du quatrième mois, ainsi que le mémoire de Mathilde Delespine [138] qui précise l'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes durant la grossesse. En interrogeant 7 sages-femmes, exerçant dans différentes maternités, qui ont expérimenté ce dépistage auprès de 90 femmes enceintes, elle a renforcé l'idée de son caractère faisable et efficace dans cette population de femmes.

IV.3.3. Les questionnaires existants

Au cours des lectures de la littérature, il est fréquemment proposé des outils discutés et renouvelés, qui permettraient une amélioration du dépistage, en même temps qu'une acceptabilité des soignants pour introduire un dépistage de routine.

Les services d'urgence sont également concernés, comme le montre une étude américaine de 2014, proposant un outil de dépistage en fonction des facteurs de risque estimés comme les plus à même d'exposer une femme à des violences conjugales : la consommation d'alcool, de drogue, la dépression, le caractère impulsif, l'âge du conjoint, et le fait d'avoir été témoin d'une situation de violence dans l'enfance [139].

Il existe de nombreux questionnaires validés à l'étranger, parmi lesquels l'ISA (Index of Spouse Abuse) en 30 items, le WAST (Woman Abuse Screening Tool) en 8 questions, et le WEB (Women's Experience with Battering Scale) en 10 questions, le HITS

test.[140][141][142]. Une version française du WAST a été évaluée lors d'une étude montrant une certaine fiabilité.[143]

Cependant, en 2009, une revue de littérature sur les différents outils de dépistage[70] a conclu qu'aucun d'entre eux n'avaient été suffisamment étudié pour être utilisé en dépistage systématique.

Ces outils doivent invariablement être adaptés au mode de réalisation, et en fonction du contexte culturel. C'est ce que nous avons tenté de faire avec notre questionnaire (Annexe 1)

V. Les raisons de penser à une sous déclaration des résultats

V.1. Vulnérabilité sociale

V.1.1. Impact de l'autonomie des femmes

Les résultats montrent que les femmes étant en union libre ou seule, de nationalité française, avec la sécurité sociale et qui parlent français constituent un groupe rapportant plus que les autres une situation de violence.

La contre intuitivité de ces résultats obtenus nous permet d'émettre l'hypothèse que les critères d'autonomie des femmes sont associés au risque de sous déclaration des violences.

Les femmes en situation de vulnérabilité sociale déclarent jusqu'à trois fois moins de violence que les autres. Le résultat obtenu est donc probablement soumis à des phénomènes de sous-déclaration.

Cette hypothèse est renforcée par l'analyse du discours des femmes présentes dans l'étude qualitative qui pour la majorité d'entre elles ne présentent pas de caractéristiques de précarité sévère. Les femmes ayant réussi à franchir le pas de la déclaration critiquent les violences qu'elles ont subies.

Il a été démontré dans plusieurs études[101], [103], [144], comme vu ci-dessus, que la reproductibilité sociale de la violence est majorée dans les cas de précarité, et infirme l'hypothèse que les femmes en situation de vulnérabilité ne sont pas épargnées, bien au contraire, des situations de violences.

Une étude récente menée au Bangladesh montre elle aussi une association significative entre un haut niveau socio culturel des femmes et une plus grande dénonciation de ces violences.[145]

V.1.2. Impact de la traduction

Il est à noter également l'impact de la traduction vis-à-vis des femmes ne parlant pas français, et de la vulnérabilité sociale en résultant, représentant un obstacle à l'insertion sociale et professionnelle, un obstacle à la possibilité d'avoir recours aux structures d'aides, et finalement un obstacle à la libération de parole.

L'étude quantitative a souligné la différence significative de déclaration de violence entre les femmes parlant français et celle ayant recours à la traduction, pouvant présager d'une sous-déclaration majeure.

De plus, la majorité des femmes interviewées ne présentaient pas de caractéristique de vulnérabilité sociale, de par leur statut administratif régularisé et leur accès au système de soin. Et même si certaines d'entre elles ne parlaient pas un français courant, elles étaient dans une insertion sociale permettant leur orientation vers les structures associativo-judiciaires nécessaires à l'avancée de leurs démarches.

La présence de l'interprète joue également un rôle majeur dans la sous déclaration de cette population ciblée. Le caractère insulaire de Mayotte, fait de cette île un endroit où « tout se sait ». Pour des questions pratiques et méthodologiques, liées aux langues parlées, au temps de formation et au secret médical, les interprètes faisaient partie du personnel soignant.

Le concept de secret médical reste une notion floue ponctuée de scepticisme pour la plupart des mahoraises comme le souligne les résultats de l'enquête qualitative.

Le personnel soignant mahorais des structures de soins, et ce notamment dans les dispensaires et PMI périphériques, habite souvent les mêmes villages que les femmes interrogées, ce qui implique qu'ils se connaissent, et que la femme interrogée peut ressentir une méfiance supplémentaire par peur de fuite d'informations.

Cette donnée avait déjà été soulevé lors de l'enquête de 2007 de l'Agence Française du Développement (AFD) faisant un premier point sur la migration, santé et soins médicaux à Mayotte, en déclarant que : « La plupart des entretiens réalisés avec les particuliers ont mis en avant la crainte du non-respect de la confidentialité de la part des aides-soignantes qui réalisent les traductions. Si la confiance existe envers les médecins, elle ne semble pas acquise dans les mêmes termes avec les traducteurs. »[13]

Encore une fois, comme précisé ci-dessus, le fait que l'interprète fasse partie du même cercle social ou familial que la patiente constituait un critère d'exclusion.

La question de n'attribuer le questionnaire qu'aux patientes francophones s'est posée avant de commencer l'étude. Elle nous est cependant très rapidement apparue comme un biais majeur d'échantillonnage, devant la proportion majoritaire des mahoraises ne parlant pas français, et aurait amputé la représentativité de l'enquête que nous avons voulu maximale.

La présence de l'interprète en cas de mauvaise maîtrise de la langue française était donc indispensable, et faisait également partie de nos critères d'exclusion en cas d'indisponibilité.

Comme le montrent un article publié en 2003, il existe une association significative entre une concordance linguistique adéquate et un plus grand nombre de détection d'expériences traumatisantes et de symptômes psychologiques sévères[146].

Il est également démontré dans une étude au Royaume Uni, que la barrière de la langue consistait un obstacle au dépistage de la part des sages-femmes anglaises face à une population migrante.[147]

L'étude de C. Nicolaidis, en 2002[148], démontre que la honte, la peur, le manque de confiance dans le médecin, le manque d'attention du médecin et l'absence de moment seul avec le médecin constituaient des freins à l'expression des violences conjugales.

V.2. Impact de la distance patient/soignant?

Il convient de se poser la question de la différence culturelle entre investigateurs et patientes mahoraises afin d'expliquer un phénomène de sous déclaration.

Cependant, il s'agit d'une première enquête de grande échelle sur le sujet de la violence faite aux femmes à Mayotte, et aucun élément de comparaison ne pourrait entrer en considération par rapport à cette étude.

Même si la problématique sus-citée du secret médical apparaît lors de la présence d'un interprète, il nous semble que la différence de culture n'aura joué qu'un rôle mineur dans la sous déclaration, et qu'au contraire, a pu aider à la dénonciation dans un milieu hospitalier qui se voulait rassurant.

Cette donnée est vérifiée dans d'autres études interculturelles comme les études ENVEFF-DOM TOM qui ont choisi la technique CATI (Collecte Assistée par Téléphone et Informatique), où il était précisé que « l'accent immédiatement perçu comme « non antillais » de ses enquêteurs était apparu, dès l'enquête pilote, comme un gage supplémentaire de confidentialité assurant les répondant(e)s que leurs interlocuteurs ne pouvaient pas les connaître personnellement et risquer de *makréler* ou *kankanner* sur leur compte. »[45]

L'ensemble des recommandations internationales (OMS, ONU, UNFPA) concernant le dépistage précoce des violences faites aux femmes, intègre la notion de différence culturelle. Si elle peut représenter un écueil dans le recensement et l'analyse des données, elle n'en consiste pas moins un obstacle indispensable à surmonter, par le biais de collaborations pluridisciplinaire et pluriculturelle.

V.3. Les freins à la déclaration

V.3.1. Sujet tabou aux yeux de la société

Il résulte de nos entretiens le caractère tabou du sujet des violences faites aux femmes. Le sentiment de honte, la peur de répercussion sur soi et sur ses proches ressortent de cette enquête qualitative, et constitue un frein majeur à la dénonciation des violences. Ces résultats induisent inévitablement un isolement majeur, renforçant l'obstacle de la libération de parole.

Celles qui ont fait le premier pas pour se sortir de ce rouage de violence semblent adresser, par le biais de cette étude, un message d'espoir à toutes les femmes dans cette situation. L'emprise de la tradition semble avoir un impact majeur sur la sous déclaration, nous permettant ainsi de confirmer l'hypothèse que les sociétés traditionnelles, fondées selon le schéma universel de la domination des hommes sur les femmes fonctionnent sur un modèle patriarcal.

L'insularité et le type d'habitat, associé à une considération sociale de la violence conjugale comme une problématique individuelle, favorisent un isolement et un retranchement de la femme, alors coincée entre une pression sociale et familiale. L'interconnaissance existante à Mayotte renforce le caractère tabou du sujet, de par la circulation de rumeurs, de commérages résultant d'une surveillance sociale incessante. Dans d'autres études, cette problématique est également considérée, comme en Guadeloupe[149], à la Réunion[79] ou à Madagascar[59]. L'étude de W. Wester en 2007[150], a mis en évidence des freins à la déclaration des situations de victimes à leur médecin généraliste. Les raisons principales étaient la honte, et la peur des représailles.

Les organisations mondiales travaillant sur la lutte contre les violences faites aux femmes dans le monde s'inquiètent également de ce phénomène de sous déclaration lié à une acceptabilité de la violence et au caractère tabou du sujet. Ainsi, dans son rapport multi-pays 2005, l'OMS chiffre la prévalence des femmes maltraitées qui en ont parlé à quelqu'un. Les résultats sont sans équivoque, les femmes issues de milieux traditionnels ne parlent pas de ces violences autour d'elles « Dans tous les pays, l'investigateur a souvent été la première personne à qui les femmes maltraitées parlaient de la violence »[57]

Nos discussions avec les acteurs locaux de la lutte contre les violences faites aux femmes nous ont fait prendre conscience du caractère tabou des violences, de la honte pour une femme d'être maltraitée, de la difficulté de réinsertion sociale d'une femme qui aura quitté son mari, ainsi qu'une tolérance de la violence[151] [152] [153] [154]

Un des grands enjeux de ce combat est donc d'arriver à briser ce sentiment de honte, voire de culpabilité de la femme battue, ne plus entendre de femmes nous dire lors d'un questionnaire de l'enquête « Oui il me frappe, mais non, je ne suis pas une femme battue ».

V.3.2. Entourage familial, exploitation de la composante insulaire et uxori locale

Les données retrouvées dans l'enquête qualitative confirment les premières impressions des entretiens préalables à l'enquête, avec les acteurs locaux de la lutte contre les violences faites aux femmes. On retrouve que la famille est considérée comme un obstacle à la libération de parole, vecteur de la reproduction traditionnelle de la problématique de violence subie.

Des exemples de la littérature s'intéressant aux violences conjugales au Zimbabwe ou en Afrique du Sud, soulignent le fait que les femmes vivent dans un réseau complexe d'interactions sociales plutôt que dans des procédés individualistes. Ce mode de vie peut constituer une acceptation de cette violence, et un frein à leur déclaration.[92]

Encore une fois, la reproduction sociale et familiale de la violence est à prendre en compte dans la sous-déclaration des violences. Il est démontré dans cette enquête, comme ailleurs, que l'existence de violence dans l'ascendance de la femme victime, constitue un frein à la dénonciation, par manque de soutien familial, violences caractérisées comme normales, reproductibles et acceptables.

L'héritage culturel et traditionnel est donc lourd à porter devant la difficulté de changement des mentalités quant à la non-dénonciation des violences.

La question de l'existence de variabilité dans l'acceptation des violences en fonction des milieux culturels et traditionnels est à se poser.

Les différents entretiens confirment le fait que ces femmes perpétuent l'acceptation du schéma traditionnel de la domination de l'homme sur la femme, reposant sur l'idée de la dévotion de l'épouse pour son mari. Le statut particulier de la femme à Mayotte n'échappe pas à ces principes, et la violence conjugale a été décrite comme habituelle et normalisée, résultant d'une responsabilisation des colères du mari.

Comme précisé dans le chapitre « Cadre Conceptuel », lors de l'élaboration du questionnaire, un sujet de controverse aura été celui de l'abord des violences sexuelles.

Traditionnellement, les femmes doivent taire leurs envies sexuelles, et ne peuvent montrer leur envie d'avoir une relation que par des apparats extérieurs[108]. Ainsi, lors de l'élaboration du questionnaire, l'abord des violences sexuelles était initialement traduit par « Avez-vous déjà eu un rapport sexuel alors que vous n'en aviez pas envie ». Lors des tests du questionnaire, bon nombre de femmes ont répondu par l'interrogation, précisant que l'acte sexuel n'était de toute façon pas de leur volonté, mais répondait à une envie exprimée de leur mari. Il nous a fallu changer la traduction en incluant la notion de force.

Ainsi, un rapport conjugal non consenti, n'est pas forcément considéré comme une violence sexuelle, mais comme une obligation conjugale.

Cette notion se retrouve dans l'étude ELVICA menée à Madagascar, au cours de laquelle les auteures précisent que « Les femmes ont beaucoup de difficultés à refuser une relation sexuelle à leur mari même si celle-ci est accompagnée d'autres formes de violences. Les

entretiens montrent que les femmes craignent que si elles refusent des rapports sexuels à leur mari celui-ci leur soit infidèle. » [59]

Egalement dans l'enquête ENVEFF Réunion, qui note que la dimension physique est souvent la seule dimension prise en compte par les femmes pour définir une situation de violence

La composante uxorilocale de Mayotte, avec l'imprégnation constante dans le milieu familial traditionnel, peut également être considérée comme un facteur favorisant la sous-déclaration de violence. Il en résulte un isolement social et une absence d'alternative concernant l'acceptation des violences intra familiales subies.

D. Pourette souligne cette donnée à la Réunion « Le fait de vivre sous le même toit ou de partager une cour ou un terrain avec les membres de la famille ou de la belle-famille favorise non seulement la surveillance, mais également les critiques et les commérages qui constituent parfois de véritables violences verbales, pouvant mener à une mésestime de soi, des tentatives de suicide... » [79]

Comme étudié à La Réunion où la femme est souvent considérée comme celle qui fait « bouillir la marmite », ou aux Antilles [155] où les femmes sont également considérées comme le « poteau-mitan »⁶⁵ de la maisonnée, on retrouve dans l'étude qualitative ce statut de femme mahoraise comme gérante du foyer et du budget, décisionnaire en termes d'éducation des enfants. Ici à Mayotte, « La femme mahoraise elle est tout »⁶⁶, ce qui ne l'empêche pas de se retrouver confrontée à la décision du mari et du père, considéré comme autoritaire et punitif face à l'épouse et aux enfants.

La problématique insulaire est bien définie dans le rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en 2010, qui qualifie les archipels et petites îles dans le monde comme « confrontées à des problèmes liés à leur insularité, à leur dimension et à leurs réalités culturelles, économiques et politiques » [156] renvoyant ainsi à la classification écologique de la violence.

Ainsi, l'insularité combinée à un mode de vie communautaire et traditionnel, dans un contexte d'absence d'autonomie financière, soulignent la difficulté de dénonciation des violences. L'endroit devient insécuritaire, toute fuite salvatrice impossible et toute révolte répréhensible par le mari violent ou la société. Dans ces conditions, et alors que les structures d'aide et les hébergements d'urgence sont bien trop insuffisants et méconnus, il est aisé d'appréhender la sous déclaration, et la mise en danger permanente des femmes victimes de violences.

VI. Nouveau statut de la femme mahoraise ?

VI.1. Des éléments qui orientent vers une émancipation féminine

Beaucoup de femmes de l'enquête qualitative abordent un sentiment de résignation vis-à-vis de ces violences, et émettent quelques doutes quant au futur, comme le montre leur faible degré d'espoir et la désignation négative de leur « moral ».

Il est important de noter que ces femmes, expérimentant des situations de violences sont en difficulté pour appréhender l'évolution des choses.

L'analyse sociologique de Bourdieu lui faisait dire à ce propos que les femmes sont « soumises à un travail de socialisation qui tend à les diminuer, à les nier, font l'apprentissage des vertus négatives d'abnégation, de résignation et de silence » [157] qui peut être considéré comme un facteur d'acceptation des violences qui sont alors considérées comme « normales » à partir de la représentation sociale dominante de l'homme.

⁶⁵ Poteau central qui soutient la case pour ne pas qu'elle s'effondre

⁶⁶ Entretien n°1, volet qualitatif enquête DEVIFFE 2014.

Evolution des mentalités

En prémisses de l'étude, un entretien avec Monsieur Gaucher de l'association SHIME pour l'élaboration du questionnaire, nous faisait part de son sentiment d'évolution des mentalités des jeunes générations qui considèrent de plus en plus le secret médical. Ces jeunes femmes déclareront, selon lui, plus les situations de violences dans un contexte hospitalier, car elles s'entendent dire par les femmes de la famille « tu n'as pas le choix, tu crois qu'on n'a pas vécu la même chose ? », ce qui implique que ces femmes n'en parleront pas à leur famille, mais plus à d'autres femmes du village, et pourquoi pas aux traductrices, qu'elles connaissent, certainement, mais dans un contexte rassurant hospitalier[153].

L'ouverture progressive du marché de l'emploi aux femmes et la majoration de l'autonomie économique des mahoraises est certaine et ouvre des perspectives d'évolution du statut de la femme à Mayotte, mais encore bien insuffisante pour lui permettre d'être sereine dans une société qui devient française, accompagné d'une augmentation des besoins des ménages, du pouvoir d'achat, mais également du prix de la vie avec les majorations tarifaires des produits de première nécessité issus de l'importation, et les taxes foncières.

Gain d'une certaine autonomie financière

La mondialisation, contexte de la transition sociétale, apporte également des données nouvelles, comme la vision d'une femme métropolitaine amenée par les médias, l'immigration professionnelle et le tourisme.

Nos entretiens nous apportent également cette vision contrastée de la femme qui vit en métropole –mentionnée lors des entretiens-, considérée comme femme libre et indépendante, donnant espoir quant à l'évolution des mentalités.

L'augmentation du pouvoir d'achat pousse également les femmes à envisager d'aller en métropole, pour recommencer une nouvelle vie, quitte à partir loin des siens.

Il est à prendre en compte l'exemple de La Réunion, la grande sœur française de l'Océan Indien qui, même si les différentiels culturels ne permettent pas de présager une copie conforme de l'évolution sociétale, rapportera très certainement quelques similarités quant à la manière de sa mutation en département français, quise fera rapidement.

Ainsi D. Pourette[79] soulignait que : « En l'espace de deux générations, la place des femmes réunionnaises dans la famille et dans la société a connu certaines modifications liées à la baisse de la fécondité (elle-même liée à la diffusion des moyens modernes de contraception), aux transformations du marché de l'emploi (développement du travail salarié, accès des femmes au travail, importance du chômage), et à la diffusion de l'image de la femme occidentale, active et moins soumise à l'autorité masculine [...] Les femmes d'aujourd'hui ne sont plus disposées à accepter des situations que leurs mères ont subi sans pouvoir y échapper. »

Le dernier rapport datant de décembre 2015 de l'INSEE, démontrait par les chiffres cette autonomie économique grandissante des femmes via le marché du travail. Son rapport décrivant le fort taux de chômage à Mayotte, relativisait ces chiffres par une hausse du taux d'emploi au profit des femmes « Cette hausse du taux d'emploi est uniquement due aux femmes (+ 2,8 points) puisque celui des hommes est en léger repli (- 0,6 point). Toutefois, le niveau d'emploi des Mahoraises reste très faible (28,0 % contre 46,5 % pour les hommes). »[95]

Bouleversement social

Il est certain que toutes ces mutations vont entraîner un profond bouleversement social, qui s'accompagnera d'une modification des relations entre hommes et femmes, et leur place respective au sein de la famille et de la société.

Dans son ouvrage sur l'étude des mœurs sexuelles à Mayotte, Achiraf précise que : « La scolarisation de masse aidant, elles s'en sortent chaque année avec un niveau d'instruction plus élevé. Ainsi armées, elles affrontent avec beaucoup moins de complexes et plus d'assurance le monde du travail, resté longtemps la chasse gardée des hommes.

Dans ce schéma, la femme privilégie la réussite professionnelle au détriment du rôle de femme au foyer dans lequel elle était confinée outrageusement par la tradition depuis des lustres. »[108]

Apparition de nouvelles problématiques

Il est probablement à envisager de nouveaux comportements déviants face à l'augmentation du coût de la vie, l'apparition de nouveaux besoins et de nouvelles taxes.

Les associations présentes sur place au contact de la population, et notamment les mineurs isolés demandeurs d'asile, font état d'une augmentation de la prévalence de la prostitution chez les jeunes mahoraises. Cette problématique, bien qu'existante mais peu connue à Mayotte est un sujet sensiblement nouveau, car contraire aux principes traditionnels et religieux mahorais.

Un de nos entretiens préalables à l'enquête, exerçant en tant que professeur dans des écoles et quartiers défavorisés, nous confirmait d'ailleurs l'existence de moins en moins cachée de ce phénomène. L'une des raisons est, selon lui, l'arrivée des nouvelles technologies, nouveaux habits, réseaux sociaux et le fait que les femmes vont de plus en plus étudier en métropole et reviennent ainsi avec de nouveaux besoins.

Les nouvelles relations sont beaucoup basées sur l'argent, et il dit être témoin quotidiennement des nouvelles méthodes de drague « tu auras mon numéro de téléphone que si tu me donne du crédit, ou un nouveau portable »

Outre le bouleversement sociétal imaginable dans cette société musulmane (cf. « Much loved »⁶⁷), cette problématique s'accompagne d'une augmentation de risque de transmission de maladies sexuellement transmissibles et de perpétuation de violence sexuelle et d'une précarisation majeure du mode de vie.

Et après ?

Une étude récente menée au Rwanda en 2015, laisse présager de la suite logique de la lutte contre la violence faite aux femmes à Mayotte, dans ce contexte de transition sociale rapide.

Au Rwanda, le taux de dénonciation des violences conjugales est passé de 34% en 2005 à 56% en 2010, lié en partie à une augmentation de l'autonomie économique et politique des femmes dans le pays, associé à une sensibilisation de la problématique et remise en question du système traditionnel basé sur la domination des hommes sur les femmes, ainsi qu'une majoration de mise en place de recours disponibles.[116] Aujourd'hui, en 2016, le Rwanda possède le record mondial du pourcentage de femmes à la chambre des députés (63%)

En terme d'économie et de politique sociale, la période est décrite comme difficile pour Mayotte, secondaire aux dépenses majeures de l'Etat liées à la départementalisation, qui s'accompagnera très certainement, d'une hausse du coût de la vie et des impôts.

La gestion de l'égalité des sexes n'est pas dans les priorités d'allocations budgétaires de l'Etat vers Mayotte.

⁶⁷ Film de Nabil Ayouch, 2015 sur la prostitution au Maroc

VI.2. Vers l'apparition d'un féminisme mahorais

En tant de crise et à l'instar des chatouilleuses, la femme mahoraise a toujours su se démarquer pour faire valoir ses droits, ses envies, à la seule condition que la bataille pour laquelle elles s'engagent se situe dans la sphère publique.

Dans la sphère privée nous avons identifié que les tabous sociaux étaient bien trop présents et freinaient les déclarations.

Cependant, les *shikao*, groupes de femmes de parole comme vu précédemment, constituent peut être un prémice à l'apparition d'un mouvement féministe.

Si, à force de combats, de médiatisation, de sensibilisation de la part des acteurs de luttes contre les violences sur la population, ce sujet gagne petit à petit la sphère publique, il est fort à parier que les femmes mahoraises verront leur qualité de vie s'améliorer.

Du féminisme, il est à retenir ici l'idée de la déconstruction de l'idéologie machiste de la domination de l'homme sur la femme, de penser l'égalité réelle des sexes.

Loin d'être une utopie, les mouvements féministes dans certains pays africains comme le Swaziland, le Sénégal ou encore l'Afrique du Sud[158], connaissent une franche évolution depuis les années 1990 et renforcent leur institutionnalisation. Ils regroupent des femmes intellectuelles, professionnelles, militantes, ou engagées dans des groupes locaux dans des alliances autour de combats communs, et développent aujourd'hui des analyses politiques des rapports de genre, des systèmes patriarcaux, de l'impact des politiques et économies coloniales, postcoloniales et, aujourd'hui, néolibérales sur les femmes et des besoins des femmes en matière de conditions de vie et droits humains.

Un exemple à suivre pourrait être celui de Fatou Sow, sénégalaise, chercheuse au CNRS, membre fondatrice d'associations luttant pour le respect fondamental des droits des femmes⁶⁸, qui lutte à travers le monde pour la reconnaissance de la femme africaine.

VI.3. Les freins à l'autonomisation

Dans la suite logique de l'étude des freins à la déclaration précédemment évoqués, nous nous intéresserons ici aux freins à l'autonomisation des femmes, en étudiant les résultats de l'enquête qualitative décrivant les freins à la séparation.

Pourquoi ne partent-elles pas ? Voilà la question qui agace les acteurs de la lutte contre les violences faites aux femmes, mais qui demeure si populaire.

L'emprise, comme dit précédemment, marque l'analyse de nos résultats, mais la peur des répercussions sociales, économiques, religieuses et familiales (à propos des enfants) sont également des freins à la séparation, et à l'autonomisation des femmes.

Les préceptes ancestraux de la répudiation de la religion musulmane sont considérés ici, comme un obstacle majeur à la séparation.

A Mayotte, et selon la religion musulmane, la répudiation ou « *toilak* » est possible selon plusieurs conditions, régies par la loi islamique et les coutumes mahoraises :

Seul le mari peut prononcer le *toilak*, demande de séparation, qui sera jugé ensuite par le responsable religieux (le *cadi*) qui enregistrera la séparation.

⁶⁸ Coordinatrice depuis 2008 du réseau "Women living under Muslim Laws"

Si les *toilakas*⁶⁹ ne sont pas prononcés, la seule manière pour la femme d'obtenir une séparation est de prouver que le mari n'a pas participé physiquement ou économiquement pendant trois mois (temps de s'assurer que la femme ne présente pas une nouvelle grossesse, appelé « *Iddah* »).

Bien sûr, l'abolition du pouvoir des cadis et la mise en place du droit commun généralisé tendent à faire disparaître ces coutumes, mais force est de constater que l'empreinte traditionnelle de la séparation est encore bien présente, et source de conflit et d'obstacle à l'autonomisation des femmes.

Dans une étude qualitative de 2010 menée en Nouvelle Zélande, on retrouve les mêmes freins à une hypothétique séparation : le souhait d'une famille unie, l'espoir d'une amélioration de la situation, la persistance de l'amour du couple et le fait de considérer les violences comme normales et acceptables.

Ces résultats sont également retrouvés dans l'étude de 2002[148] de C. Nicolaidis et la thèse du Dr Goubert de 2012[159].

Gordon[160] soulignait, en 1996, que la manière de diminuer la domination des hommes sur les femmes serait qu'elles arrivent à obtenir une indépendance économique pour rompre leur relation. Cependant, ces conditions sont très rarement réunies, compte tenu de la précarité sociale dans laquelle vivent les femmes.

A la Réunion aussi, il est décrit au cours de l'enquête ENVEFF Réunion, l'union est également considérée comme un obstacle à l'autonomisation de la femme victime de violence, déclarant que « les femmes séparées de leur partenaire au moment de l'enquête « sont le plus souvent jeunes, et déclarent de deux à six fois plus d'atteintes de toutes sortes que les autres. »

⁶⁹ *Toilakas* : forme plurielle de *toilak*

VII. Effet recherche et propositions d'action

VII.1. Propositions

🚫 Renforcer la médiatisation : Elaborer des campagnes de prévention adaptées aux publics, briser le silence et améliorer le dépistage

L'étape suivante à ce travail consiste à proposer de travailler à aider les femmes à briser le silence sur les situations de violences vécues au cours de leurs vies. Pour ce faire, il nous semble important de proposer des outils de prévention et d'éducation adaptés aux différents publics présents à Mayotte. Il s'agit de prendre en compte non seulement les barrières linguistiques, mais également sociales, en prenant en compte les conditions de vie, les représentations et les trajectoires de violence des femmes et des hommes afin d'appréhender les mécanismes qui conduisent à accepter cette violence et à la rendre invisible.

Nous proposons, en lien et en collaboration avec les associations existantes et les institutions de santé publique de l'île de Mayotte (IRPES, ARS, Planning familial), mais également les structures sanitaires dédiées aux femmes (PMI, Réseau de soins périnatal), de construire des campagnes de sensibilisation auprès des femmes. Les espaces sociaux de recueil et de discussion pourraient être les associations de femmes existant dans l'île, qui pourraient être mobilisées dans le cadre de l'organisation d'événements culturels ancrés dans la société mahoraise féminine (Rencontre de danse traditionnelles de Mbiwi et Debaa par exemple). Cette étape devrait également permettre d'identifier plus finement le contenu des messages clés et les modalités de transmission de ces messages de sensibilisation relatifs à la violence, visant à élaborer une campagne de sensibilisation plus large.

A l'issue de cette première étape, nous recommandons d'élaborer une campagne d'information dans les langues parlées dans l'île, dans un format ou plusieurs qui puissent être diffusée à une large audience.

Tout en gardant en tête les dangers intrinsèques aux médias comme le soulignent I. Widmer et D. Pourette dans l'enquête ENVEFF-Réunion[79] « médiatiser et condamner les cas les plus graves risquent d'occulter les situations de violence plus quotidiennes et moins perceptibles. »

🚫 Améliorer la qualité de prise en charge initiale multidisciplinaire

Cette première étude a permis de sensibiliser les acteurs en les mobilisant autour de nouveaux outils et procédures visant à améliorer les prises en charge multidisciplinaires. Ces initiatives peuvent être mises à mal assez rapidement du fait du turn over très importants des personnels administratifs judiciaires et médicaux de l'île. C'est pourquoi nous recommandons d'impliquer dès à présent les associations locales mobilisées d'ores et déjà dans l'île de Mayotte afin de favoriser leur *empowerment féminin*, et d'assurer la continuité des améliorations mises en œuvre.

🚫 Renforcer les structures d'accueil, de soins, d'accompagnement psychologique et social et d'hébergement

Les acteurs associatifs et institutionnels ont unanimement évoqué le nombre insuffisant de structures d'accueil et d'hébergement et ont souhaité avoir accès à plus de formation pour améliorer la qualité des prises en charge. A noter également la nécessité de prendre en compte les particularités insulaires. Il est en effet difficile de garantir la mise en sécurité des victimes de violence au vu de la taille et l'accessibilité de l'île de Mayotte.

🚫 Créer et renforcer l'autonomie économique des femmes, notamment dans les contextes de violences subies

Enfin, au cours de la prise en charge des victimes de violences, nous recommandons d'amorcer une réflexion autour de la question de l'accès à l'autonomie financière et le développement du travail des femmes notamment des victimes de violences. Des initiatives ont déjà été mises en place autour de l'autonomie économique des femmes, en mobilisant notamment le savoir-faire de l'artisanat mahorais. D'autres initiatives et partenariat pourraient être discutés et mis en place, par exemple lors des séjours en hébergements d'urgence ou à l'issue de cette première prise en charge, en termes d'éducation, d'alphabétisation, d'insertion dans le monde du travail.

🚫 Tableau récapitulatif des propositions en fonction des résultats ciblés

<u>Résultats de l'enquête</u>	<u>Propositions</u>
Représentation des violences conjugales améliorables.	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion des fiches d'information de manière discrète et non stigmatisante, par étiquettes collées sur les carnets de santé - Affichage dans les lieux de soins non programmés, en ciblant les méconnaissances actuelles - Actions de prévention primaire dans les collèges, les lycées. - Poursuivre le changement des normes culturelles et sociales qui favorisent la violence par l'application du droit commun, en respectant la tradition.
Méconnaissance de certains types de violence	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'information de la population générale sur les types de violence conjugale reconnus par la justice et les mécanismes d'emprise - Renforcer l'accueil et l'accompagnement social
Problématique de la confiance aux soignants	<ul style="list-style-type: none"> - Axer l'information sur l'importance et l'adéquation d'en parler à un professionnel de santé, la garantie du secret médical - Renforcer les formations initiales et continues des professionnels, en organisant des rencontres, des forums de sensibilisation

	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt de réaliser un dépistage systématique (au moins pendant une période définie) - Poser la question directement lors de la pratique médicale (recommandations OMS, ONU, rapport Henrion) - Développer la pluridisciplinarité
Méconnaissances des structures associatives	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'information de la population générale à l'existence même des associations et à leur caractère sécuritaire et anonyme. - Informer de l'existence et de la possibilité des centres d'hébergement d'urgence, éviction du conjoint violent
Méconnaissance des peines encourues	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'information de la population générale sur les lois françaises appliquées à Mayotte - Renforcer la formation de la police et la gendarmerie afin d'être considérés eux aussi comme interlocuteurs de choix et protecteurs dans des situations de violence
Difficultés d'accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre l'application du Code de la Santé à Mayotte, avec mise en place de la CMU, AME - Lutter contre la stigmatisation des migrants en situation irrégulière - Lutter contre les problèmes liés à la non-compréhension de la langue française - Développer la pluridisciplinarité

VII.2. Effet recherche

Modification du protocole d'accueil de femme victime de violence

Nous avons permis par le biais de cette étude, la création et la mise en place d'un nouveau protocole d'accueil des femmes victimes de violence, plaçant au centre la nécessité de protéger et d'assurer le suivi de la femme victime, selon une approche multidisciplinaire.

L'objectif de cette modification de protocole est de placer la femme victime au centre de la procédure, et de faire intervenir les différents acteurs vers la femme, et non l'inverse.

Salle Mélanie et « Kits viol »

Cette étude a par ailleurs été l'occasion de mobiliser et mettre en lien les différents acteurs et partenaires du champ légal et médico-social. Parmi les mesures visant à améliorer la prise en charge à l'issue de cette enquête, on note la mise en place d'un kit agression sexuelle aux urgences, et d'une salle Mélanie⁷⁰, fruits d'un travail de collaboration ayant réuni tous les partenaires.

Valorisation du travail

Il nous aura été donné l'occasion de présenter notre étude lors d'échanges interprofessionnels :

- Le 25 novembre 2014, lors de la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes à Mayotte organisée par l'Agence Régionale de la Santé et la Délégation du Droit des Femmes, présentation officielle des premiers résultats de l'enquête dans les locaux de la mairie de Mamoudzou et interventions médiatiques.
- Le 26 novembre 2014, présentation de l'étude lors d'une réunion du Réseaux Périnatalité de Mayotte et interventions médiatiques.
- Le 2 juin 2015, lors du Colloque sur les Violences Intra Familiales, au Conseil Général de Mamoudzou et interventions médiatiques.
- Le 30 octobre 2015, lors des Journées de Psychiatrie et Psychologie Clinique de l'Océan Indien, étude récompensée de la bourse "Réuni-Psy 2015"
- Le 30 mars 2016, lors de la conférence FAYR-GP au palais des Congrès de Paris, dans le cadre du Congrès National de Médecine Générale 2016.
- Poster réalisé dans le cadre de la pré-conférence du Congrès National de Médecine Générale à Paris : « Enquête DEVIFFE 2014, dépistage des violences faites aux femmes à Mayotte. » O. Dupray, V. Thomas, CNMG, Paris, 2016
- Le 23 avril 2016, lors du 2nd congrès Médecine Générale de l'Océan Indien.
- Le 26 mai 2016, lors des journées de lutte contre la violence dans l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay-Sous-Bois, en présence du Dr BROISIN – DOUTAZ et Mme Ernestine RONAI, membre de la Mission Interministérielle de la Protection des femmes.

⁷⁰ La salle Mélanie est un local mis en place au sein de l'hôpital, volontairement accueillant et discret, permettant l'audition de mineurs victimes de traumatismes, afin d'éviter des narrations multiples, fixer les éléments verbalisés et les attitudes, et attester du comportement neutre de l'enquêteur. Cette procédure est prévue normalement par la loi.

CONCLUSION

Les violences faites aux femmes sont aujourd'hui reconnues comme un véritable problème de santé publique, et une violation des droits fondamentaux des êtres humains en raison de leur prévalence, de leurs conséquences à court, moyen et long terme. La question des professionnels de santé dans son dépistage est une thématique d'importance[32].

Ces violences peuvent être regroupées en violences verbales et psychologiques, physiques et sexuelles. Nous venons de démontrer que toutes ces formes de violence sont présentes à Mayotte, détectables par les professionnels de santé, et orientables par le biais d'une équipe multidisciplinaire.

L'enquête Deviffe, première enquête de dépistage de la violence faite aux femmes à Mayotte au sein de la population des patientes qui consultent dans les lieux de soins non programmés aura rempli ses objectifs annoncés : elle a permis de calculer une première estimation de la prévalence des différentes formes de violences à Mayotte, d'identifier quelques facteurs de risques et de caractérisation de la violence faite aux femmes dans ce nouveau département français.

Mais cette étude aura surtout permis de libérer la parole et d'assurer une cohésion des acteurs locaux.

Ses principaux résultats montrent qu'au sein d'une population de 1133 femmes interrogées sur l'existence de violence au cours de leur vie, 41,7% déclarent avoir été victime d'au moins un type de violence, 35,8% de violences verbales, 19,2% de violences physiques, et 12,4% de violences sexuelles. Les violences surviennent précocement dans la vie. La polygamie est associée au risque de déclarer plus de violence et les femmes en situation de vulnérabilité sociale déclarent jusqu'à trois fois moins de violence.

Ces chiffres sont élevés en comparaison de l'étude ENVEFF de France métropolitaine[4] et Réunion[79], mais s'avèrent particulièrement proches des chiffres de prévalence dans des pays du continent africain géographiquement proches de Mayotte (Tanzanie, Mozambique, Afrique du Sud, Zimbabwe, Madagascar).

L'étude montre aussi que ces violences sont bien souvent intriquées entre elles, et qu'il est donc nécessaire de poursuivre l'investigation et de travailler de manière multidisciplinaire quand un des acteurs présent dans la sphère protectrice des femmes en découvre une.

Ces 10 femmes ayant accepté de me parler de leur vécu de violence et de leurs souffrances, auront principalement démontré que le phénomène de violence est reconnu à Mayotte, et qu'il est mis en place selon les mêmes concepts stratégiques que partout ailleurs. Ainsi, les comportements masculins de domination et d'emprise sont explicitement relatés et s'inscrivent dans un cycle et une stratégie de l'agresseur, déjà décrits dans les études nationales et internationales à propos de la violence faite aux femmes. Notre analyse met cependant en évidence que la certaine évolution des relations entre hommes et femmes à Mayotte (acquisition de droits, modification du mode de vie, augmentation du nombre de divorces, professionnalisation des femmes, augmentation de la dénonciation des violences...), ne favorise pour le moment que les femmes ne s'inscrivant pas dans un contexte de vulnérabilité sociale.

Nous avons également appris que les freins à l'expression des violences sont nombreux, ils peuvent être inhérents à la femme, à sa culture et à son entourage. Les femmes victimes de violence rencontrent des difficultés pour les dénoncer, elles se culpabilisent, et ont d'autant plus honte que le phénomène est peu reconnu, et que les poids de l'insularité, de l'interconnaissance, du caractère social tabou des violences sont importants.

Ces freins peuvent également être inhérents aux structures d'aides existantes, par la complexité de leur système vis-à-vis de victimes démunies et le manque de cohésion interdisciplinaire.

Ces difficultés de dénonciation de ces violences, qu'il s'agisse de freins culturels, ou par manque d'implication ou de moyens des structures médicales, judiciaires, associatives, peuvent être amoindries par la sensibilisation de masse et le travail pluridisciplinaire.

Nous pouvons citer en exemple le Centre d'Accueil des Victimes d'Aggression (CAUVA) du CHU de Bordeaux, fondée en 1999 par Mme le Pr Sophie GROMB, qui rassemble médecins légistes, assistantes sociales, infirmières et puéricultrices, qui orientent leur prise en charge selon une synthèse pluridisciplinaire et un choix de l'axe interventionnel avec une unité de temps et unité de lieu sur le plan médical, psychologique, social et judiciaire [161]. L'objectif clairement annoncé de cette structure est d'adopter une prise en charge globale des victimes, afin de fluidifier leur parcours dans un système complexe et de leur redonner une confiance et un espoir pour trouver au mieux la porte de sortie de ces violences.

Nous confirmons en outre par le biais de nos résultats, que toute étude sur la violence conduit à l'action, puisque cette enquête a permis de remobiliser les acteurs multidisciplinaires impliqués dans le domaine de la violence afin d'en améliorer la prise en charge.

Malgré ce phénomène de sous-déclaration cette enquête a montré que le dépistage de la violence est possible à Mayotte. Celui-ci s'est révélé faisable et bien accepté par les femmes et les professionnels.

Au début des investigations, alors que nous recueillions les autorisations nécessaires afin de débiter l'étude, les premiers commentaires étaient teintés de scepticisme quant à la libération de parole des femmes.

En effet, si nous ne nous étions pas imprégnés du contexte culturel, notre étude n'aurait sans doute pas eu une telle acceptabilité de la part des enquêteurs, et des enquêtées.

Au final, plus de 2000 femmes auront accepté de répondre à nos questionnaires (en incluant les questionnaires de test, et les questionnaires inexploitable) et 10 de se livrer entièrement à un médecin inconnu, homme et non mahorais, dans le but de faire « avancer les choses à Mayotte ». Ce résultat, appuyé par les données décrites de l'évolution progressive du statut de la femme à Mayotte, nous amène à penser que rien ne peut empêcher une femme dans une situation de souffrance de parler, si l'on adopte une écoute empathique, bienveillante, et sans jugement.

L'adaptation culturelle et le travail multidisciplinaire sont donc essentiels à l'élaboration d'une démarche de recueil de données, aussi intimes soient elles, afin d'obtenir des résultats les plus fiables possibles.

Les traditions existent et doivent se perpétuer, les différences culturelles nourrissent notre monde. Il est cependant essentiel de lutter contre toute forme de discrimination, de violence et de rapport de force. Des organismes internationaux existent et sont nécessaires à la lutte contre les dérives selon des critères, non pas d'harmonisation des cultures ni de mondialisation, mais bien de respect des droits fondamentaux de chaque être humain. Cette lutte doit être entretenue par les acteurs locaux, et par les représentants de chaque pays.

A titre d'exemple, ce n'est que le 15 mars 2013, lors de la 57ème session annuelle de la Commission de l'ONU sur le statut de la femme, que les Etats Occidentaux et les Pays Musulmans ont réussi pour la première fois à inclure dans les conclusions un paragraphe soulignant « Qu'aucune coutume, tradition ou considération religieuse ne pouvait justifier de telles violences. » [162]

Table des illustrations

Tableau 1 : Caractéristiques des 10 femmes interviewées	61
Tableau 2 : Principales caractéristiques déclarées par les patientes interrogées.....	69
Tableau 3 : Violences déclarées par les patientes interrogées (n=1133).....	69
Tableau 4 : Principales variables sociodémographiques associées au fait d’avoir répondu oui à au moins une situation de violence	71
Tableau 5 : Principales variables sociodémographiques associées au fait d’avoir répondu oui aux violences verbales (Analyse univariée)	73
Tableau 6 : Principales variables sociodémographiques associées au fait d’avoir répondu oui aux violences physiques (Analyse univariée)	75
Tableau 7 : Principales variables sociodémographiques associées au fait d’avoir répondu oui aux violences sexuelles (Analyse univariée).....	77
Tableau 8 : Modèle de régression logistique analysant les déclarations de violences en fonction des variables sociodémographiques	79
Tableau 9 : Comparatif des enquêtes à méthodologie similaire selon une prévalence de la violence subie sur les 12 derniers mois	114
Tableau 10 : Comparatif des enquêtes à méthodologie similaire selon une prévalence de la violence subie sur toute la vie	114
Tableau 11 : Comparatif des enquêtes réalisées dans la même zone géographique selon une prévalence de la violence subie sur toute la vie	115
Figure 1 : Situation géographique de Mayotte	13
Figure 2 : Projection démographiques pour Mayotte.....	21
Figure 3 : PIB par habitants dans l'UE28 en 2013, source Eurostat 2015.....	22
Figure 4 : Le cycle de la violence, source : violenceconjugale.gouv.qc.ca	35
Figure 5 : lieux de recueil du dépistage.....	65
Figure 6 : Âge des patientes interrogées lors du dépistage	66
Figure 7 : Nombre d'enfants des patientes interrogées lors du dépistage.....	67
Figure 8 : Répartition des différents types de violences	70
Figure 9 : Durée et langue des entretiens	80
Figure 10 : Âge des femmes interrogées lors des entretiens	81
Figure 11 : Origine des femmes interrogées lors des entretiens	81
Figure 12 : Différentiel d'origine au sein du couple avec violence des femmes interrogées ...	83
Figure 13: Origine du conjoint violent des femmes interrogées lors des entretiens	83
Figure 14 : Répartition des types de violences subies par les femmes interrogées.....	86
Figure 15 : Âge des femmes interrogées aux premières violences subies	95
Figure 16 : Durée des violences subies par les femmes interrogées	95
Figure 17 : Modèle écologique de la violence à Mayotte	116

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Annexe 2 : Guide d'entretien

ENQUÊTE DEVIFFE 2014
DÉPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES À MAYOTTE

Avez-vous déjà répondu à cette enquête ? <i>(si oui : fin du questionnaire)</i>	OUI / NON
Êtes vous d'accord pour faire partie de cette enquête anonyme et confidentielle ? <i>(Si non : fin du questionnaire)</i>	OUI / NON
Lieu de recueil :	
Motif de consultation :	
Âge :	
Situation maritale : mariée religieusement / mariée civilement / célibataire	
Polygamie :	OUI / NON
Grossesse en cours :	OUI / NON
Nombre d'enfants :	
Situation professionnelle : sans emploi / recherche d'emploi / activité salariale	
Sécurité Sociale :	OUI / NON

Est-ce que tes relations avec les hommes se passent bien ? OUI / NON
Mingiliano yaho na watru-baba uvhira fetre ?

As-tu déjà entendu des mots blessants, insultants ? OUI / NON
Waparo ambia makalima mavhungufu ?

T'a-t-on déjà tapé ? As-tu déjà reçu des coups ? OUI / NON
Waparo remwa ?

T'a-t-on déjà forcé à avoir un rapport sexuel ? Avec lequel tu n'étais pas d'accord ? OUI / NON
Waparo endrelewa au ulala na mutru-baba bila wukubali ?

<i>Commentaires sur le contenu de l'entretien</i>
Numéros et contacts utiles Acfav numéro gratuit pour SFR et Orange 5555, autres lignes 0639696598 Police 17 SAMU 15 Commissariat de police et gendarmeries / Services sociaux de circonscription

Enquête Deviffe, étude qualitative sur les violences faites aux femmes à Mayotte.

Guide d'entretien (*les relances sont en italiques*)

Introduction

Bonjour, je m'appelle Olivier, je suis interne en médecine générale, Nous réalisons une enquête sur la condition féminine et en particulier sur les violences faites aux femmes dans l'île de Mayotte. Vos propos seront enregistrés mais l'anonymat sera garanti lors de la retranscription.

Êtes-vous d'accord pour participer dans la plus grande confidentialité à cette étude anonyme ? Il s'agit d'une participation volontaire et non obligatoire. Vous êtes libre de répondre ou pas, cela n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge

Thématique1 : Caractéristiques/Déterminants sociaux

Hypothèses : existence de facteurs socio favorisant les situations de violence

Objectifs les identifier.

Quelle est votre situation actuelle?

Âge / Situation maritale / Polygamie / Grossesse en cours / Nombre d'enfants / Situation professionnelle /niveau d'éducation/ Sécurité sociale/ nationalité si étrangères durée de séjour / logement et situation vis-à-vis du logement

En essayant d'identifier :

- situation de la victime : professionnelle (emploi depuis quand) / niveau d'éducation / civile mariée / familiale nombre d'enfants et âge / polygamie

- lieux de vie : matrilocalité, vit avec qui, ou, lieux de vie,

Thématique2 : perception de la violence

Hypothèses : évolution de la perception de la violence dans le cadre de la départementalisation facilitant le recours

Objectifs : identifier mutation en cours si elles existent, perception de la violence, perception contradictoire, approche du statut de la femme à Mayotte.

Que représente la notion de violence faite aux femmes pour vous ?

Avez-vous déjà entendu parler d'une situation de violence dans votre entourage ?

Dans quelles circonstances ?

Quel est le statut de l'épouse / de la femme mahoraise aujourd'hui ? *Par rapport à la vie quotidienne / par rapport à la vie en couple*

Pensez-vous que ce statut a changé ? *Selon quels facteurs ?*

Que serait une relation de couple idéale selon vous ?

Thématique 3. La Situation personnelle vis-à-vis de la violence

Recueil de la narration

Identification de l'agresseur et de sa stratégie

Identification des cofacteurs

Histoire description la nature des types de violence, lieux, circonstances, perception de la violence l'auteur et liens avec l'auteur

Vous voulez raconter ce qui vous est arrivé ?

Vous a-t-on déjà mal parlé, insulté ? Par qui ?/ Vous a-t-on déjà frappé, bousculé, giflé ? Par qui ?/ Vous a-t-on déjà forcé à avoir une relation sexuelle, avec laquelle vous n'étiez pas

d'accord ? Par qui ? / Est-ce que votre mari vous aide financièrement pour les besoins du foyer ? / Vous a-t-on déjà refusé une répudiation ?

Essayer d'identifier la stratégie de l'agresseur : Choisir la victime, Isoler la victime. La dévaloriser, la chosifier, Inverser la culpabilité, Instaurer un climat de peur et d'insécurité, Agir en mettant en place les moyens d'assurer son impunité, Verrouiller le secret.

Impact La grossesse, la religion, la polygamie, addictions (alcool, bangé)

Le conjoint agresseur rapport à l'emploi, âge, liens histoires

La place des enfants

Thématique 4 : modalités du recours, de l'appel à l'aide

Objectifs : Identifier les modalités, recours: le trigger, les mécanismes facilitateurs et les résistances, acteurs qui ont favorisé la sortie de cette situation les intervenants/acteurs familiaux institutionnels associatifs, facteurs facilitateurs facteurs bloquants

En aviez-vous parlé à votre entourage (parenté, ami(e)s, personnes religieuses) ou étaient-ils au courant de cette situation ?

Comment avez-vous entamé des démarches de dénonciation ? Circonstances

Y a-t-il quelqu'un qui vous a encouragé ou découragé à continuer ces démarches ?

Familles, proche, médecine, associations, police autre institution

Si non : A qui en parleriez-vous si une situation semblable se présentait à vous ? Pensez-vous que quelqu'un vous empêcherait de la dénoncer ?

Quelles structures d'aides aux victimes connaissez-vous sur Mayotte ?

Pensez-vous que l'hôpital est un lieu adéquat ? Quid du secret médical ? De la connaissance éventuelle des interprètes ? Qu'attendez-vous d'un médecin face à une situation de violence ?

Conclusion

Est-ce la première fois que vous abordez ce sujet de la violence faites aux femmes ? Si non, à quelle occasion, par quel biais ?

Ce questionnaire a-t-il été difficile pour vous ? Questions / commentaires libres.

Remerciements

Bibliographie

- [1] ONVF, « Rapport Observatoire National des Violences contre les Femmes - Novembre 2015 », MIPROF, 8, nov. 2015.
- [2] ONVF, « Rapport Observatoire National des Violences contre les Femmes - Novembre 2016 », MIPROF, 10, nov. 2016.
- [3] M. Salmona et Mémoire traumatique et victimologie, « Les français-e-s et les représentations sur le viol et les violences sexuelles », IPSOS, 2015.
- [4] M. Jaspard, E. Brown, et Equipe Enveff, « La première enquête antonionale française sur les violences envers les femmes : l'enquête ENVEFF », Colloque UNESCO, nov. 2001.
- [5] E. G. Krug et Weltgesundheitsorganisation, Éd., *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, 2002.
- [6] S. Blanchy, « Mayotte : « française à tout prix » », *Ethnol. Fr.*, vol. Vol. 32, n° 4, p. 677-687, déc. 2002.
- [7] Sénat, « Départementalisation de Mayotte : sortir de l'ambiguïté, faire face aux responsabilités », *www.senat.fr*. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r08-115/r08-1159.html>. [Consulté le: 25-janv-2016].
- [8] Institut d'Emission des Départements d'Outre-Mer, « Rapport annuel 2014 - Mayotte », IEDOM, Paris, Edition 2015.
- [9] F. Laroussi, *Mayotte : Une île plurilingue en mutation*. Editions du Baobab, 2007.
- [10] F. Laroussi et G. de recherche sur le plurilinguisme à Mayotte, *Langues, identités et insularité : regards sur Mayotte*. Publication Univ Rouen Havre.
- [11] Centre de Recherche sur les Sociétés de l'Océan Indien, « L'histoire de Mayotte de 1946 à 2000 - CRESOI - ». Comission Internationale des Historiens de l'Océan Indien, 2008.
- [12] M. Gaussein, « Etude descriptive aux urgences du Centre Hospitalier de Mayotte d'une population migrant pour raison de santé », Thèse d'exercice, Université de Bordeaux, 2014-....., France, 2014.
- [13] S. Florence, J. Lebas, et P. Chauvin, « Migration, santé et soins médicaux à Mayotte, Agence Française de développement », janv. 2010.
- [14] C. Thocaven, « État des lieux du processus de migration sanitaire programmé des Comores vers Mayotte », Thèse d'exercice, Université de Bordeaux, France, 2014.
- [15] Y. Chen et INSEE, « Emplois et Salaires à Mayotte en 2003 », *INSEE*, n° 22, p.4, 2005.
- [16] S. Blanchy, « Changement social à Mayotte: transformations, tensions, ruptures », *Études Océan Indien*, n° 33-34, p. 165-195, 2002.
- [17] J.-P. SUEUR et al. « Rapport d'information, Sénat », Sénat, 675, 2012.
- [18] ONU, « 31ème session de l'Assemblée générale des Nations Unies. 31/4 Question de l'île comorienne de Mayotte. », A/RES/31/4, ocotobre 1976.
- [19] S. Blanchy, « Les Mahorais et leur terre: autochtonie, identité et politique », *Droit Cult.*, n° 37, p. 165-183, 1999.
- [20] S. Blanchy, « Matrilocalité et système d'âge à Mayotte », *Taarifa Rev. Arch. Dép. Mayotte*, n° 3, p. 9-21, 2012.
- [21] A. Testart, N. Govoroff, et V. Lécrivain, *Les prestations matrimoniales*. Éditions de l'EHESS, 2002.
- [22] N.-C. Mathieu et al., *une maison sans fille est une maison morte ; la personne et le genre en sociétés matrilineaires et/ou uxorilocales*, MAISON DES SCIENCES DE L'HOMME edition. Paris: MAISON DES SCIENCES DE L'HOMME, 2007.
- [23] A. Schlegel, *Male Dominance and Female Autonomy: Domestic Authority in Matrilineal Societies*. Human Relations Area Files, 1972.

- [24] E. Crémieu et B. Benhida, *Géopolitique de la condition féminine*. Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF, 2014.
- [25] V. Woolf, *Une pièce bien à soi*. Paris: Rivages, 2012.
- [26] S. Blanchy, M. Cheikh, M. Saïd, M. Allaoui, et M. Issihaka, « Thérapies traditionnelles aux Comores », *Cah. Sci. Hum.*, vol. 29, n° 4, p. 763-790, 1993.
- [27] INSEE et ONDRP, « Fiche qualité Enquête cadre de vie et Sécurité 2012 », 2012. [En ligne]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/methodes/sources/pdf/BIL_CVS_2012.pdf. [Consulté le: 16-janv-2016].
- [28] Nations Unies, « Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Résolution 48/104 », déc. 1993.
- [29] M. Jaspard, « L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff): Historique et contextes », *Violence Envers Femmes Trois Pas En Avant Deux Pas En Arrière*, p. 25-39, 2007.
- [30] S. Köhler et CVFE, « Victimes de violence conjugales en situation précaire sur le territoire : une double violence », *Sociologie*, Belgique, 2009.
- [31] E. Brown et I. Widmer, « Violences envers les femmes en métropole et outre-mer. Continuités et différences. », in *Violences envers les femmes : deux pas en avant trois pas en arrière*, L'Harmattan., 2012.
- [32] R. Henrion, « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : Rapport au ministre chargé de la santé », *Doc. Fr.*, 2001.
- [33] R. Coutanceau, « Auteurs de violences au sein du couples. Prise en charge et prévention », *Doc. Fr.*, p. 27, 2006.
- [34] D. Welser-Lang et J. H. Gourgues, *Arrête ! Tu me fais mal ! : Violence domestique en 60 questions et 59 réponses*. Paris: Payot, 2005.
- [35] L. E. Walker, *Battered Woman*, Reprint. William Morrow Paperbacks, 1980.
- [36] G. Larouche, *Agir contre la violence - une option féministe à l'intervention auprès des femmes battues*. La pleine Lune, 1989.
- [37] F. Heritier et M. Perrot, *La plus belle histoire des femmes*. Paris: Points, 2014.
- [38] Haut Comité de la Santé Publique, *Violences et santé*. [Rennes]: Éditions ENSP, 2004.
- [39] C. Morvant, J. Lebas, et P. Chauvin, « [Consequences of domestic violence on women's health and their management in primary health care] », *Bull. Académie Natl. Médecine*, vol. 186, n° 6, p. 949-959-961, 2002.
- [40] Assemblée Parlementaire de l'Europe, « Recommandation n°1582 relative à la violence domestique à l'encontre des femmes. Accès le 22/07/2016 », 2002. [En ligne]. Disponible sur: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=17055&lang=FR>. [Consulté le: 22-juill-2016].
- [41] H. Stöckl *et al.*, « The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review », *Lancet Lond. Engl.*, vol. 382, n° 9895, p. 859-865, sept. 2013.
- [42] I. Widmer et D. Pourette, *Les violences envers les femmes à l'île de la Réunion : Poids des chiffres et paroles de victimes*. Paris: Publications de l'Université de Provence, 2009.
- [43] M. Jaspard, E. Brown, et D. Pourette, « Les violences envers les femmes dans le cadre du couple en Polynésie française », *Espace Popul. Sociétés Space Popul. Soc.*, n° 2004/2, p. 325-341, oct. 2004.
- [44] C. Salomon, C. Hamelin, P. Goldberg, R. Sitta, D. Cyr, et J.-P. Nakache, « Premiers résultats de l'enquête santé, conditions de vie et de sécurité des femmes calédoniennes », INSERM, Nouvelle Calédonie, 2003.
- [45] E. Brown et N. Lefaucheur, « L'enquête Enveff-Martinique », *Pouvoirs Dans Caraïbe Rev. CRPLC*, n° 17, p. 63-71, janv. 2012.

- [46] A.-C. Richauvet, « Les violences conjugales sur l'île de La Réunion, déterminants, état des lieux et propositions de préventions. », Caen, 2015.
- [47] Psytel, « Estimation du coût des violences conjugales en Europe. Programme Daphné II », n° JLS/DAP/06-1/073/WY, 2006.
- [48] J. MARISSAL et C. CHEVALLEY, « Étude de faisabilité d'une évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple en France. Rapport du CRESGE », *Doc. Fr.*, 2007.
- [49] M. Nectoux, C. Mugnier, S. Baffert, M. Albagly, et B. Thélot, « Évaluation économique des violences conjugales en France », *Santé Publique*, vol. 22, n° 4, p. 405–416, 2010.
- [50] S. Beaud et F. Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte. Paris, 2003.
- [51] C. Lesselier, « Nicole-Claude Mathieu, ~L'anatomie politique : catégorisations et idéologies du sexe~, Paris, Côté- femmes, 1991 », *Homme Société*, vol. 105, n° 3, p. 193-194, 1992.
- [52] J.-M. Tremblay, « Serge Genest, Introduction à l'ethnomédecine. Essai de synthèse. Ethnomédecine et ethnobotanique », *texte*, 02-févr-2005. [En ligne]. Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/contemporains/genest_serger/intro_ethnomedecine/intro_ethnomedecine_texte.html. [Consulté le: 18-févr-2016].
- [53] G. Devereux, *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion, 1993.
- [54] G. Devereux, « La renonciation à l'identité : défense contre l'anéantissement », *Rev. Fr. Psychanal.*, vol. XXXI, n° 1, p. 101-142, 106, 1967.
- [55] S. De Plaen, « Des “culture bound-syndromes” au “travail de la culture” », *Baubet T Moro MR*, p. 75-90, 2003.
- [56] HAS, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, recommandation pour la pratique clinique », *Rev. Sage-Femme*, vol. 6, n° 4, p. 216–218, 2007.
- [57] Organisation mondiale de la santé et Département Genre et santé de la femme, *Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes : rapport succinct*. Genève: OMS, 2005.
- [58] UNFPA, « Prise en charge de la violence basée sur le genre en situation d'urgence », Union Nation Population Fund, 2015.
- [59] B. Gastineau et L. Gathier, « Violences conjugales à Antananarivo (Madagascar): un enjeu de santé publique », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 11, n° 1, 2012.
- [60] N. Britten, « Qualitative Interviews », in *Qualitative Research in Health Care*, C. Pope et Nicholasys, Éd. Blackwell Publishing Ltd, 2006, p. 12-20.
- [61] C. Cavalin, « Interroger les femmes et les hommes au sujet des violences conjugales en France et aux États-Unis : entre mesures statistiques et interprétations sociologiques », *Nouv. Quest. Féministes*, vol. Vol. 32, n° 1, p. 64-76, avr. 2013.
- [62] B. Aldebert et A. Rouzies, « L'utilisation des méthodes mixtes dans la recherche française en stratégie », *Assoc. Int. Manag. Strat.*, n° 1336, p. 26, 2011.
- [63] J. C. Greene, V. J. Caracelli, et W. F. Graham, « Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs », *Educ. Eval. Policy Anal.*, vol. 11, n° 3, p. 255, 1989.
- [64] A. Gotman et A. Blanchet, *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Nathan, 1992.
- [65] N. Herpin, « Barney G. Glaser, Anselm Strauss, La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative », *Lectures*, oct. 2010.
- [66] P. Paillé, « L'analyse par théorisation ancrée », *Cah. Rech. Sociol.*, n° 23, p. 147, 1994.
- [67] C. Pope, S. Ziebland, et N. Mays, « Analysing qualitative data », *BMJ*, vol. 320, n° 7227, p. 114-116, janv. 2000.

- [68] P. Louville et M. Salmona, « Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique », n° 176, 2013.
- [69] G. R. Randall, « Psychological treatment technics », in *Serving Survivors of Torture*, København: Amer Assn for the Advancement of, 1991, p. 117-37.
- [70] R. F. Rabin, J. M. Jennings, J. C. Campbell, et M. H. Bair-Merritt, « Intimate Partner Violence Screening Tools », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 36, n° 5, p. 439-445.e4, mai 2009.
- [71] L. Daligand et V. Bedin, *Violences conjugales en guise d'amour*. Paris: Editions Albin Michel, 2006.
- [72] R. Jewkes, « Intimate partner violence: causes and prevention », *The lancet*, vol. 359, n° 9315, p. 1423–1429, 2002.
- [73] M. McCaughey et J. Cermele, « Changing the Hidden Curriculum of Campus Rape Prevention and Education Women's Self-Defense as a Key Protective Factor for a Public Health Model of Prevention », Centre for Disease Control and Prevention, Sexual Violence Prevention : Beginning the Dialogue, 2015.
- [74] L. L. Heise, « Violence against women: an integrated, ecological framework », *Violence Women*, vol. 4, n° 3, p. 262-290, juin 1998.
- [75] J.-M. Tremblay, « Denise Lemieux, La violence conjugale. », in *Traité des problèmes sociaux*, Institut québécois de recherche sur la culture., Québec, 2005, p. 337-362.
- [76] R. Bachman et L. E. Saltzman, « Violence against women: estimates from the redesigned survey. NCJRS Abstract - National Criminal Justice Reference Service », National Criminal Justice Reference Service, Washington, D.C., NCJ 154348, 1995.
- [77] P. A. Ratner, « The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta », *Can. J. Public Health Rev. Can. Santé Publique*, vol. 84, n° 4, p. 246-249, août 1993.
- [78] R. Jewkes, J. Levin, et L. Penn-Kekana, « Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study », *Soc. Sci. Med.* 1982, vol. 55, n° 9, p. 1603-1617, nov. 2002.
- [79] Institut national d'études démographiques (France), D. Pourette, I. Widmer, et M. Jaspard, *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France à l'Île de la Réunion: ENVEFF Réunion : enquête qualitative, rapport novembre 2004*. Paris: Institut national d'études démographiques, 2004.
- [80] J. D. Gass, D. J. Stein, D. R. Williams, et S. Seedat, « Gender Differences in Risk for Intimate Partner Violence Among South African Adults », *J. Interpers. Violence*, vol. 26, n° 14, p. 2764-2789, sept. 2011.
- [81] X. Fang et P. S. Corso, « Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence: developmental relationships », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 33, n° 4, p. 281-290, oct. 2007.
- [82] K. L. Gratz, A. Paulson, M. Jakupcak, et M. T. Tull, « Exploring the relationship between childhood maltreatment and intimate partner abuse: gender differences in the mediating role of emotion dysregulation », *Violence Vict.*, vol. 24, n° 1, p. 68-82, 2009.
- [83] P. J. Fleming, J. McCleary-Sills, M. Morton, R. Levtov, B. Heilman, et G. Barker, « Risk factors for men's lifetime perpetration of physical violence against intimate partners: results from the international men and gender equality survey (IMAGES) in eight countries », *PloS One*, vol. 10, n° 3, p. e0118639, 2015.
- [84] C. B. Cunradi, C. Mair, W. Ponicki, et L. Remer, « ALCOHOL OUTLET DENSITY AND INTIMATE PARTNER VIOLENCE-RELATED EMERGENCY DEPARTMENT VISITS », *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, vol. 36, n° 5, p. 847-853, 2012.
- [85] D. N. Kyriacou *et al.*, « Risk factors for injury to women from domestic violence against women », *N. Engl. J. Med.*, vol. 341, n° 25, p. 1892-1898, déc. 1999.
- [86] WHO, « Intimate partner violence and alcohol ». JMU Centre for Public Health, 2006.

- [87] L. A. Greenfeld, « Alcohol and Crime, an analysis of national data on the prevalence of alcohol involvement in crime. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, 1998 », Department Of Justice, Bureau of Justice Statistics, Washington, D.C., NCJ 168632, avr. 1998.
- [88] J. Richardson, J. Coid, A. Petruckevitch, W. S. Chung, S. Moorey, et G. Feder, « Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care », *BMJ*, vol. 324, n° 7332, p. 274, févr. 2002.
- [89] B. Jamieson Lalonde & Associates, *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse*. Ottawa: Santé Canada, 1999.
- [90] D. A. Brownridge, T. L. Taillieu, K. A. Tyler, A. Tiwari, null Ko Ling Chan, et S. C. Santos, « Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects », *Violence Women*, vol. 17, n° 7, p. 858-881, juill. 2011.
- [91] M.-F. HIRIGOYEN, *Femmes sous emprise*. Paris: Pocket, 2006.
- [92] C. Bowman, « Theories of Domestic Violence in the African Context », *J. Gend. Soc. Policy Law*, vol. 11, n° 2, janv. 2003.
- [93] Haut comité de la santé publique, J.-D. Rainhorn, et F. Grémy, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes: Éd. ENSP, 1998.
- [94] R. O. Ofei-aboagy, « Domestic violence in Ghana: an initial step », *Columbia J. Gend. Law*, vol. 4, n° 1, p. 1-25, 1994.
- [95] INSEE, « Enquête emploi Mayotte », INSEE, Insee Flash N°23, déc. 2015.
- [96] Eurostat, « PIB par habitant dans l'UE en 2013 », 90/2015, mai 2015.
- [97] T. Abramsky *et al.*, « What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence », *BMC Public Health*, vol. 11, p. 109, févr. 2011.
- [98] D. Bhugra, « Migration and mental health », *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 109, n° 4, p. 243-258, avr. 2004.
- [99] M. Morokvasic, « Émigration des femmes : suivre, fuir ou lutter », *Nouv. Quest. Féministes*, n° 13, p. 65-76, 1986.
- [100] MSF, « Violence, vulnérabilité et migration : bloqués aux portes de l'Europe. Un rapport sur les migrants subsahariens en situation irrégulière au Maroc. », mars 2013.
- [101] I. Keygnaert, N. Vettenburg, et M. Temmerman, « Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands », *Cult. Health Sex.*, vol. 14, n° 5, p. 505-520, mai 2012.
- [102] C. Vives-Cases, C. Alvarez-Dardet, J. Torrubiano-Domínguez, et D. Gil-González, « [Mortality due to intimate partner violence in foreign women living in Spain (1999-2006)] », *Gac. Sanit. ESPAS*, vol. 22, n° 3, p. 232-235, juin 2008.
- [103] J. Estrada, « Vulnérabilité des femmes migrantes en situation de précarité face aux violences en France. », Thèse de médecine générale, Pierre et Marie Curie, 2011.
- [104] A. Armstrong, *Culture and choice: Lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe*. Harare : Chapel Hill, U.S.A: AKA, distributor, 1998.
- [105] P.-J. Laurent, « Éléments pour une socioanthropologie de la défiance: L'inhumain et l'humain: esquisse d'une comparaison à partir de la société mossi du Burkina Faso A2 - Furtos, Jean », in *Les cliniques de la précarité*, Paris: Elsevier Masson, 2008, p. 33-49.
- [106] Cour des comptes, « La santé dans les outre-mer - 2014 », Cour des comptes.
- [107] M. Kamardine, *République et libertés au féminin: chatouilleuse en droit local*. Ed. du Baobab, 2009.

- [108] B. Achiraf, *Moeurs sexuelles à Mayotte*. Paris: Editions L'Harmattan, 2006.
- [109] N. Andersson, A. Ho-Foster, S. Mitchell, E. Scheepers, et S. Goldstein, « Risk factors for domestic physical violence: national cross-sectional household surveys in eight southern African countries », *BMC Womens Health*, vol. 7, p. 11, juill. 2007.
- [110] « Violence contre les femmes », *Wikipédia*. 30-sept-2016.
- [111] A. Mitra et P. Singh, « Human Capital Attainment and Gender Empowerment: The Kerala Paradox* », *Soc. Sci. Q.*, vol. 88, n° 5, p. 1227-1242, déc. 2007.
- [112] A. L. Ilika, « Women's Perception of Partner Violence in a Rural Igbo Community », *Afr. J. Reprod. Health*, vol. 9, n° 3, p. 77, déc. 2005.
- [113] M. I. Amoakohene, « Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses », *Soc. Sci. Med.*, vol. 59, n° 11, p. 2373-2385, déc. 2004.
- [114] V. F. Go *et al.*, « Factors associated with the perpetration of sexual violence among wine-shop patrons in Chennai, India », *Soc. Sci. Med.* 1982, vol. 71, n° 7, p. 1277-1284, oct. 2010.
- [115] T. S. Ali et N. Khan, « Strategies and recommendations for prevention and control of domestic violence against women in Pakistan », *JPMA J. Pak. Med. Assoc.*, vol. 57, n° 1, p. 27-32, janv. 2007.
- [116] D. R. Thomson, A. B. Bah, W. G. Rubanzana, et L. Mutesa, « Correlates of intimate partner violence against women during a time of rapid social transition in Rwanda: analysis of the 2005 and 2010 demographic and health surveys », *BMC Womens Health*, vol. 15, oct. 2015.
- [117] G. Strauss, « Is Polygamy Inherently Unequal? », *Ethics*, vol. 122, n° 3, p. 516-544, avr. 2012.
- [118] M. L. Paras *et al.*, « Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis », *JAMA*, vol. 302, n° 5, p. 550-561, août 2009.
- [119] J. C. Campbell, « Health consequences of intimate partner violence », *Lancet Lond. Engl.*, vol. 359, n° 9314, p. 1331-1336, avr. 2002.
- [120] R. C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, et C. B. Nelson, « Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 52, n° 12, p. 1048-1060, déc. 1995.
- [121] M. A. Pico-Alfonso, M. I. Garcia-Linares, N. Celda-Navarro, C. Blasco-Ros, E. Echeburúa, et M. Martinez, « The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide », *J. Womens Health 2002*, vol. 15, n° 5, p. 599-611, juin 2006.
- [122] T. van Roode, N. Dickson, P. Herbison, et C. Paul, « Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: findings from a birth cohort », *Child Abuse Negl.*, vol. 33, n° 3, p. 161-172, mars 2009.
- [123] M. A. Sutherland, H. C. Fantasia, et N. McClain, « Abuse Experiences, Substance Use, and Reproductive Health in Women Seeking Care at an Emergency Department », *J. Emerg. Nurs.*, vol. 39, n° 4, p. 326-333, juill. 2013.
- [124] E. K. Wendt, E. A.-S. Lidell, A. K. E. Westerståhl, B. R. G. Marklund, et C. I. Hildingh, « Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis », *Midwifery*, vol. 27, n° 2, p. 250-256, avr. 2011.
- [125] L. S. Friedman, J. H. Samet, M. S. Roberts, M. Hudlin, et P. Hans, « Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices », *Arch. Intern. Med.*, vol. 152, n° 6, p. 1186-1190, juin 1992.

- [126] M. Barroso Debel, « Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale », Thèse d'exercice, Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine, France, 2013.
- [127] M. PELIZZARI, « Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ile de France », Université P. M. Curie, Paris, 2012.
- [128] C. Morvant, « LE MEDECIN FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES: ANALYSE A PARTIR D'UNE ETUDE EFFECTUEE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES », Thèse d'exercice, France, 2000.
- [129] A. Cornilleau, « Le médecin face aux violences conjugales: évolution des pratiques en 10 ans », Thèse d'exercice, Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie, France, 2012.
- [130] M. Woimant, « Modalités de repérage des patientes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes », Thèse d'exercice, Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie, France, 2011.
- [131] C. García-Moreno, C. Pallitto, K. Devries, H. Stöckl, C. Watts, et N. Abrahams, *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.
- [132] J. Ramsay, J. Richardson, Y. H. Carter, L. L. Davidson, et G. Feder, « Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review », *BMJ*, vol. 325, n° 7359, p. 314, août 2002.
- [133] L. Stevens, « Improving Screening of Women for Violence - Basic Guidelines for Healthcare Providers », *Medscape*, 2005. [En ligne]. Disponible sur: http://www.medscape.org/viewarticle/510025_6. [Consulté le: 21-janv-2016].
- [134] L. O'Doherty, K. Hegarty, J. Ramsay, L. L. Davidson, G. Feder, et A. Taft, « Screening women for intimate partner violence in healthcare settings », *Cochrane Database Syst. Rev.*, n° 7, p. CD007007, 2015.
- [135] H. D. Nelson, C. Bougatsos, et I. Blazina, « Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation », *Ann. Intern. Med.*, vol. 156, n° 11, p. 796-808, NaN-279, NaN-280, NaN-281, NaN-282, juin 2012.
- [136] K. Stenson, G. Heimer, C. Lundh, M. L. Nordström, H. Saarinen, et A. Wenker, « The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden », *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, vol. 22, n° 4, p. 189-197, déc. 2001.
- [137] A.-F. Pauchet-Traversat, « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS, 2005.
- [138] M. Delespine, « Le rôle de la sage-femme auprès des femmes victimes de violences - main.pdf ». Elsevier Masson, nov-2014.
- [139] S. Bazargan-Hejazi, E. Kim, J. Lin, A. Ahmadi, M. T. Khamesi, et S. Teruya, « Risk factors associated with different types of intimate partner violence (IPV): an emergency department study », *J. Emerg. Med.*, vol. 47, n° 6, p. 710-720, déc. 2014.
- [140] J. M. Liebschutz et E. F. Rothman, « Intimate-partner violence--what physicians can do », *N. Engl. J. Med.*, vol. 367, n° 22, p. 2071-2073, nov. 2012.
- [141] M. Pudukollu, « Domestic violence: screening made practical », *J. Fam. Pract.*, vol. 52, n° 7, p. 537-543, juill. 2003.
- [142] J. Waalen, M. M. Goodwin, A. M. Spitz, R. Petersen, et L. E. Saltzman, « Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 19, n° 4, p. 230-237, nov. 2000.
- [143] J. B. Brown, G. Schmidt, B. Lent, G. Sas, et J. Lemelin, « [Screening for violence against women. Validation and feasibility studies of a French screening tool] », *Can. Fam. Physician Médecin Fam. Can.*, vol. 47, p. 988-995, mai 2001.

- [144] M. Autran, « Violences et santé des migrants: une association méconnue. Dépistage de l'exposition aux violences et évaluation des conséquences psychosomatiques », Thèse d'exercice, Université de Rouen, France, 2007.
- [145] M. Rahman, K. Nakamura, K. Seino, et M. Kizuki, « Does Gender Inequity Increase the Risk of Intimate Partner Violence among Women? Evidence from a National Bangladeshi Sample », *PLoS ONE*, vol. 8, n° 12, déc. 2013.
- [146] L. C. Hampers, S. Cha, D. J. Gutglass, H. J. Binns, et S. E. Krug, « Language Barriers and Resource Utilization in a Pediatric Emergency Department », *Pediatrics*, vol. 103, n° 6, p. 1253-1256, juin 1999.
- [147] K. Baird, D. Salmon, P. White, K. Baird, D. Salmon, et P. White, « A five year follow-up study of the bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry », *Midwifery*, vol. 29, n° 8, p. 1003-1010, août 2013.
- [148] C. Nicolaidis, « The Voices of Survivors Documentary », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 17, n° 2, p. 117-124, févr. 2002.
- [149] E. Dianteill, « BOUGEROL (Christiane), Une ethnographie des conflits aux Antilles. Jalousie, commérages, sorcellerie », *Arch. Sci. Soc. Relig.*, n° 114, p. 70-72, juin 2001.
- [150] W. Wester, S. L. F. Wong, et A. L. M. Lagro-Janssen, « What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes », *Women Health*, vol. 45, n° 1, p. 105-119, 2007.
- [151] S. Moussa, « Chanteuse. Entretien préalable à l'enquête, réalisé par Marie Laure CLAUDEL, Mamoudzou », 12-juill-2014.
- [152] L. Wild, « Chanteuse. Entretien préalable à l'enquête, réalisé par Olivier DUPRAY, Mamoudzou », 10-juill-2014.
- [153] A. S. Gaucher, « Association SHIME. Entretien préalable à l'enquête, réalisé par Olivier DUPRAY, Mamoudzou », 10-juill-2014.
- [154] M. Elamine, « Directeur Général Adjoint Solidarité, conseil général de Mayotte. Entretien préalable à l'enquête, réalisé par Olivier DUPRAY, Kawéni », 19-juill-2014.
- [155] J. André, *L'inceste focal dans la famille noire antillaise*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1987.
- [156] United Nations Development Programme, « Rapport national sur le développement humain, Cohésion sociale et développement humain en Union des Comores », 2010.
- [157] P. Bourdieu, « La domination masculine », *Actes Rech. En Sci. Soc.*, vol. 84, n° 1, p. 2-31, 1990.
- [158] B. Destremau, « Mouvements féministes en Afrique », *Rev. Tiers Monde*, vol. 209, n° 1, p. 145, 2012.
- [159] M. Le Bars Goubert, « “Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler...”: enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales dans le Rhône », Thèse d'exercice, Université Claude Bernard, Lyon, France, 2012.
- [160] J. S. Gordon, « Community services for abused women: A review of perceived usefulness and efficacy », *J. Fam. Violence*, vol. 11, n° 4, p. 315-329, déc. 1996.
- [161] P. Galaber, L. Benali, et S. Gromb, « La prise en charge des victimes d'agression sexuelle au CAUVA : une urgence psychologique », *Rev. Médecine Légale*, vol. 1, p. 22-26, 2010.
- [162] ONU, « Commission on the Status of Women. Report on the fifty-seventh session. », United Nations, New York, E/CN.6/2013/11, mars 2013.

Résumé / Abstract

RESUME en français :

Les enquêtes disponibles sur les violences faites aux femmes (VFF) dans l'Océan indien rapportent des chiffres plus élevés qu'en France métropolitaine. A Mayotte territoire français en transition sociale, aucune étude relative aux VFF n'a été conduite. L'objectif principal est de réaliser une première estimation de la fréquence de ces VFF et de sensibiliser les professionnels de santé à cette problématique, promouvoir un dépistage systématique, et apporter des éléments de compréhension du phénomène.

Méthodes Enquête à méthode mixte, quantitative -étude transversale descriptive- dont le recueil de données repose sur un questionnaire court, anonyme administré par les professionnels de santé à toutes les femmes de plus de 16 ans consultant pour tous motifs dans l'ensemble des structures de soins de l'île, et d'une enquête qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de femmes victimes.

Résultats 1133 questionnaires ont été exploités. 41,7% des femmes ont déclaré au moins 1 type de violence, 35,8% des violences verbales, 19,2% de violences physiques, 12,4% de violences sexuelles. Ces VFF surviennent tôt dans la vie, et les femmes en situation de vulnérabilité sociale déclarent moins de violences. La population décrite est en grande difficulté sociale. L'enquête qualitative montre les stratégies des agresseurs, les freins à la dénonciation majeurs, un manque de connaissance des recours possible et une évolution du statut de la femme à Mayotte.

Discussion Les résultats montrent des chiffres plus élevés que les données de la littérature malgré le phénomène de sous déclaration des femmes en situation de vulnérabilité lié au manque d'autonomie, de la migration, de la traduction et a ouvert des pistes d'action.

Conclusion Le mécanisme des VFF à Mayotte répond aux caractéristiques déjà connues par la littérature, excluant l'hypothèse d'une particularité mahoraise. L'approche multidisciplinaire a permis une bonne faisabilité de l'étude et un effet-recherche majeur.

TITRE et RESUME en anglais :

Violence against women in Mayotte: DEVIFFE study, a first multidisciplinary approach.

Available studies regarding violence against women (VAW) in the Indian Ocean area showed higher rates of VAW than in France. Mayotte, french island located in the Comoros Archipel, is currently going through a major administrative and social change. No study regarding VAW has ever been conducted in this area. The purpose of this study is to give a first assessment of VAW in Mayotte and to develop awareness among health professionals regarding VAW systematic screening. It aims also to bring cultural element in order to better understand the local situation.

Methods Mixed method approach combining quantitative and qualitative research. The first phase of the project involved a transverse descriptive, based on a short and anonymous questionnaire, delivered by trained health professionals to women patients over 16 years, consulting for any reason in one of the primary care centers of the island. The second phase involved semi-structured interviews conducted with identified victims.

Results 1133 questionnaires, 41.7% of women report at least one type of VAW in their life, 35.8% verbal, 19.2% physical and 12.4% sexual. VAW occur early in life, and women showing social vulnerability report less cases of violence. The patients interviewed showed low socioeconomic status. The study identifies perpetrator's strategies, lack of knowledge regarding the way of seeking medical, and legal help. We noticed an evolution of the social status of women in Mayotte

Discussion Results showed higher score of VAW than in other French areas, despite the underreporting of VAW among women showing social difficulties, deficit of empowerment, migration status and translation issues. The characterization of the violence by women relate to the international literature regarding VAW, conducted around the world.

Conclusion Our multidisciplinary approach, showed us a good feasibility for the study and allowed the hospital to renew the system of care to better respond to women who disclose violence.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS-CLES : Violence contre les femmes, violence conjugale, dépistage systématique, multidisciplinarité, ethnomédecine, méthode recherche mixte, outil interculturel

INTITULE DE L'U.F.R. : Université de BORDEAUX, Collège Santé