



HAL
open science

Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille

Laura Landzberg

► To cite this version:

Laura Landzberg. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01774422

HAL Id: dumas-01774422

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01774422>

Submitted on 23 Apr 2018

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.



Faculté
de Médecine
Aix-Marseille Université

Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes

Etude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de
violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 19 Mai 2015

Par Madame Laura LANDZBERG

Née le 19 août 1986 à Argenteuil (95)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

| | |
|--|------------------|
| Madame le Professeur PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique | Président |
| Monsieur le Professeur NAUDIN Jean | Assesseur |
| Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick | Assesseur |
| Monsieur le Docteur ADNOT Sébastien | Directeur |

UNIVERSITE D'AIX-MARSEILLE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * pour le Département Professionnel Continu : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Christian BRUNET

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Gilles BOUVENOT et Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Gérard SEBAHOUN
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Stéphane BERDAH
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * DPC Spécialités Médicales : Gilbert HABIB
- * DPC Spécialités Chirurgicales : Jean-Luc JOUVE
- * DPC Médecine Générale : Yves FRANCES
- * DPC Paramédicaux : Catherine METZLER/GUILLEMAIN
- * Personnel BIATSS : Emmanuelle CHARAFFE-JAUFFRET
- * Etudiants : Lola LOUSSERT

Chef des services généraux :

- * Pascale SOLO

Chefs de service :

- * Communication : Ghislaine HANCY
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Scolarité Pédagogique : Christine GAUTHIER
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Intérieur : Joëlle FRAVEGA

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

| | | | |
|----|-----------------------|----|---------------------------|
| MM | AGOSTINI Serge | MM | GEROLAMI-SANTANDREA André |
| | ALDIGHERI René | | GIUDICELLI Roger |
| | ALLIEZ Bernard | | GIUDICELLI Sébastien |
| | AQUARON Robert | | GOUDARD Alain |
| | ARGEME Maxime | | GOUIN François |
| | ASSADOURIAN Robert | | GRIMAUD Charles |
| | BAILLE Yves | | GRISOLI François |
| | BARDOT André | | GROULIER Pierre |
| | BERARD Pierre | | HADIDA/SAYAG Jacqueline |
| | BERGOIN Maurice | | HASSOUN Jacques |
| | BERNARD Dominique | | HEIM Marc |
| | BERNARD Pierre-Marie | | HOUEL Jean |
| | BERTRAND Edmond | | HUGUET Jean-François |
| | BISSET Jean-Pierre | | JAQUET Philippe |
| | BLANC Bernard | | JOUVE Paulette |
| | BONNEAU Henri | | JUHAN Claude |
| | BONNOIT Jean | | JUIN Pierre |
| | BORY Michel | | KAPHAN Gérard |
| | BOURGEADE Augustin | | KASBARIAN Michel |
| | BOUTIN Christian | | KHALIL Richard |
| | BOUVENOT Gilles | | KLEISBAUER Jean-Pierre |
| | BOUYALA Jean-Marie | | LACHARD Jean |
| | BREMOND Georges | | LAFFARGUE Pierre |
| | BRICOT René | | LEVY Samuel |
| | BUREAU Henri | | LOUCHET Edmond |
| | CAMBOULIVES Jean | | LOUIS René |
| | CANNONI Maurice | | LUCIANI Jean-Marie |
| | CARCASSONNE Yves | | MAGALON Guy |
| | CARTOUZOU Guy | | MAGNAN Jacques |
| | CHAMLIAN Albert | | MALLAN- MANCINI Josette |
| | CHARREL Michel | | MALMEJAC Claude |
| | CHOUX Maurice | | MATTEI Jean François |
| | CIANFARANI François | | MERCIER Claude |
| | CLEMENT Robert | | METGE Paul |
| | CODACCIONI Jean-Louis | | MICHOTEY Georges |
| | COMBALBERT André | | MILLET Yves |
| | CORRIOL Jacques | | MIRANDA François |
| | COTTE Gérard | | MONFORT Gérard |
| | DALMAS Henri | | MONGES André |
| | DESANTI Etienne | | MONGIN Maurice |
| | DEVIN Robert | | MONTIES Jean-Raoul |
| | DEVRED Philippe | | NICOLI René |
| | DJIANE Pierre | | NOIRCLERC Michel |
| | DONNET Vincent | | OLMER Michel |
| | DUCASSOU Jacques | | OREHEK Jean |
| | DUFOUR Michel | | PAPY Jean-Jacques |
| | FARISSE Jacques | | PAULIN Raymond |
| | FARNARIER Georges | | PELLET William |
| | FAVRE Roger | | PELOUX Yves |
| | FIECHI Marius | | PENAUD Antony |
| | FIGARELLA Jacques | | PENE Pierre |
| | FRANCOIS Georges | | PERRIMOND Henri |
| | FUENTES Pierre | | PIANA Lucien |
| | GABRIEL Bernard | | PICAUD Robert |
| | GALINIER Louis | | PIGNOL Fernand |
| | GALLAIS Hervé | | POGGI Louis |
| | GAMERRE Marc | | PONCET Michel |
| | GARCIN Michel | | POYEN Danièle |
| | GASCARD Emile | | PRIVAT Yvan |
| | GAUTHIER André | | QUILICHINI Francis |
| | GERARD Raymond | | RANQUE Jacques |

PROFESSEURS HONORAIRES

MM RANQUE Philippe
REBOUD Eugène
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUF Henri
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Henry
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITE Raymond
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TOURNIGAND Pierre
TRIFAUD André
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

| | | |
|-------------------|-------------------|------------|
| M. le Professeur | LEVY Samuel | 31/08/2011 |
| Mme le Professeur | JUHAN-VAGUE Irène | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | PONCET Michel | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | KASBARIAN Michel | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | ROBERTOUX Pierre | 31/08/2011 |

2009

| | | |
|------------------|-----------------|------------|
| M. le Professeur | DJIANE Pierre | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2012 |

2010

| | | |
|------------------|----------------|------------|
| M. le Professeur | MAGNAN Jacques | 31/12/2014 |
|------------------|----------------|------------|

2011

| | | |
|------------------|-------------------|------------|
| M. le Professeur | DI MARINO Vincent | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | MARTIN Pierre | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | METRAS Dominique | 31/08/2015 |

2012

| | | |
|------------------|----------------------|------------|
| M. le Professeur | AUBANIAC Jean-Manuel | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | CAMBOULIVES Jean | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | MATTEI Jean-François | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2015 |

2013

| | | |
|------------------|----------------------------|------------|
| M. le Professeur | BRANCHEREAU Alain | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | CARAYON Pierre | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | HENRY Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | LE GUICHAOUA Marie-Roberte | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | RUFO Marcel | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2016 |

2014

| | | |
|------------------|---------------------|------------|
| M. le Professeur | FUENTES Pierre | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | GAMERRE Marc | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | MAGALON Guy | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | PERAGUT Jean-Claude | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | WEILLER Pierre-Jean | 31/08/2017 |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI Aubert
ALBANESE Jacques
ALESSANDRINI Pierre Surnombre
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre
AUQUIER Pascal
AUTILLO/TOUATI Amapola
AVIERINOS Jean-François
AZORIN Jean-Michel
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARDOT Jacques
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLADOU Franck
BLAISE Didier
BLANC Jean-Louis Surnombre
BLIN Olivier
BOLLINI Gérard Surnombre
BONGRAND Pierre
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONNET Jean-Louis
BOTTA Alain Surnombre
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BRETTELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Christian
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CASANOVA Dominique
CAU Pierre Surnombre
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHIARONI Jacques
CHARPIN Denis
CHAUMOITRE Kathia
CHAUVEL Patrick Surnombre
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel
COLLART Frédéric
CONTE-DEVOLX Bernard Surnombre
COSTELLO Régis
COULANGE Christian Surnombre
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DE LAGAUSIE Pascal
DE MICCO Philippe Surnombre
DEHARO Jean-Claude
DELARQUE Alain
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FONTES Michel
FOURNIER Pierre-Edouard
FRAISSE Alain
FRANCES Yves
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GARNIER Jean-Marc Surnombre
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HEIM Marc
HOFFART Louis
HOUVENAEGHHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JAMMES Yves Surnombre
JOLIVET/BADIER Monique
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KREITMANN Bernard
LAFFORGUE Pierre
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUGIER René
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METELLUS Philippe
MEYER/DUTOUR Anne
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier
NAUDIN Jean
NAZARIAN Serge Surnombre
NICOLLAS Richard
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
OLIVE Daniel
OREHEK Jean
OUAFIK L'Houcine

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CHARREL Rémi

GORINCOUR Guillaume

PAGANELLI Franck

PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POITOUT Dominique Surnombre
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth

RIDINGS Bernard
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard Surnombre
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TARANGER Colette

THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THOMASSIN Jean-Marc Surnombre
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
VACHER-COPONAT Henri
VALERO René
VEY Norbert
VIALETES Bernard Surnombre
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

DUMOND-HUSSON Monique
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|
| ACHARD Vincent | DUFOUR Jean-Charles | METZLER/GUILLEMAIN Catherine |
| ANDRE Nicolas | FABRE Alexandre | MICALLEF/ROLL Joëlle |
| ATLAN Catherine | FARAUT Françoise | MICHEL Fabrice |
| BACCINI Véronique | FAUGERE Bernard | MOTTOLA GHIGO Giovanna |
| BALIQUE Hubert | FOUILLOUX Virginie | NGUYEN PHONG Karine |
| BARTHELEMY Pierre | FRERE Corinne | NINOVE Laetitia |
| BARTOLI Christophe | GABORIT Bénédicte | OUAISSI Medhi |
| BEGE Thierry | GASTALDI Marguerite | PAULMYER/LACROIX Odile |
| BELIARD Sophie | GAUDART Jean | PERRIN Jeanne |
| BERBIS Julie | GAUDY/MARQUESTE Caroline | RANQUE Stéphane |
| BERGE-LEFRANC Jean-Louis | GAVARET Martine | REY Marc |
| BLONDEL Benjamin | GELSI/BOYER Véronique | ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée |
| BONELLO Laurent | GIUSIANO COURCAMBECK Sophie | ROBERT Philippe |
| BOUCRAUT Joseph | GOURIET Frédérique | ROLL Patrice |
| BOULAMERY/VELLY Audrey | GREILLIER Laurent | SARI/MINODIER Irène |
| BOULLU/CIOCCA Sandrine | GRISOLI Dominique | SARLON BARTOLI Gabrielle |
| BREGEON Fabienne | GUIDON Catherine | SAVEANU Alexandru |
| BUFFAT Christophe | HAUTIER/KRAHN Aurélie | SECQ Véronique |
| CALAS/AILLAUD Marie-Françoise | HRAIECH Sami | SOULA Gérard |
| CAMILLERI Serge | JOURDE CHICHE Noémie | TAIEB David |
| CARRON Romain | KRAHN Martin | TOGA Caroline |
| CASTINETTI Frédéric | LABIT/BOUVIER Corinne | TOGA Isabelle |
| CHAUDET Hervé | LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina | TREBUCHON/DA FONSECA Agnès |
| CHICHEPORTICHE Colette | LAGIER Aude | TROUSSE Delphine |
| COURBIERE Blandine | LAGIER Jean-Christophe | VALLI Marc |
| COZE Carole | LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude | VELLY Lionel |
| <i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i> | LE HUCHER-MICHEL Marie-Pascale | VELY Frédéric |
| DAHAN ALCARAZ Laëtitia | LEJEUNE Pierre-Jean | VION-DURY Jean |
| DALES Jean-Philippe | LEVY/MOZZICONACCI Annie | ZATTARA/CANNONI Hélène |
| DEGEORGES/VITTE Joëlle | LOOSVELD Marie | |
| DEL VOLGO/GORI Marie-José | MANCINI Julien | |
| DELLIAUX Stéphane | MARGOTAT Alain | |
| DESPLAT/JEGO Sophie | MARY Charles | |
| DEVEZE Arnaud | MATONTI Frédéric | |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

| | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| ABU ZINEH Mohammad | DESNUES Benoît | RUEL Jérôme |
| BARBACARU/PERLES T. A. | DUBOIS Christophe | STEINBERG Jean-Guillaume |
| BERLAND/BENHAIM Caroline | LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise | THOLLON Lionel |
| BERAUD/JUVEN Evelyne | MARANINCHI Marie | THRION Sylvie |
| BOUCAULT/GARROUSTE Françoise | MERHEJ/CHAUVEAU Vicky | |
| BOYER Sylvie | MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte | |
| DEGIOANNI/SALLE Anna | POGGI Marjorie | |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BONNET Pierre-André
CHEVALLIER Pierre-François
GENTILE Gaëtan
GUIDA Pierre
RAKOTO Jean-Claude

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAJ 01.11.2014

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

BRUNET Christian (PU-PH)
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
NAZARIAN Serge (PU-PH) *Sumombre*
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section Service Pr BRUNET C.)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
TARANGER-CHARPIN Colette (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) *Sumombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)
MICHEL Fabrice (MCU-PH)
VELLY Lionel (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DE MICCO Philippe (PU-PH) Sumombre
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)
CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MARGOTAT Alain (MCU-PH)
MOTTOLO GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

AUTILLO/TOUATI Amapola (PU-PH)
CAU Pierre (PU-PH) Sumombre
FONTES Michel (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)
ROLL Patrice (MCU-PH)

DUBOIS Christophe (MCF) (65ème section)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMILLERI Serge (MCU-PH)
TAIEB David (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GAUDART Jean (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)
SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
POITOUT Dominique (PU-PH) Surnombre
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

BLONDEL Benjamin (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRAISSE Alain (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

BONELLO Laurent (MCU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH)
SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

OUAISSI Medhi (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
BOLLINI Gérard (PU-PH) Surnombre
DE LAGAUSIE Pascal (PU-PH)
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

BLANC Jean-Louis (PU-PH) Surnombre
CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 KREITMANN Bernard (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BARDOT Jacques (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
 BOTTA/FRIDLUND Danielle (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 LAUGIER René (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

DAHAN ALCARAZ Laetitia (MCU PH)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH)
 CHICHEPORTICHE Colette (MCU-PH)
 LEPIDI Hubert (MCU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
 NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CONTE-DEVOLX Bernard (PU-PH) *sumombre*
 NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

CASTINETTI Frédéric (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH)
 THIRION Xavier (PU-PH)

BALIQUE Hubert (MCU-PH)
 BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETTELE Florence (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

COURBIERE Blandine (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

BONGRAND Pierre (PU-PH)
 KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH)

DUMON-HUSSON Monique (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CHEVALLIER Pierre-François (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 GENTILE Gaëtan (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 RAKOTO Jean-Claude (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
 CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
 FRERE Corinne (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) *Sumombre*

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 VACHER-COPONAT Henri (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)
 VIALETES Bernard (PU-PH) *Surnombre*

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 METELLUS Philippe (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH)
 RIDINGS Bernard (PU-PH)

MATONTI Frédéric (MCU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 THOMASSIN Jean-Marc (PU-PH) *Surnombre*
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 NICOLI François (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)
 POUGET Jean (PU-PH) *Surnombre*

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY/VELLY Audrey (MCU-PH)
 MICALLEF/ROLL Joëlle (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH)
 DUMON Henri (PU-PH) *en surnombre*
 PIARROUX Renaud (PU-PH)

FARAUT Françoise (MCU-PH)
 FAUGERE Bernard (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)

BERNARD Jean-Louis (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GARNIER Jean-Marc (PU-PH) *sumombre*
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)

ANDRE Nicolas (MCU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
 BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 CHAUVEL Patrick (PU-PH) *Sumombre*
 JAMMES Yves (PU-PH) *Sumombre*
 JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 BREGEON Fabienne (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 GAVARET Martine (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)

CHARPIN Denis (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)

THERAPEUTIQUE . MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 COULANGE Christian (PU-PH) *Sumombre*
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)
 SERMENT Gérard (PU-PH) *sumombre*



Faculté
de Médecine

Aix-Marseille Université

Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes

*Etude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de
violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille*

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 19 Mai 2015

Par Madame Laura LANDZBERG

Née le 19 août 1986 à Argenteuil (95)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

| | |
|--|------------------|
| Madame le Professeur PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique | Président |
| Monsieur le Professeur NAUDIN Jean | Assesseur |
| Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick | Assesseur |
| Monsieur le Docteur ADNOT Sébastien | Directeur |

«La violation des droits de l'homme la plus honteuse se caractérise sans doute par la violence à l'égard des femmes. Elle ne connaît pas de clivages géographiques, culturels ou sociaux. Tant que des actes violents continueront d'être perpétrés, nous ne pourrons prétendre à des progrès pour atteindre l'égalité, le développement et la paix.»

Kofi Annan,
Secrétaire Général des Nations Unies

Remerciements

A mon jury de Thèse :

A ma présidente de Thèse, le Professeur PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique.
Merci pour votre gentillesse et disponibilité. C'est pour nous une chance de vous voir présider ce jury.

A Monsieur le Professeur NAUDIN Jean
Vous avez cordialement accepté de siéger dans notre jury et c'est une chance pour nous.
Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Monsieur le Professeur, GERBEAUX Patrick
Vous avez cordialement accepté de siéger dans ce jury. Merci pour votre grande disponibilité.

A mon directeur de Thèse, le Docteur ADNOT Sébastien pour son enthousiasme inébranlable tout au long de ce travail. Merci pour vos conseils, votre écoute et votre confiance. Merci du temps que vous m'avez accordé malgré votre emploi du temps que j'imagine chargé dans le Vaucluse.

Merci à toutes ces femmes que j'ai eues la chance de rencontrer qui m'ont ouvert les portes de leur intimité. Sans elles, cette thèse ne serait pas.

A l'association SOS Femmes 13 qui m'a accueillie formidablement durant toute la durée de l'enquête. L'équipe est au top. Vous faites un travail énorme....les femmes vous en sont très reconnaissantes.

Un grand merci à toutes les personnes que j'ai rencontrées durant mon externat et mon internat, et notamment merci :

Au Dr Cini Serge, premier médecin généraliste avec qui j'ai découvert la médecine générale, en tant qu'externe.

Aux Dr Bourgoin Michel et Dr Dominici Christophe, maîtres de stage, de m'avoir transmis la passion du métier, en espérant suivre tous vos bons conseils ! Et surtout merci de m'avoir laissé du temps pour réaliser cette thèse.

Au Dr Swiader Laure et à son équipe de choc,

Au service de pneumologie du CH. Salon du Dr Le Treut Jacques et les bons docteurs Nicolas, Jérôme et Sophie, ainsi que tous les paramédicaux, de m'avoir permis d'avoir une si jolie grossesse ... Bon un peu mouvementée sur la fin d'accord ! Merci pour votre sympathie. C'était chouette de travailler avec vous !

Au service de pédiatrie du Dr Battagliani Paula et toute l'équipe de pédiatres pour leur bonne humeur, leur générosité et leur formation.

Au service des Urgences de l'hôpital Nord pour la qualité de la formation et des équipes,

A la Maison Départementale de l'Adolescent du Dr Bronsard Guillaume et à toute l'équipe formidable. Merci à Mme Forteaud Eliane, alias Mme Pivot pour la correction de cette thèse !

Merci aux 2 pétillantes Brigitte que j'ai rencontrées au cours de mes stages...pour leur humour inoubliable.

Un grand merci encore à toutes les personnes que j'ai pu rencontrer et qui m'ont appris mon métier chaque jour (et j'en apprendrai encore tous les jours !), m'ont conforté dans l'envie d'aider, de soigner et de soutenir les patients. Un grand merci également à tous les patients qui m'ont accordés leur confiance et qui me rappellent combien j'aime ce que je fais...

Merci à ma fille Iulia, mon trésor. Mon amour pour toi est sans faille.

Merci à toi Radu, mon amoureux et mari qui a su m'épauler durant cette période difficile de la thèse. Je vous souhaite plein d'amour, de tendresse, de voyages, et de bambins...

Merci à mon papa chéri.

Merci à ma Babcia préférée.

Merci à mon frère.

Merci à mes amies d'enfance : Amélie B., Coralie, Stéphanie, Céline, Camila. Rendez-vous pour des aventures toujours plus folles, enfin dès qu'on arrivera à se voir...

Merci à mes amies de fac : Amélie C., Maeva, Vanessa ainsi qu'à leur chéri et leurs petites princesses et leur prince.

Merci aux amis rencontrés par mon cher et tendre.

Merci à ma famille, celle de Pologne qui nous accueille si bien à chacune de nos rencontres.

Merci à ma belle-famille Lobont qui m'a reçue chaleureusement au sein de leur foyer. Bienvenue au petit neveu qui vient de naître.

Table des matières

| | | |
|----|---|----|
| I. | Introduction | 4 |
| A. | Contexte général..... | 4 |
| B. | Toute une Histoire | 5 |
| 1. | Evolutions des lois | 5 |
| 2. | Evolutions de la Médecine..... | 6 |
| C. | Les chiffres..... | 7 |
| 1. | France..... | 7 |
| 2. | Europe... et ses petites histoires | 9 |
| 3. | Dans le monde | 11 |
| D. | Définitions | 12 |
| 1. | Les violences conjugales..... | 12 |
| 2. | Quelles différences avec le conflit conjugal ?..... | 12 |
| 3. | Types de violences | 13 |
| E. | Mécanique de la violence dans le couple | 13 |
| F. | Les périodes critiques | 15 |
| G. | Un profil ?..... | 15 |
| H. | Violences conjugales en recherche de médecine générale..... | 16 |
| 1. | Fréquence des violences conjugales en consultation..... | 16 |
| 2. | Les freins à la communication connus..... | 17 |
| 3. | La prise en charge : état des lieux | 18 |
| 4. | Dépistage | 18 |
| 5. | Formation des médecins..... | 19 |
| I. | Violences conjugales en consultation..... | 19 |
| 1. | Motifs de consultation..... | 19 |
| 2. | Indicateurs..... | 19 |
| 3. | Réactions des médecins face à l'annonce..... | 20 |
| 4. | Recommandations | 20 |
| J. | L'association SOS Femmes 13 | 25 |
| 1. | Contexte historique | 25 |
| 2. | Etat d'esprit | 25 |
| 3. | Objectifs de la fédération | 25 |
| 4. | Organisation..... | 26 |

| | | |
|------|---|----|
| K. | Problématique | 27 |
| L. | Question de recherche..... | 27 |
| M. | Objectifs | 27 |
| II. | Matériels et méthode..... | 28 |
| A. | Type d'étude..... | 28 |
| B. | La population cible..... | 28 |
| C. | Nombre de sujets nécessaires | 29 |
| D. | Réalisation du guide d'entretien | 29 |
| E. | Le déroulement des séances..... | 30 |
| F. | Analyse statistique..... | 30 |
| III. | Résultats | 32 |
| A. | Période de l'étude..... | 32 |
| B. | Taux d'acceptation de l'entretien..... | 32 |
| C. | Durée des entretiens | 32 |
| D. | Taille de l'échantillon | 32 |
| E. | Caractéristiques de la population | 32 |
| 1. | Age | 33 |
| 2. | Statut marital..... | 33 |
| 3. | Nombre d'enfants (dont en bas âge)..... | 35 |
| 4. | Lieu d'habitation | 36 |
| 5. | Niveau d'étude..... | 38 |
| 6. | Le travail | 39 |
| 7. | La grossesse..... | 41 |
| 8. | Consommation de toxiques (médicaments, drogues, alcool) | 43 |
| 9. | Handicap | 46 |
| 10. | Immigration | 46 |
| 11. | Antécédents personnels et familiaux de violences conjugales..... | 47 |
| 12. | Type de violences | 48 |
| 13. | Durée des violences | 49 |
| 14. | Temps mis pour en parler..... | 50 |
| 15. | Temps depuis le départ du domicile conjugal | 50 |
| F. | Accès au médecin | 51 |
| 1. | Avoir un médecin traitant | 51 |
| 2. | Le même que le conjoint ?..... | 51 |
| 3. | Changement de médecin traitant provoqué par les violences conjugales..... | 51 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 4. | Pas de médecin traitant ? Pourquoi ?..... | 52 |
| 5. | Accès difficile ?..... | 53 |
| G. | Le 1 ^{er} médecin consulté..... | 62 |
| 1. | Facteurs favorisant la communication vers médecin généraliste..... | 63 |
| 2. | Pourquoi les autres spécialistes : facteurs éloignant de la médecine générale... | 67 |
| H. | Attentes envers le médecin..... | 77 |
| 1. | Quelle prise en charge réalisée ?..... | 77 |
| 2. | Leurs attentes..... | 86 |
| IV. | Discussion..... | 100 |
| A. | Points forts..... | 100 |
| B. | Points faibles..... | 101 |
| 1. | Biais de sélection..... | 101 |
| 2. | Biais de classement /d'information..... | 102 |
| 3. | Biais de confusion..... | 102 |
| 4. | Erreurs inhérentes à une étude qualitative..... | 102 |
| C. | Résultats principaux..... | 103 |
| 1. | Caractéristiques démographiques..... | 103 |
| 2. | Accès aux soins..... | 111 |
| 3. | Le médecin de premier recours..... | 113 |
| 4. | Facteurs influençant le choix du médecin..... | 114 |
| 5. | Communication : les clefs..... | 117 |
| 6. | Les attentes envers le médecin traitant..... | 118 |
| V. | Conclusion..... | 123 |
| VI. | Références bibliographiques..... | 129 |
| VII. | Annexes..... | 133 |
| A. | Graphique représentant la répartition de l'âge des femmes de cette étude..... | 133 |
| B. | Graphique représentant la répartition de temps mis pour en parler au médecin détaillée dans la première année des violences..... | 133 |
| C. | Guide d'entretien semi-directif..... | 134 |
| D. | Modèle de certificat médical de la HAS..... | 140 |
| VIII. | Glossaire et abréviations..... | 142 |
| IX. | Serment d'Hippocrate | |

I. Introduction

A. Contexte général

Fréquentes et graves, les violences conjugales sont un problème de santé publique. Mais celui-ci est largement sous-estimé par les médecins.

En effet en France, 1 femme sur 10 se déclare victime de violences conjugales (enquête ENVEFF(1)), autant de familles détruites.

Elles ont des conséquences sanitaires majeures : 1^{ère} cause de mortalité et d'invalidité chez les femmes de 16 à 44 ans en Europe (2). En France, une femme meurt tous les 2,5 jours (3). Et Il ne faut pas oublier les victimes collatérales ou directes que sont les enfants (conséquences psychologiques, maltraitance, et mortalité infantile).

Les conséquences sont aussi sociales et financières : le coût global des violences conjugales s'élèvent en 2012 à 3,6 milliards d'euros en France (4). Il comprend les coûts médicaux, recours aux services de police, de justice, coûts des conséquences sociales.

Les médecins, quelle que soit leur spécialité (généralistes, psychiatres, urgentistes, gynécologues-obstétriciens...), reçoivent régulièrement des patientes victimes de violences conjugales, parfois sans le savoir : elles ne parlent pas par honte ou culpabilité, peur des représailles... (5).

Nous, médecins, nous avons un rôle à jouer : La rédaction d'un Certificat Médical Initial est, quand il est rédigé, une étape importante dans leur parcours pour s'en sortir, mais celui-ci peut rester muet s'il n'est pas accompagné d'une prise en charge globale. Notre responsabilité peut être également engagée si nous ne faisons pas part aux autorités « d'informations préoccupantes » en cas de violences exercées sur des personnes vulnérables, telles que les femmes enceintes, les personnes ayant un handicap ou bien mineures. Les enfants témoins et potentiellement victimes de ces violences sont en danger également.

Un quart des femmes victimes de violences conjugales consultent un médecin en premier recours (6). Le médecin généraliste dit recevoir en moyenne au maximum 2

victimes de violences conjugales par an (7), alors qu'il y aurait statistiquement 10% de sa patientèle féminine qui serait victimes de violences conjugales.

Le but de cette thèse est, à travers des entretiens compréhensifs avec des femmes victimes de violences conjugales rencontrées à SOS Femmes Marseille, de savoir si le médecin généraliste est le médecin de premier recours dans leur parcours initial de sortie des violences au travers de la perception qu'elles en ont, i.e. et alors 'd'en faire ressortir les freins et les facteurs favorisant la communication entre médecin/femme.

Nous nous attacherons dans un second temps à connaître les attentes de ces femmes en termes de communication et sur la prise en charge.

B. Toute une Histoire

1. Evolutions des lois

- Jusqu'au XIXème siècle : Droit de correction (8)

En effet du XII au XVIIIème siècle, les violences conjugales étaient légitimes par *le droit de correction*. En 1810, le Code Pénal autorise l'homicide de la conjointe s'il y a adultère.

- Au XXème siècle et après... (9)

1990 Le **viol entre époux** est reconnu (abolition du « devoir conjugal »).

1994 **Création des violences conjugales : circonstances aggravantes** les violences commises par un conjoint ou un concubin. Elles sont alors qualifiées de **délit au minimum voire de crime**, relevant du tribunal correctionnel.

2006 Loi du 4 avril relative à la prévention et à la répression des violences au sein du couple (10) : **Elargissement à de nouveaux auteurs (pacsés et « ex ») et à de nouvelles infractions** (meurtres, viols, agressions sexuelles).

L'âge légal du mariage des femmes aligné sur celui des hommes (**18 ans** au lieu de 15) ;

Création des violences administratives : le fait de priver, dans un couple, l'autre de ses papiers d'identité ou de son titre de séjour.

2010 La loi du 9 juillet (10) est l'avènement d'un **droit spécial des violences commises au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants.**

Création du harcèlement moral au sein du couple, autrement dit les violences psychologiques deviennent illégales.

Et d'un dispositif spécifique :

1. *La protection des victimes*
2. *La prévention des violences : **formation des professionnels, notamment de santé**, aussi bien dans la formation initiale que continue.*
3. *La répression des violences*

2011 Le 11 mai La France a ratifié la Convention du Conseil de l'Europe sur «*la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*» qui ouvre la voie pour la création d'un cadre juridique au niveau européen et l'obligation à établir des statistiques régulières.

De nouvelles lois sont en cours de construction.

2. Evolutions de la Médecine

- ✓ Le serment d'Hippocrate et ses interprétations :

«Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs», Ordre National des Médecins (11).

Le praticien appelé à prendre en charge une femme victime de violences conjugales se trouve dans une situation délicate. Il est pris entre le secret professionnel et son devoir de protection de la santé de ses patients.

- ✓ Evolution des mentalités des médecins au rythme de la société (12) :

La prise en charge des victimes de violences a longtemps été considérée comme un problème social et judiciaire, le rôle des médecins se limitant à la rédaction de certificats médicaux et aux soins d'urgence.

Progressivement, la violence s'impose comme faisant partie intégrante de la santé publique, impliquant de plus en plus les médecins et tous les personnels de santé.

Le rapport du Professeur Roger HENRION sur le rôle des professionnels de santé face aux violences conjugales, en février 2001, rappelait que «le médecin est le plus souvent le premier interlocuteur et un acteur privilégié dans la chaîne de prise en charge des femmes, victimes de violence. Il a un rôle clé dans le dépistage de ces violences, le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat, pièce essentielle lors d'un dépôt de plainte. Il a aussi un rôle stratégique en donnant des conseils aux femmes, en les informant de leurs droits et en les orientant au mieux des circonstances».

✓ Aujourd'hui :

Les spécialités médicales en première ligne sont les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, les urgentistes, et également les psychiatres, les pédiatres ainsi que les chirurgiens orthopédistes. (5)

Mais aucune spécialité n'est épargnée.

C. Les chiffres

1. France

a. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France : ENVEFF, l'incontournable

(13) (1) (10)

La 4^{ème} conférence mondiale sur les femmes en 1995 à Pékin, dans une démarche mondiale de prévenir et d'éliminer les violences envers les femmes, avait recommandé de produire des statistiques précises. L'Etat français lance alors l'enquête ENVEFF **réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs appartenant aux institutions publiques** de recherche. Elle est la **1^{ère} étude statistique d'envergure** réalisée sur ce thème en France et peut-être **restée la seule**.

Le but était de décrire les **violences envers les femmes**, dans ces différents aspects : dans **l'espace public, au travail, dans la famille** et étudier le recours des femmes auprès des membres de leur entourage et des services institutionnels.

L'enquête est menée **par téléphone** avec le respect de l'anonymat total parmi les femmes âgées **20 à 59 ans** vivant hors institutions et parlant assez couramment le

français. L'interrogation a essentiellement porté sur les incidents des 12 derniers mois mais également sur la vie d'adulte et la vie entière.

6790 femmes interrogées de mars à juillet 2000. De nombreuses femmes ont parlé pour la première fois. Ceci met en évidence **l'ampleur du silence** et l'occultation des violences par les femmes qui les subissent.

9,5 % des femmes interrogées ont subi des situations violences conjugales (physiques, sexuelles, verbales, psychologiques) au cours des douze derniers mois : **les violences toucheraient les femmes sans distinction de milieu, ou d'âge, mais leur forme diffère selon certains profils** : les jeunes femmes (de moins de 25 ans) subiraient plus que les autres des atteintes et agressions de toute nature dans la sphère conjugale. Les agressions physiques seraient, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, plus fréquentes chez les cadres.

En conclusion, les chiffres de cette enquête ont sans conteste accéléré la prise de conscience.

b. Derniers chiffres des Ministères de l'intérieur et des droits des femmes

(13)

Les violences conjugales concerneraient **2 millions de femmes** en France.

Homicides : La **violence conjugale tue en France une personne tous les 2 jours**, dont une femme tous les 2 jours et demi.

Depuis 10 ans, **50 % de l'ensemble des homicides de femmes en France** sont commis par les partenaires ou ex-partenaires.

En 2013, 146 morts de violences conjugales. 121 femmes et 25 hommes ont été victimes de leur compagnon ou ex-compagnon. Ce chiffre est en baisse par rapport à l'année 2012 (174 décès au total).

Dans 65 % des homicides commis par une femme sur son conjoint, celui-ci était auteur de violences sur sa conjointe. (*Enquêtes "cadre de vie et sécurité" de 2010 à 2012 d'Insee-ONDRP*) (6).

Mais ne sont pas pris en compte, par exemple, les suicides des femmes dont la situation de violences conjugales a provoqué une détresse extrême.

13 enfants ont été victimes de violences mortelles exercées par leur père ou leur mère (contre 9 en 2012) et 23 enfants ont été témoins d'un tel crime (20 en 2012).

Recours :

- **Au médecin : 27% des femmes victimes** de violences conjugales physiques et/ou sexuelles **se rendent chez le médecin** après un épisode de violences.
- **Aux forces de l'Ordre : 16% ont déposé plainte**

c. VIRAGE... Bientôt l'enquête

(14)

Une nouvelle enquête nationale (VIRAGE) cherchera à actualiser et approfondir les statistiques sur les violences faites aux femmes et se propose d'étendre son champ d'investigation à la population masculine. Cette enquête quantitative concernera 25 000 personnes (12500 femmes et 12500 hommes), âgées de 20 à 59 ans. L'opération de collecte est prévue pour 2015. Les principaux apports de l'enquête VIRAGE : quantifier les violences, décrire leur parcours, les conséquences sanitaires, professionnelles et étudier les liens entre immigration, homosexualité ou en situation de handicap.

2. Europe... et ses petites histoires

22% des Européennes ont subi des violences physiques ou sexuelles de leur partenaire, tandis que **43% ont été victimes de violence psychologique**. (*Parlement européen - Violence à l'égard des femmes : la vérité qui dérange, 7 mars 2014.*)

Plus de **600 femmes meurent ainsi chaque année** sous les brutalités commises par le conjoint dans le cercle familial.

Les répercussions économiques des violences au sein du couple ont été évaluées à **2 472 milliards d'euros**.

(Daphné 2006, «*Estimation du coût des violences conjugales en Europe*», *Rapport scientifique Psytel, juin 2009, in Chiffres Clés 2014, Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes*)

Les femmes ne sont donc pas plus protégées des violences conjugales que le reste du monde.

Les nombres de décès par million d'habitant des violences conjugales sont :
(données de pystel, ingénierie de l'information)

- **Plus fréquentes**, après les pays baltes, en Hongrie, république tchèque et Belgique
- **Moins fréquentes** en **Grèce, Italie, Espagne** (moins de 5 par million de femmes contre 7,3 par million d'habitants en France).

En Espagne (15), **un pays pionnier dans la lutte contre les violences faites aux femmes**. Mais la crise économique entraîne une diminution du budget alloué à la prise en charge de ces violences.

Au Royaume-Uni (16), **Les Anglais et les Galloises** vont prochainement pouvoir **consulter le casier judiciaire de leur compagnon** par la **loi Clare**.

En Allemagne (www.sénat.fr) 210 décès de victimes de violences conjugales en 2008. Depuis décembre 2001, après modification de la loi sur la Police, les forces de l'ordre peuvent, en cas de danger avéré ou imminent, obliger les auteurs de violences conjugales à quitter le domicile familial et leur interdire d'y revenir pendant plusieurs jours. L'interdiction peut être étendue aux environs immédiats du logement, ainsi qu'au lieu de travail de la victime. Sa durée de validité varie de dix à quatorze jours.

Italie (17), 93 victimes recensées depuis janvier 2013 (124 en 2008).

Jusqu'en 1981, si un mari tuait **une épouse infidèle** «**le crime était justifié, comme délit d'honneur, et le meurtrier s'en sortait avec une peine très légère**».

En 2013, le Sénat italien a approuvé un projet de loi qui prévoit de sévères peines contre la violence contre les femmes. Le crime de féminicide vient d'entrer dans le droit italien.

En Pologne (18), une Polonaise sur six est victime de violence domestique.

La Roumanie (19), une étude de 2008 du Centre de Sociologie Urbaine de Bucarest souligne qu'un cinquième des femmes roumaines ont été victimes de violences de la part de leurs compagnons et que 63% d'entre elles sont régulièrement battues.

A part, en Fédération de Russie (20), **une femme meurt toutes les 63 minutes**. "Un seul refuge de 35 lits pour la capitale russe avec ses 10 millions d'habitants".

Si les violences conjugales sont très fréquentes, **l'ampleur du phénomène demeure difficile à évaluer de nos jours**.

3. Dans le monde

L'OMS qualifie les violences conjugales comme un véritable problème mondial de santé publique (21) (22).

a. Les chiffres

- Dans le *rapport mondial de la violence et de la santé 2002* : dans les 48 enquêtes de population réalisées dans le monde, **10% à 69%** des femmes déclarent avoir été agressées physiquement par un partenaire intime de sexe masculin à un moment de leur vie. **En moyenne, 30%** des femmes qui ont eu des relations de couple signalent avoir subi une forme quelconque de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire.
- Par exemple, **15% des femmes au Japon et 71% des femmes en Éthiopie** ont déclaré avoir subi des violences physiques et/ou sexuelle de la part d'un partenaire intime (*enquête multipays 2005 «santé des femmes et la violence domestique»* (pays à revenu faible ou intermédiaire, chez les femmes de 15 à 49 ans).

Le pourcentage de femmes victimes de violences est **d'autant plus élevé dans un État que des conflits armés s'y produisent** ou s'y sont produits récemment, que le taux de criminalité y est élevé, **et que les inégalités de pouvoir entre les hommes et les femmes y sont importantes.**

b. Conséquences sur la santé

La violence d'un partenaire intime et la violence sexuelle entraînent à court et long terme de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et génésique pour les victimes et leurs enfants :

- la mort : homicides ou suicides.
- traumatismes : 42% des femmes signalant des blessures consécutives à l'acte.
- gynécologiques : grossesses non désirées, des avortements provoqués (2 fois plus), des problèmes gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH (1,5 fois de plus).
- Obstétriques : fausse couche, naissance d'enfants mort-nés, d'accouchement prématuré et d'insuffisance pondérale à la naissance.
- Psychologiques et psychiatriques : Dépressions (deux fois plus) et des tentatives de suicide, états de stress post-traumatique, troubles psychotiques.

- Troubles psychosomatiques : céphalées, des douleurs du dos, des douleurs abdominales, des fibromyalgies, des troubles digestifs, des troubles du sommeil, de l'alimentation. Une mobilité réduite et un mauvais état de santé général.
- Consommation de médicaments : cinq fois plus de psychotropes.
- Pathologies chroniques aggravées.
- Consommation de toxiques : augmentation du tabagisme, l'usage abusif de drogues et d'alcool et des comportements sexuels à risque à un stade ultérieur de la vie.
- Troubles cognitifs (concentration, mémoire...).
- Et conséquences sur les enfants (psychologique, développementale voire physique et même mortelle).

D. Définitions

1. Les violences conjugales

- L'OMS reprend les termes employés par les Nations Unies dans L'article premier de la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993) :

« Tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et 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 dans la vie privée ».

- La loi du 9 juillet 2010 rappelle que ces violences concernent indifféremment toutes formes de conjugalité (mariages, pacs, concubins) et s'étendant à toutes anciennes relations (10).

2. Quelles différences avec le conflit conjugal ?

Premiers éléments de réponses...(23).

Le conflit conjugal est une situation où les deux points de vue s'opposent mais que les deux personnes sont égales dans les interactions (absence de domination).

La violence conjugale est un rapport de force, de **domination** où relation asymétrique. L'Institut National de Santé Publique du Québec précise qu'elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle n'est ainsi pas

accidentelle. La **peur** est une forme d'emprise : la victime dit, fait, va en fonction de la peur de la réaction de l'homme. Les violences conjugales sont interdites autrement dit **répréhensibles par la loi**.

3. Types de violences

- Verbale et psychologique : « actes répétés, qui peuvent être constitués de paroles et/ou d'autres agissements, d'une dégradation des conditions de vie entraînant une altération de la santé physique ou mentale ». (Loi du 9 juillet 2010) (13).

Il se pose le problème de la preuve. Celle-ci peut être constituée de documents électroniques (messages sur répondeur, vidéo, sms, mail...) bien que la preuve la plus probante reste le certificat médical.

- Physique : bousculades, coups avec ou sans objet, strangulations, morsures, brûlures, séquestrations....
- Sexuelle : agression sexuelle ou viol.
- Socio-économique : contrôle ou privation de moyens ou de biens essentiels, interdiction de travailler. La loi dit que l'on ne doit pas être en situation de quémander (13).

E. Mécanique de la violence dans le couple

La connaissance des mécanismes des violences permet plus facilement de différencier simples disputes et violences conjugales.

Comment entre-t-on dans ce cycle infernal ? Pourquoi restent-elles ? (24).

Première phase de **TENSION (phase 1)** où s'exerce une violence psychologique insidieuse. Ceci a pour conséquences pour la victime une *perte d'estime de soi*, plus ou moins importante en fonction de sa personnalité et de son passé. Période qui peut durer quelques mois ... à quelques années.

Puis l'**AGRESSION (phase 2)**, le premier passage à l'acte, point d'entrée dans le cycle :

Puis après quelques heures voire quelques jours, vient le temps des **excuses**. « Je n'aurais pas dû **MAIS**.... ». Le « mais » permet le **déni de la responsabilité**, en se justifiant par des prétextes extérieurs.

Soit la femme réagit : se sépare, dépose plainte... soit elle reste...en fonction de l'estime de soi, du contexte (les enfants ...).

Le **PARDON (phase 3)** : La femme excuse l'homme par des prétextes qu'il donne ou qu'elle construit qui sont autant de stratégies de défenses inconscientes lui permettant de supporter la violence. La victime est également dans le déni. «Je ne vais pas tout foutre en l'air» dit-elle. Il s'opère alors un **transfert de responsabilité sur la victime**.

La **LUNE DE MIEL** : un sursis amoureux où il y a espoir de changement. L'homme redevient aussi charmant qu'au début...L'action d'une tierce personne est alors impossible.

Puis le nouveau passage à l'acte...un nouveau cycle démarre.

L'intensité et la fréquence des violences augmentent avec le temps avec une aggravation de la perte d'estime de soi de la victime, de la peur, de domination jusqu'à disparition des lunes de miel. Ne reste plus que la violence.

Le comportement du conjoint violent est donc dans la majorité des cas de plus en plus dangereux avec le temps. D'où l'intérêt de dépister ces violences pour agir plus efficacement.

Ce cycle de la violence a été décrit par Léonore Walker, psychologue américaine en 1979.

Bien que critiquée quant à sa validité scientifique, cette théorie est largement utilisée dans le travail social, car l'expression des victimes ou les constats empiriques des professionnels tendent à la corroborer.

Cela dit, dans de nombreuses situations, ne surviendront que des violences psychologiques, verbales, voire économiques aboutissant à une destruction morale dévastatrice.

F. Les périodes critiques

Toute situation où la victime prend de la distance avec son agresseur :

Le plus fréquemment (23):

- La grossesse et temps de restructuration du couple après la naissance (1 an).
- Changements professionnels et personnels (accès à une formation ou à l'emploi de madame).
- Rupture ou évocation d'une rupture.
- Et toute autre situation qui engagerait l'émancipation de madame.

G. Un profil ?

Y aurait-il un profil de femmes victimes de violences conjugales qui permettrait de les dépister le têt possible et par conséquent une meilleure prise en charge.

Les résultats des études sur les facteurs associés aux violences sont souvent contradictoires et sujets à controverses (25).

Toutefois l'OMS reconnaît des facteurs de risques aux violences conjugales (22). Ces facteurs ont été retrouvés notamment par l'association des psychiatres du Canada (26), pays où de très nombreuses études sont faites sur le sujet et une lutte active est menée contre ce phénomène :

Culturel, dans les sociétés patriarcales particulièrement.

« *Les violences conjugales, c'est culturel ... dans toutes les cultures* » dit le Juge Edouard DURAND, lors d'une conférence sur les violences conjugales.

Immigrants

Homosexualité, bisexualité, transgenre... ne sont pas à l'abri des violences conjugales (voire ont un risques accru).

Personne en limitation d'activité (études chez des femmes porteuse de SLA par exemple).

Grossesse ou post partum

Relation instable/séparée

Consommation excessive d'alcool chez les auteurs comme les victimes et autres toxiques

Faibles ressources /Faible niveau d'études

Age : les extrêmes (moins de 25 ans et les personnes âgées cf. Démence)

Troubles de la personnalité

Avoir des enfants en bas âge

Antécédents de violences familiales vécues dans l'enfance

L'OMS rajoute également la multiplicité des partenaires (cf. polygamie) ou suspicion d'infidélité de la part du partenaire (auteurs); et les antécédents d'actes violents (auteurs et victimes).

La violence conjugale est présente dans tous les groupes sociaux, économiques et culturels, dans toutes les classes d'âge, en milieu urbain comme en milieu rural, et indépendamment du contexte éducatif, religieux, ethnique. Mais la forme d'expression des violences conjugales semble varier en fonction de certains facteurs.

S'il y a un profil, il permettrait d'éveiller une vigilance lors de l'observation de ces facteurs.

Mais l'absence de ces facteurs n'est pas synonyme d'un risque zéro.

Plus particulièrement pour les auteurs

Le profil diversifié mais identifié par certains auteurs (27) (28) :

Immaturité, impulsifs, paranoïaque, psychorigides, jaloux, compulsifs et «manipulateur pervers narcissique». Ces personnalités pathologiques peuvent être la conséquence ou non de ces traumatismes vécus dans l'enfance (cf. maltraitance).

Les hommes atteints de maladies psychiatriques constituent une faible part des hommes violents.

H. Violences conjugales en recherche de médecine générale

1. Fréquence des violences conjugales en consultation

En moyenne, **deux cas par an**, les médecins femmes déclarant être plus souvent sollicitées (5). Dans une autre étude, **près de 60% des médecins** répondants déclarent avoir reçu en consultation au cours **des 12 derniers mois**, des patientes majeures victimes de violence conjugale). Dans **85% des cas, c'est la femme elle-même qui se signale** comme victime de violence conjugale. Selon d'autres auteurs, la prévalence de la violence conjugale dans leur clientèle serait 10 fois plus élevée que ne le perçoivent les médecins (29).

2. Les freins à la communication connus

a. Des médecins généralistes

Ces freins sont selon les médecins généralistes :

- Une représentation inexacte des violences conjugales (5) (7).
- Peur d'offenser les patientes en posant la question.
- La dissimulation par la femme de sa situation (83%). Le refus de la patiente d'être aidée, qui pose problème à un médecin sur deux (54%).
- Manquer de temps et de disponibilité.
- Sentiment d'impuissance face à la violence conjugale (MORVANT).
- Craintes des retombées judiciaires. (Dilemme entre devoir de protection et secret professionnel).
- Certains mettent en doute les déclarations de la femme car disent n'avoir aucune raison de croire l'un plutôt que l'autre des protagonistes, surtout dans un contexte de divorce.
- Il y a d'autant plus de réticence que nombreux sont ceux qui n'ont reçu aucune formation au cours de leurs études.

b. Des femmes

Dans une étude publiée dans l'Australian and new Zealand Journal of public health (30), les femmes ont signalé de nombreux obstacles à la divulgation à différents niveaux : individuel, familial et sociétal. Ceci est dans un éventail des motifs sont entre autres : la peur, le déni, l'auto-accusation, l'espoir de le faire changer, rester pour le bien des enfants, «normalité» de la violence, l'isolement, la dépression, et le sentiment qu'ils ne seront pas ou croyaient que les services ne seront pas en mesure de les aider.

"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** (31) qui montre que les freins relèvent du médecin : manque d'attention, manque d'informations, sexe du médecin, médecin qui soigne aussi le conjoint.

3. La prise en charge : état des lieux

Une étude «violence conjugale : prise en charge en médecine général» parue dans la Revue du Praticien (Médecin Générale) en 2000 montre que :

- **2/3 des médecins gèrent seuls le problème**
- **81% effectuent une prescription médicamenteuse**
- **4 % donnent des informations ou des brochures,**
- **10% hospitalisation dans 10% des cas.**

Avant l'intervention du médecin, une majorité de patientes n'ont pas de contacts avec d'autres professionnels (7) (association, travailleurs sociaux). La police est l'institution qu'elles contactent le plus fréquemment d'elles-mêmes (40%).

Les médecins orientent principalement leurs patientes **vers la Police ou la Gendarmerie (56%), vers un(e) psychologue (52%).**

Au total, **les trois-quarts des médecins n'ont aucun contact avec les autres professionnels.**

4. Dépistage

a. Systématique ou sélectif ?

Les études internationales recommandent le dépistage systématique, notamment l'OMS. Le dépistage systématique en médecine de premier recours fait débat (27).

Une expérience de dépistage systématique en médecine générale montre que **le rendement et l'acceptabilité du dépistage** (32). En effet, plusieurs études montrent que le dépistage est acceptable par la très grande majorité des femmes (victimes ou pas). Les médecins penchent plutôt vers un *dépistage non pas systématique mais plutôt sélectif, accompagné d'une formation au préalable*

b. Quels tests de dépistage ?

- ❖ Question simple improvisée, orientée par le motif de consultation.
- ❖ Question entrant dans une démarche de dépistage systématique.
- ❖ Utilisation de questionnaires validés: Abuse Assessment Screen: AAS / Hits / Partner Violence Screen: PVS/ safe / wast / web (Women's experience with battering scale).

Plus grande efficacité du dépistage par le questionnaire (méthode active) que par le dépistage par mise à disposition de dépliants (méthode passive) (33).

5. Formation des médecins

Dans la proposition de loi 2014 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple, «Il est indispensable de prévoir des **formations adaptées** au cours des études universitaires médicales et paramédicales **afin de mettre un terme aux réticences, freins culturels et méconnaissance de la situation par les professionnels de santé**».

Lors d'une enquête récente auprès des étudiants en médecine, en 2013, plus de 80 % ont déclaré ne pas avoir reçu de formation sur les violences et 95% ont demandé une formation pour mieux prendre en charge les victimes de violences (34).

I. Violences conjugales en consultation

1. Motifs de consultation

Les motifs de consultation les plus fréquents durant laquelle la violence conjugale a été découverte par ordre décroissant (32) : demande d'un certificat médical, troubles psychologiques, lésions traumatiques, prescription d'un traitement (anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques ou antalgiques).

L'étude de Charbonnet en 2000 (42) évoque les mêmes motifs mais dans des proportions différentes.

2. Indicateurs

Des indicateurs ont été listés dans le guide issu de la collaboration de SOS femmes 13 et l'Union régionale des professionnels de santé (23) :

- ❖ Contextuels de la consultation et comportementaux de l'homme et de la femme
- ❖ Verbaux
- ❖ Cliniques : pas de signes spécifiques mais un grand nombre de signes cliniques et de tableaux médicaux, chirurgicaux et psychiatriques qui peuvent en être la conséquence :
Physiques, troubles psychologiques, troubles cognitifs, abus de substances, troubles alimentaires, troubles digestifs, tableaux douloureux divers, variables, chroniques sans étiologies retrouvées, tableaux gynécologiques, maladies chroniques déséquilibrées....

Le tableau le plus spécifique : stress post traumatique

Signes cliniques chez les enfants de ces femmes : Troubles du sommeil, énurésie, anxiété, dépression, état de stress post traumatique, troubles du fonctionnement cognitif.

3. Réactions des médecins face à l'annonce....

La problématique des violences dans le couple est chargée affectivement. Les valeurs, émotions et représentations des professionnels influenceront leurs réactions et celles des patients et vice-versa (35).

Voici des exemples de réactions : le sauveur, le scandalisé, le frileux, le dubitatif.

4. Recommandations

Le médecin dispose de plusieurs possibilités **en fonction de la gravité de la situation**, de l'état de réceptivité de la patiente et de ses désirs (27) (23) (5) (36).

a. Evaluer la gravité

Il convient d'évaluer, outre la gravité des conséquences (physiques notamment infection sexuellement transmissible, psychiques,...) mais aussi la dangerosité de l'auteur des violences :

- L'augmentation de la fréquence des actes de violence et leur aggravation
- Possession d'armes
- Le contexte d'alcoolisme chronique du partenaire
- Le retentissement sur les enfants au foyer, très souvent témoins des actes de violence
- Présence de certains facteurs de vulnérabilité tels que la grossesse

Des signes avant-coureurs ont été repérés dans une étude (étude faite à Cergy-Pontoise).

b. Prise en charge

1) Dans les cas les plus urgents et graves :

- ❖ **Hospitalisation immédiate** si la situation est grave et laisse craindre l'irréparable.

- ❖ **Information préoccupante** : (judiciaire ou administrative, en fonction de la gravité et l'urgence).

2) Après l'écoute et le soin, l'accompagnement

Le principal écueil à **éviter** en cas de révélation de violences conjugales est la formulation de réponses sous forme d'**injonction** : "Vous devez porter plainte", "Il faut le quitter", "Pourquoi n'avez-vous pas porté plainte ?"... etc. Cette réponse immédiate est plutôt une manière de calmer nos inquiétudes...

« Il faut porter plainte »... Pourquoi cela ne marche pas ?

Tout d'abord, ce n'est pas une information, elles le savent qu'il faut porter plainte. Ensuite, il ne suffit pas de le dire pour qu'elles le fassent. De plus l'injonction de «il faut» les maintient dans cette posture d'objet dans laquelle elles sont déjà du fait de la domination de leur conjoint.

Prendre le temps d'écouter est aussi important que de savoir ensuite passer le relais aux associations et structures spécialisées. Parfois la victime peut relater les faits de manière détachée, avec une dissociation entre le gravité des faits et le ton employé pour le dire : stratégie de dissociation...pour supporter l'insupportable.

Dire qu'on les croit. Les femmes victimes de violences conjugales n'ont plus d'estime de soi et on donc une peur panique de ne pas être crue. Convaincre la patiente qu'elle peut être aidée.

Nommer l'interdit : « Les violences, les lois l'interdisent », une manière de restituer la responsabilité, du moins la responsabilité pénale, du côté de l'auteur des violences

Valoriser : et ce, dès le premier entretien... Aider la patiente à entamer un processus de reconstruction.

Conseiller et Orienter :

Conseiller à la femme de porter plainte auprès de la Police ou de la Gendarmerie, sans faire d'injonction (« il faut »).

L'informer de son droit de quitter le domicile conjugal et de partir avec ses enfants, en signalant son départ à la Police (main courante) ou à la Gendarmerie (procès-verbal de renseignement judiciaire)...si elle n'est pas encore prête, conserver les documents importants dans un lieu sécurisé et voir quelle personne serait susceptible de l'accueillir.

L'orienter vers une **association spécialisée**. Il est toujours difficile pour la victime de se rendre dans une structure. Il est donc utile de donner, dans un premier temps, les **coordonnées téléphoniques** des associations car il est généralement plus facile de téléphoner que de se déplacer.

Une orientation vers un **psychologue** est possible... (Syndrome de stress post-traumatique).

c. Le certificat médical initial

3) Qui rédige le certificat médical ?

Le certificat médical de constatation peut être rédigé par **tout médecin**.

Le médecin traitant ou l'urgentiste sont les plus accessibles pour la victime et voient la victime **au plus près de l'acte de violence, là où les traumatismes sont encore visibles**.

Les praticiens des **unités médico-judiciaires** sont habitués à rédiger le certificat médical de constatation de par leur expérience et plus à l'aise du fait de **l'absence de toute relation thérapeutique habituelle avec la victime**.

4) En quoi consiste-t-il ?

L'importance du certificat médical (37)

Le certificat médical est le **premier élément probatoire objectif** qui permet à la fois d'établir la **réalité des violences et d'évaluer leur gravité**.

C'est un document médico-légal qui prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée par la femme. **Même si la femme ne l'utilise pas immédiatement, il pourra constituer une preuve d'antériorité.**

Les deux versants : description des lésions et quantification de l'incapacité totale de travail d'égale importance pour le Parquet (38). Quel que soit le quantum de jours d'ITT, l'infraction reste dans tous les cas délictuelle.

Protocole de rédaction du certificat médical de consignation

Les termes simples, précis, intelligibles pour les personnes extérieures au corps médical, en évitant le jargon technique et les abréviations.

Après un examen clinique complet, identification du médecin, de la victime +/- de l'interprète et inscription de la date : (exemple de certificat en annexe «sur demande de la victime» ou «sur réquisition») (39) (23).

1. La retranscription des déclarations de la victime

- ❖ Le certificat doit débiter par les dires de la victime, c'est-à-dire un résumé de l'agression telle qu'elle sera rapportée au médecin. Ils seront notifiés entre guillemets. **La désignation de l'auteur de l'infraction n'est pas du ressort du médecin mais l'auteur peut être désigné dans les dires de la victime (mari, conjoint...) HAS.**
- ❖ Ainsi que les doléances autrement dit les symptômes de la victime au moment de l'examen.

2. La description:

Elle objective tout autant :

- Les lésions physiques : la description doit être exhaustive en précisant leur aspect, leur emplacement, leur ancienneté et leur étendue. Un schéma ou photos peuvent être utiles.
- Que le retentissement **psychologique** :

Dans la plupart des cas, celui-ci est accessible à tout praticien et n'est donc pas réservé au spécialiste sauf dans certains cas (antécédents psychiatriques,...).

Les conséquences psychologiques sont données en exemple dans les recommandations de la HAS.

Mais le retentissement psychique est souvent **sous-estimé en raison des difficultés d'évaluation et de la complexité du lien de causalité**. Il convient **alors d'émettre des réserves** quant à l'évolution de ce retentissement **et d'indiquer qu'un nouvel examen sera nécessaire, à distance** des faits, pour affiner la détermination de l'ITT.

La prescription de traitements et d'examens complémentaires doit être notifiée, ou sur la nécessité d'une nouvelle évaluation, à distance.

Se prononcer sur la **compatibilité des lésions** est **à proscrire par le médecin généraliste**.

3. La détermination de l'Incapacité totale de travail.

L'incapacité totale de travail est une **évaluation prédictive des conséquences physiques et psychologiques des violences**, pour laquelle le médecin donne **un avis qui ne lie pas celui qui le reçoit**.

Ce n'est pas un terme médical mais c'est la jurisprudence qui la définit. Le terme est impropre puisque :

La **durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable (et non totale)**.

L'ITT **peut être appliquée aux personnes ne travaillant pas**...puisque concerne la gêne dans la vie de tous les jours.

L'incapacité totale de travail **se distingue de «l'arrêt de travail»**, qui ne concerne que les violences gênant l'activité professionnelle de la victime.

Les autres éléments médico-légaux importants sont :

- **L'état antérieur** est important à déterminer/
- Les caractéristiques d'une «**particulière vulnérabilité**» au sens du Code Pénal. Ceci est à préciser **quand il y a un signalement dans le cadre de personne vulnérable**.

5) Que fait-on du certificat médical ?

La remise d'une copie du certificat médical (45)

* à la victime hors réquisition

* à l'autorité judiciaire s'il y a réquisition (cf. secret de l'enquête)

Il est important de rappeler que le certificat médical n'est pas un préalable obligatoire au dépôt de plainte. Il peut être fourni a posteriori.

J. L'association SOS Femmes 13

Il m'a paru important de parler de cette association qui accueille toutes les victimes de violences conjugales (femmes et hommes) qui le souhaitent. Dans le cadre de cette étude, il était important de savoir s'il y avait un protocole d'orientation des victimes vers des médecins en particulier ou non. Les informations ont été fournies par l'association SOS Femmes 13.

1. Contexte historique

L'association SOS Femmes Marseille 13 (ancienne « **SOS Femmes Battues** ») s'est créée en **1976** dans un contexte particulier, celui de l'émergence du mouvement féministe.

C'est en **1992** que le **service d'écoute téléphonique national** est créé, « Violence Conjugale-Femmes Info Service » qui devient le **3919** en 2007.

2. Etat d'esprit

Le mécanisme des violences avancé par l'association est le suivant : La violence à l'encontre des femmes est un **problème sociétal**, lié au statut inégalitaire des femmes tout au long des siècles. Elles ne sont pas accidentelles. C'est en ce sens, que la violence entre conjoints devient une **responsabilité collective**. Par ailleurs, il existe **une autre approche du mécanisme** des violences conjugales : une approche **individuelle**, intra psychique.

3. Objectifs de la fédération

SOS Femmes 13 est un lieu-repère spécifique autour des violences faites aux femmes.

Les objectifs sont :

- Donner **la parole** aux victimes par **des lieux d'écoute**
- Favoriser **la sécurité** des femmes notamment l'hébergement (CHRS, ASELL)
- Proposer un **accompagnement spécifique favorisant l'autonomie**
- **Susciter les prises de conscience individuelles et collectives** et faire évoluer les mentalités et les comportements.

- **Faire des propositions auprès des instances politiques et des pouvoirs publics.**
- Assurer une **vigilance dans la défense des droits des femmes.**
- Développer **un réseau partenarial.**
- Participer en qualité d'expert à des **groupes de travail**

4. Organisation

Composition

1. Le conseil d'administration de SOS Femmes
2. L'équipe de SOS Femmes 13 comprenant :

La direction (une directrice et un adjoint de direction)

Et une équipe pluri-professionnelle composée de **travailleurs sociaux et éducatifs, de psychologue, psychothérapeute**, ainsi que de personnel administratif et technique.

Les lieux d'action : Marseille, Aix-en-Provence, Istres, et deux permanences à Aubagne et la Ciotat, Salon, Vitrolles, Port de Bouc, Martigues.

Dans des Maisons de la Justice (MJD), Hôpital, dans un commissariat à Aix en Provence.

Les deux CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) représentent un nombre de places d'hébergement de 39 places, insuffisant pour le département des Bouches du Rhône.

Les modes de financements

L'association reçoit **des subventions publiques** : Direction Départementale de la Cohésion Sociale principalement et d'autres financements. Des bâtiments sont mis à disposition gratuitement à Aix en Provence et Istres.

Les relations avec le corps médical

Il existe une convention avec l'hôpital Européen qui organise la présence d'une permanence de SOS Femmes dans cet hôpital et les professionnels de l'hôpital Européen adressent les victimes de violences conjugales à l'association. Toutefois les femmes victimes de violences conjugales qui n'ont jamais vu de médecin ne sont

pas orientées spécifiquement vers tel ou tel médecin. Il n'y aurait pas d'influence sur le parcours médical des femmes par l'association SOS Femmes.

K. Problématique

Nous l'avons vu les violences conjugales sont un problème de santé publique. Elles provoquent de nombreuses conséquences parfois graves sur la santé avec un impact imperceptible pour les médecins mais réel lors de leurs prises en charge.

Effectivement selon les études réalisées précédemment, il en ressort que les médecins généralistes disent voir peu de victimes de violences conjugales par rapport à ce qui serait attendu. Nous nous proposons dans cette étude qualitative observationnelle de tenter, à travers le discours de femmes victimes de violence conjugale, d'identifier les facteurs influençant leur parcours initial de sortie des violences qui permettent d'expliquer le manque de repérage de ses femmes par le médecin généraliste.

L. Question de recherche

Les femmes consulteraient-elles davantage les autres spécialistes, les urgentistes notamment ? Quels sont les facteurs influençant d'abord leur parcours et ensuite la communication médecin/femmes victimes ? En quoi consisterait la prise en charge de ses femmes.

M. Objectifs

Après avoir recherché à savoir quel est la place du médecin généraliste dans le parcours initial de sortie des violences conjugales des femmes qui en sont victimes, il s'agira de comprendre :

- Raisons du choix du 1^{er} médecin consulté en premier lors de la révélation des violences conjugales.
- Les freins et les facteurs facilitant de la communication médecin/patiente pour en déceler les clefs.
- Les attentes satisfaites ou non concernant la prise en charge pour trouver des solutions de prises en charge.

II. Matériels et méthode

A. Type d'étude

L'entretien individuel semi-dirigé fait partie des études qualitatives. Ce type d'études est adapté à l'analyse des phénomènes sociaux, la recherche de leur signification, la compréhension du contexte, et des sujets dans leur environnement (40).

Il a semblé être le type d'étude le plus approprié pour donner sens au parcours des femmes victimes de violences conjugales car de nombreux facteurs notamment subjectifs amènent ces femmes à parler ou à ne pas parler au médecin. Cette méthode ne cherche donc pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.

En pratique, le chercheur utilise un « guide d'entretien », i.e. une trame préétablie, évolutive au fil des entretiens en fonction des réponses données dans les entretiens précédents. Ce guide d'entretien est établi après une recherche bibliographique sur le sujet. Au cours des entretiens, des questions ouvertes sont posées afin d'inciter les participants à donner leur avis, leur ressenti... Elle permet une libre expression des participants sur les difficultés à parler au médecin et sur leurs ressentis par rapport à la prise en charge réalisée. Si des thèmes ne sont pas abordés spontanément par les participants, il est nécessaire de faire des relances. Par ailleurs quelques questions fermées étaient posées, d'où le nom d'entretien «semi-dirigé ».

Cette technique sert à faire émerger et tester de nouvelles idées, souvent inattendues pour le chercheur.

B. La population cible

L'entretien est proposé à toute femme ayant plus de 18 ans se présentant à SOS femmes 13 ayant été ou étant des victimes de violences conjugales quelle qu'en soit la nature (physique, psychologique, sexuelle et/ou économique).

Elles étaient informées de l'étude par :

- Affichage de posters, flyers
- Les différents acteurs de SOS femmes
- Intervention dans la salle d'attente de SOS Femmes , à toutes femmes, qu'elles soient venues pour la 1ère fois, suivie, ou accompagnatrice d'une autre femme également victime, ou bien venue prendre son courrier, que ce soit en urgence ou sur rendez-vous.

Avec possibilité de prise de rendez-vous à raison de deux après-midi par semaine.

Sur base de volontariat après avoir été informée sur le but et le déroulement de l'entretien :

« Etude dans le cadre d'une thèse de médecine générale pour connaître, comprendre leur parcours et leurs attentes par rapport aux médecins. Et même si elles n'ont pas vu de médecin, c'est intéressant de savoir pourquoi. Cette étude a pour but de savoir selon elle comment peut-on améliorer leur prise en charge par les médecins. L'entretien est anonyme, gratuit qui durera environ 30 minutes. »

L'échantillonnage est non probabiliste car volontaire (sur base de volontariat).

C. Nombre de sujets nécessaires

La taille de l'échantillon était déterminée par l'obtention de «saturation d'idées», définie comme le moment où il n'y a plus d'idées émergentes sur les derniers entretiens (40).

D. Réalisation du guide d'entretien

Ce guide d'entretien était constitué de deux parties :

1. Données démographiques : Caractéristiques des femmes qui pouvant influencer leur parcours médical et facteurs de risques reconnus par l'association canadienne de psychiatrie (26) et l'OMS (22) .
2. Parcours : plusieurs questions, certaines à choix multiples (à quel médecin avez-vous parlé en premier des violences conjugales) et d'autres questions courtes, ouvertes...

Notre guide d'entretien a été testé au cours des premiers entretiens et a ensuite évolué en fonction des idées qui ont émergé....

Ce guide était reproductible entre entretien, il devait amener les participants à soumettre leur vécu et ressenti. Aussi les questions les plus générales ont été posées en premier afin de familiariser la femme et les questions touchant au ressenti et au vécu plutôt vers la fin.

Concernant l'évolution du guide, Il y a eu des rencontres de mise au point avec les enquêteurs : quand un nouveau thème émergeait, il s'intégrait dans la nouvelle trame.

E. Le déroulement des séances

Dans cette étude, les entretiens ont été réalisés en face à face. Ils étaient, après accord oral des participantes, enregistrés sur un dictaphone. Ces enregistrements étaient anonymes.

Les questions sont posées et révélées au fur et à mesure de la séance.

La retranscription a été réalisée au décours des entretiens, le plus précocement possible : le verbatim.

F. Analyse statistique

Le support de notre analyse était le texte et les enregistrements audio.

Chaque participante s'est vu attribuer un nombre avec le numéro afin de garantir l'anonymat.

- Les caractéristiques de la population ont été décrites en termes de fréquence en nombre absolu et en termes de moyenne ou médiane pour les variables continues.
- Pour les données qualitatives, elles ont été classées en fonction de leur fréquence (de la plus élevée à la plus faible)

Toutefois, dans une étude qualitative comme celle-ci, une donnée même si elle n'a été exprimée qu'une seule fois, a la même valeur que si elle a été évoquée plusieurs fois (40).

Concernant les données qualitatives, la méthodologie choisie est l'analyse de contenu, la plus connue et la plus répandue (41).

Elle consiste à (42) :

- Retranscrire les données qualitatives
- Création d'une grille d'analyse, ici par codage ouvert

(Grille d'analyse construite au fil des entretiens et contrôlée par analyse verticale et transversale des verbatim)

- Coder les informations recueillies (répertorier en fonction des thèmes, regroupés ensuite en catégories)

La création de catégories d'analyse dans les procédures ouvertes doit répondre aux règles édictées par Berenson (1952) : homogénéité, exhaustivité, exclusivité, objectivité et pertinence

- L'analyse décrit le matériel d'enquête et en étudie la signification.

Nous avons choisi de s'intéresser seulement aux passages qui ont une signification « les idées clés », autrement dit par unité sémantique. Selon cette technique, il n'y a pas besoin d'une mise à plat exhaustive et une prise de notes suffit.

Le traitement des données est dit « sémantique ». L'analyse est conduite à la main, selon la démarche de l'Analyse de Contenu. Les études réalisées par les professionnels suivent souvent cette approche traditionnelle (43).

Nous avons enfin comparé les données avec la littérature afin de vérifier la pertinence de nos conclusions.

III. Résultats

A. Période de l'étude

L'étude a duré du 10 juillet 2014 au 13 janvier 2015.

B. Taux d'acceptation de l'entretien

Une quinzaine de personnes a refusé l'entretien (22,3 % des femmes au total). Pour la plupart, c'était une question de temps (aller chercher les enfants à l'école), mais 5 pour des raisons personnelles qu'elles n'ont pas voulu exposer.

C. Durée des entretiens

La durée des entretiens allait de 20 minutes à 2 heures 20.

Il a fallu en moyenne 3 heures de retranscription pour 30 minutes d'enregistrement.

D. Taille de l'échantillon

57 entretiens ont été menés : 4 ont été sur rendez-vous et le reste les femmes étaient interpellées dans la salle d'attente de SOS femmes ou au décours d'un rendez-vous avec un des intervenants de SOS Femmes.

Sans enregistrement : 7 car 3 car refus «ma voix n'est pas belle aujourd'hui » ou « je ne parle pas bien le français » et 4 pour problème matériel.

E. Caractéristiques de la population

L'analyse de la population a pu être réalisée grâce à l'élaboration d'un questionnaire quantitatif. La plupart des caractéristiques retenues sont celles des facteurs de risques reconnues par l'OMS et l'association des psychiatres du Canada.

1. Age

La médiane est de 38 ans. L'intervalle interquartile (comprenant 50 % de la population) est de 33 à 48 ans. L'âge minimum de 23 et maximal de 67 ans.

Sur la répartition des femmes par tranches d'âge : la tranche 30-39 est la plus représentée suivie des 40-49 puis des 50-59. Viennent ensuite par ordre décroissant les 20-29 ans et les plus de 60 ans.

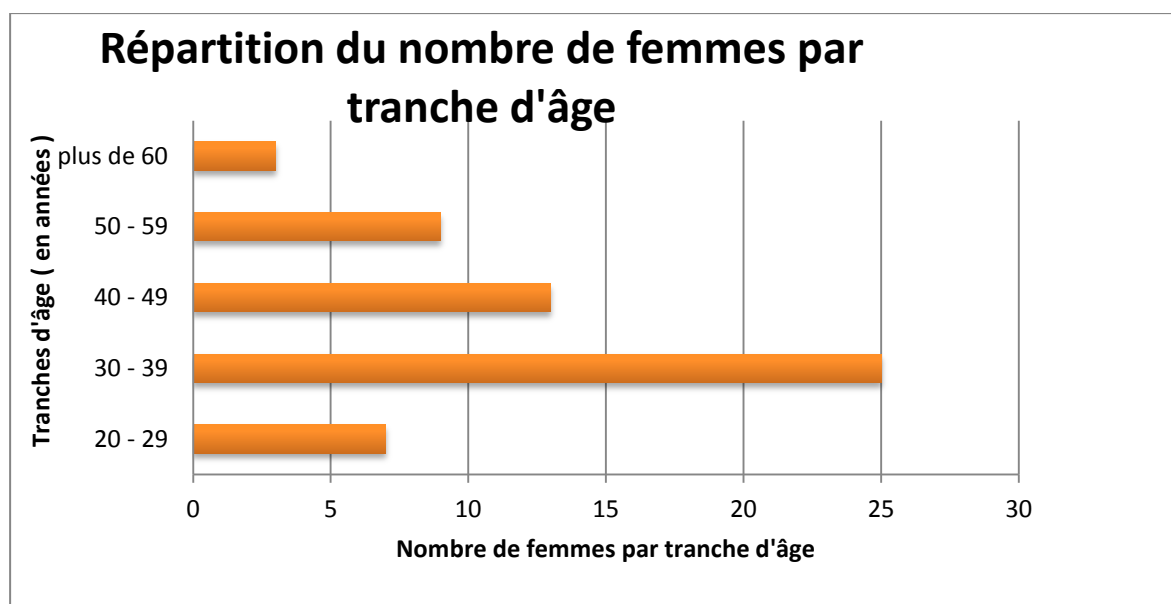


Figure 1

2. Statut marital

Sur l'ensemble des femmes : 75,4% des femmes interrogées sont séparées de leur conjoint violent et 24,6% étaient en couple au moment de l'étude.

Six femmes ont ensuite été exclues du calcul de la répartition du statut marital car, du fait qu'elles ont eue plusieurs conjoints violents, elles avaient alors plusieurs statuts maritaux à la fois. Pour plus de simplicité et d'exactitude, nous ne les avons pas prises en compte dans la répartition du statut marital des femmes. La description de ces femmes a tout de même été faite ci-après.

Sur 51 femmes :

Mariage : **66,7 %** (34 femmes /51) des victimes avaient été ou sont engagées dans un mariage civil ou religieux :

- 58,8% (20 sur 34 femmes) de ces femmes sont encore mariées au moment de l'enquête, i.e. 39,2% (20 femmes /51) du total des femmes interrogées.
→ 35% d'entre elles (i.e. 7 femmes/20) ont quitté le domicile conjugal sans pour autant être en instance de divorce

Soit sur la totalité des femmes, 13 femmes sont mariées et non séparées (25,5%) :
Pour plusieurs femmes, alors qu'elles voudraient divorcer le mari refuse (Femmes 4, 15,27)

- 14,7% de ces femmes sont en instance de divorce (5 femmes sur 34)
- 26,5% sont divorcées (9 femmes sur 34)

Autres unions : 33,3% (17 sur 51) des femmes sont ou ont été dans une union autre que le mariage avec :

- 17,6% de compagne (9 sur 51)
- 13,7% concubine (dont une homosexuelle) (7 sur 51)
- 2% de pacsée (1 sur 51)

94% d'entre elles étaient séparées du conjoint violent. Soit, dans seulement 6% (1/17) des cas. Autrement dit 2% (1 sur 51) sur la totalité étaient en couple avec le conjoint violent contre 25,5% chez les femmes mariées.

On remarque que la proportion de femmes en couple au moment de l'étude est majoritairement les femmes mariées.

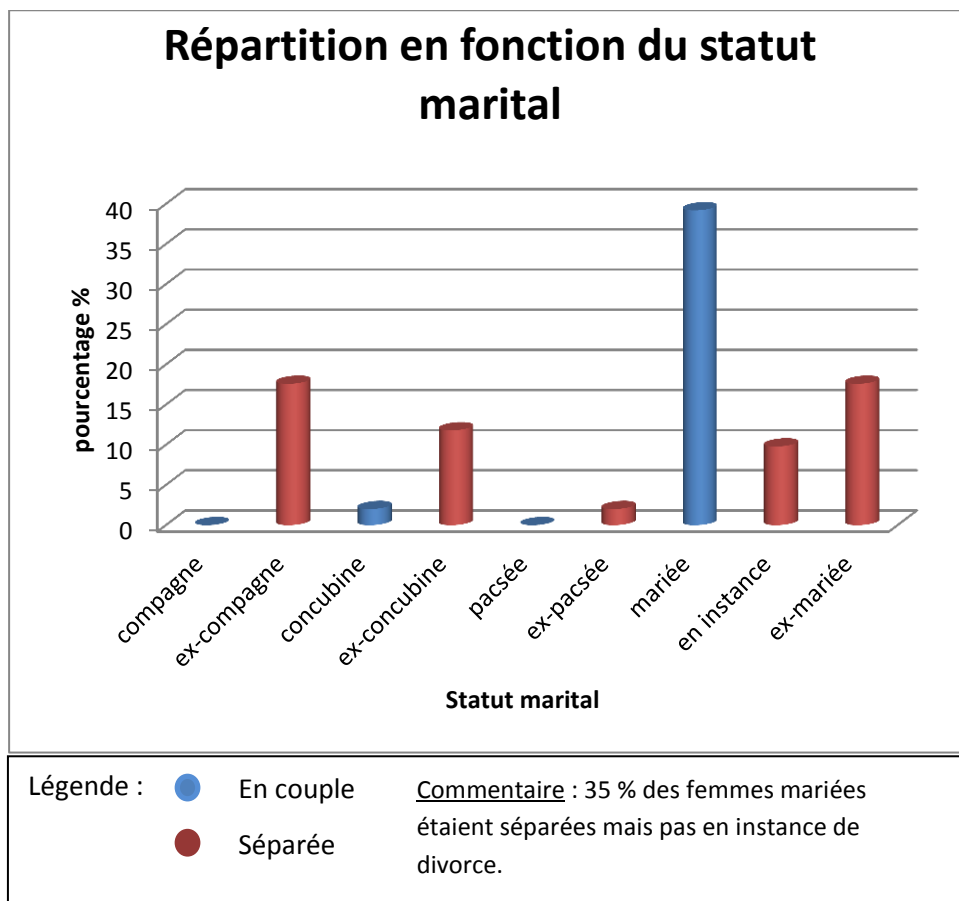


Figure 2

6 cas particuliers : plusieurs conjoints violents (10,5%) :

Pour ces femmes, les conjoints violents sont ou ont été :

Les femmes 3 et 34 : ex-mari et ex- compagnon

Les femmes 41 et 55 : ex-mari et mari.

Concernant la femme 55, les deux hommes exerçaient leur violence de manière concomitante.

La femme 9 : « ses ex » dont elle n'a pas précisé les liens et l'homme avec qui elle était pacsée.

La femme 28 : 2 compagnons. Elle avait été mariée auparavant mais le mari était non violent.

3. Nombre d'enfants (dont en bas âge)

La médiane du nombre d'enfant par femmes est de 2 (de 0 à 5 enfants maximum), autrement dit 67% (38 sur 57) des femmes avaient entre 1 et 2 enfants.

Les familles nombreuses (au moins 3 enfants) représentaient 21,1% (12/57).

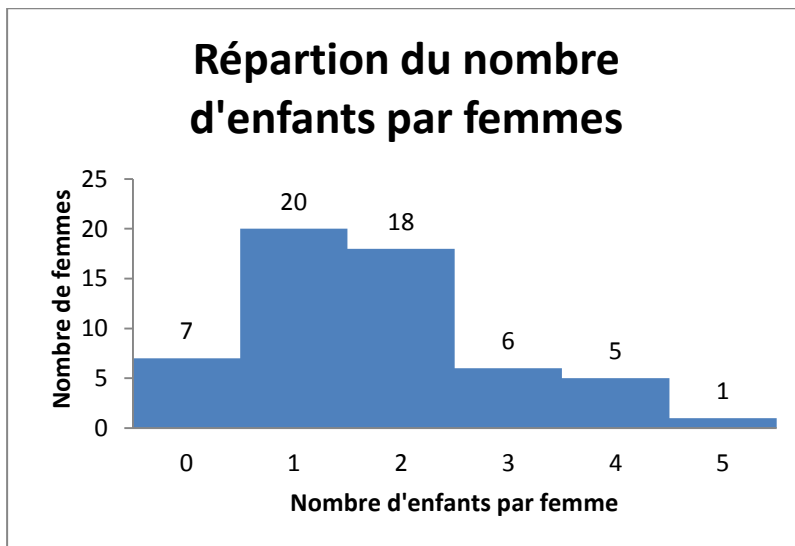


Figure 3

35,1% (20 sur 57) ont au moins un enfant en bas âge, c'est-à-dire dont l'âge est inférieur à 3 ans (dont 20% en avaient deux en bas âge, i.e. 4 sur 20 femmes).

Une seule femme était enceinte.

Une femme n'avait pas d'enfant à elle, mais avait deux enfants de sa sœur à charge (pathologie psychiatrique).

Des femmes avaient des pères différents pour leurs enfants (la plupart différentes de celles ayant eu plusieurs conjoints violents : les femmes 15, 39, 42, 50. Les femmes 9 et 41 avaient des différents pères pour leurs enfants et plusieurs étaient violentes).

4. Lieu d'habitation

3,5% (2 femmes sur 57) n'ont **jamais vécu avec le conjoint violent**.

Ces deux femmes ont été exclues de la suite des calculs puisqu'il n'y a pas eu de domicile conjugal pour elles.

Parmi celles qui ont eu une période de vie commune avec le conjoint violent :

❖ **74,5%** (41 sur 55) des femmes ont **quitté le domicile conjugal** au moment de l'enquête avec :

- 47,2% (26 sur 55) vivaient dans leur propre domicile dont 19,2% (5/26 femmes) est l'ancien domicile conjugal.
- 27,3% (15 sur 55) n'avaient pas de domicile personnel :

- 16,4% (9 femmes sur 55) chez un tiers (famille, amis, collègue de travail)
- 7,3% (4 sur 55) dans un foyer
- 1,8% (1 sur 55) à l'hôtel
- 1,8% (1 sur 55) étaient SDF

❖ **25,5%** (14 sur 55) vivaient **au domicile conjugal** au moment de l'étude.

Quelquefois, malgré qu'elles soient séparées du conjoint :

- *Femme 2* : en instance de divorce, elle vit au domicile conjugal. « Tant que le divorce n'est pas prononcé, il ne veut pas partir... ». Ce qui était aussi le cas pour la femme 54.
- *Femme 10* : séparée psychologiquement de l'homme avec qui elle s'est pacée, elle et lui vivent toujours sous le même toit.
- *Femme 28* : le bail est aux deux noms, elle ne veut pas partir tant qu'elle n'a pas un autre logement (parfois hébergé par ex-mari non violent), ce qui se comprend d'autant plus qu'elle a été SDF une partie de sa vie.

Inversement des femmes sont séparées physiquement (lieux d'habitation différents) mais pas encore en instance de divorce (refus du mari souvent) :

- *Femme 4* mariée, elle vit dans le studio que le couple possède. Le mari cache à l'entourage leur séparation et refuse le divorce.
- *Femme 6* mariée encore mais vit chez ses parents
- *Femme 8* mariée, mais vit en foyer d'urgence n'a pas eu le temps de faire les démarches.
- *Femmes 23, 37, 43* mariées, vivant en foyer, souvent car la séparation date de quelques jours à quelques semaines
- *Femme 33* mariée, vivant chez un tiers
- *Femme 47* mariée, mais séparée vivant dans son propre domicile

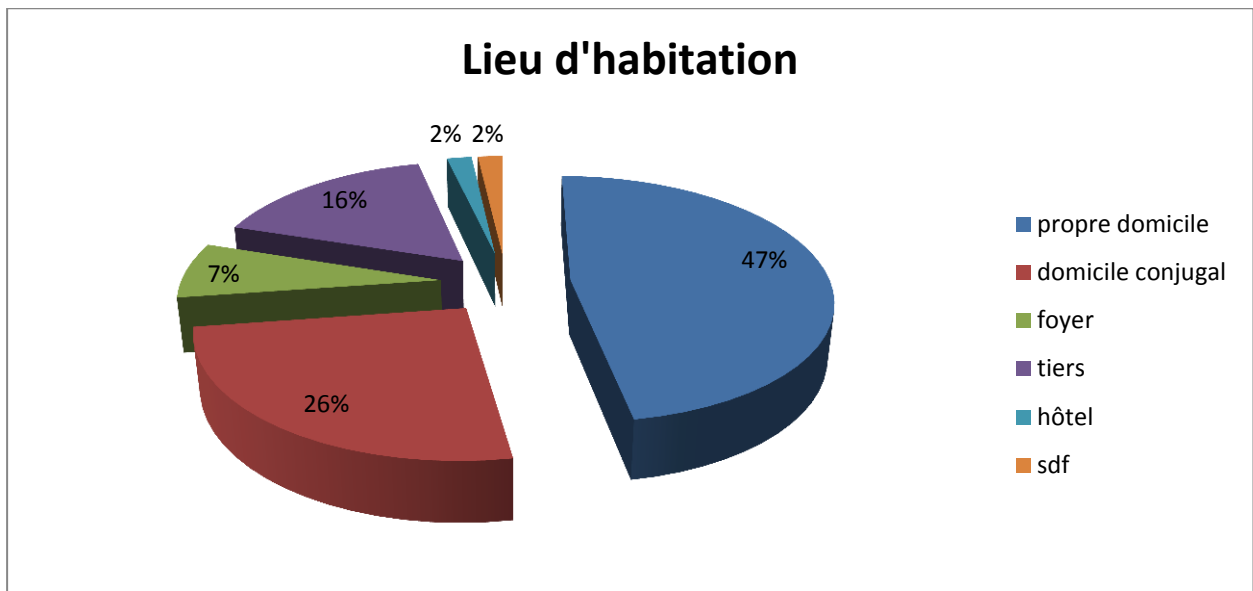


Figure 4

5. Niveau d'étude

Un bas niveau d'étude est défini par l'INSEE par des études arrêtées au-delà du collège voire jusqu'en 1^{ère} et sans obtention de diplôme professionnel.

Les femmes, dans 18% (10 sur 57) des cas, avaient un niveau d'étude bas. Tandis que le chiffre s'élevait à 21% (12 sur 57) chez les auteurs de violences conjugales.

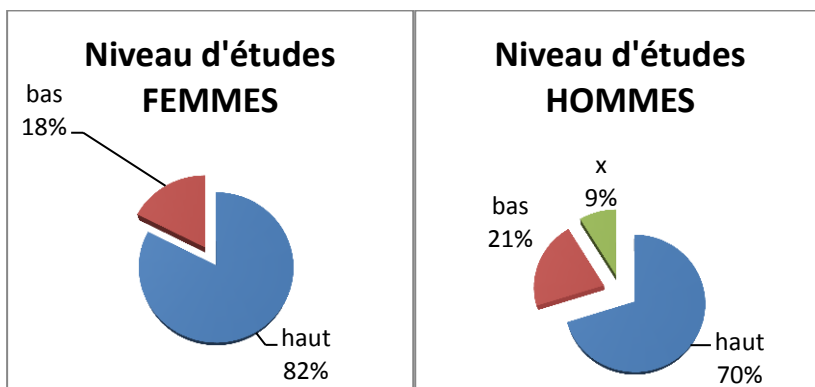


Figure 5

Figure 6

Il y a 9% de données qui n'ont pu être recueillies (5 conjoints) : parfois elles ne savent pas «il cachait beaucoup de choses», parfois elles n'ont pas répondu car voulaient compléter une réponse précédente...et la question du niveau d'études n'a pas été posée.

Femme 31 : «j'ai fait l'erreur de faire plus d'études que mon mari. Il ne le supportait pas...Tant que j'étais étudiante c'était valorisant pour lui. Dès que j'ai eu mon diplôme de psychologue, il a été beaucoup plus violent ».

6. Le travail

46% (26 sur 57) des femmes ont un travail, versus 74% des hommes (42 sur 57). Pour les conjoints, 2% des données ont été omises (1 conjoint).

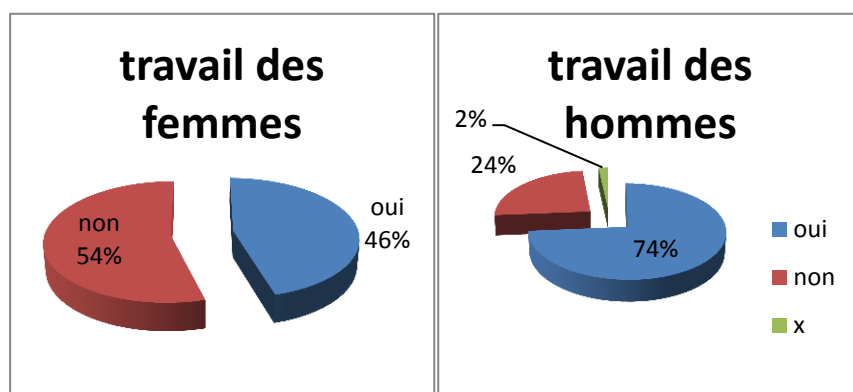


Figure 7

Figure 8

a) Parmi celles qui possèdent un travail, 6 étaient en arrêt de travail. Toutes le relient aux violences conjugales :

- En période de séparation pour protéger l'enfant (peur du kidnapping par le père)
- Dépression
- Pathologie chronique déséquilibrée (diabète avec malaises...)
- Suites de couches compliquées (séparation à l'accouchement)

Femme 3 «en arrêt actuellement je ne peux pas travailler, je ne suis pas bien ...il faut que je trouve un lieu de vie... j'ai peur, tout le temps mal à la tête, des vertiges...».

b) Les femmes n'ayant pas de travail ou ayant perdu leur travail estiment que c'est la cause du conjoint dans 1/3 des cas (19 sur 57) : c'est une donnée qui n'a pas été recherchée mais qui ressort dans cette étude. Une seule donnée n'a pu être retrouvée.

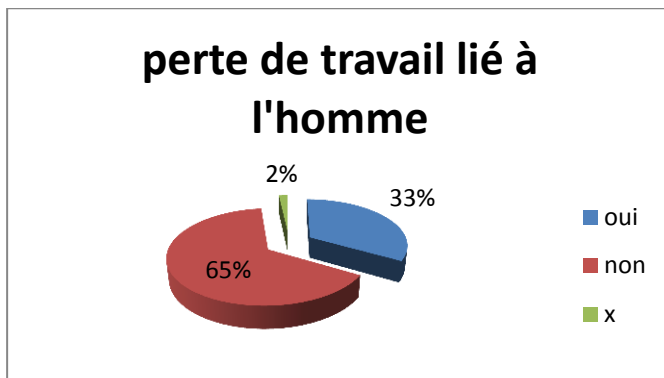


Figure 9

- Employeur (pour de 2 femmes)
 - Soit témoin des violences pour la femme 2. Celle-ci est assistante maternelle, la mère alors employeur lui avait confié son enfant.
 - Soit victime directe du mari violent pour la femme 46 lors d'une visite avant que la femme accueille un enfant placé à son domicile dans le cadre de sa fonction (famille d'accueil).
 - Interdiction de sortir voire séquestration pour 8 femmes.
 - Refus qu'elle travaille ou contrainte travail (7 femmes): freins à son projet de création de son entreprise, autorisation à travailler comme caissière mais pas comme psychologue, ce pour quoi elle s'est formée, contraintes vestimentaires et horaires ce qui a conduit la femme 44 a donc changé de poste puis a perdu son travail.

Femme 31 : «c'était pas «je t'interdis de» mais par des moyens détournés... «C'est pas le bon moment». «La seule chose qu'il voulait que je fasse c'est caissière...alors que je suis diplômée en psychologie...Tout ça que dans les mots... à la fin je cherchais un boulot de caissière».

- Déménagement secondaire à la séparation pour 3 femmes (30, 48, 51) et d'autres l'ont perdu en emménageant avec lui (immigration...pas d'équivalence de diplôme notamment, barrière de la langue, et rarement absence de papiers).

7. La grossesse

Femme 57 : «Normalement pendant la grossesse les femmes s'énervent. Là c'était le contraire, je faisais tout pour ne pas l'énerver...même si parfois il me traitait comme une princesse. Il était lunatique. C'était tout ou rien».

a. Facteur déclenchant

13 femmes n'avaient pas eu de grossesse en commun avec le conjoint violent.

Sur 44 femmes, 18% (8 femmes) estiment que les violences se sont déclenchées pendant la grossesse.

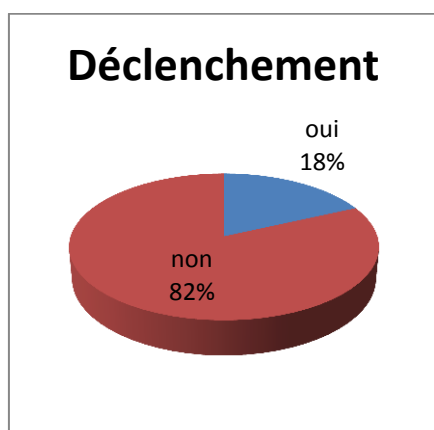


Figure 10

b. Facteur aggravant

N'ont pas été prises en compte, les 13 femmes qui n'avaient pas eu de grossesse en commun avec le conjoint violent et 6 autres femmes car les violences se sont déclenchées durant l'unique grossesse.

32% (12 sur 38) des femmes estiment que les violences se sont aggravées pendant la grossesse, notamment par le passage aux violences physiques.

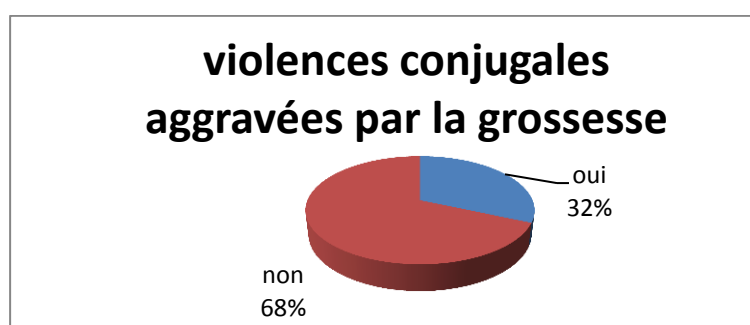


Figure 11

Exemples :

Pour la femme 12 «il a fait beaucoup de choses pour faire sortir le bébé, la grossesse, c'est le pire».

Pour la femme 30, perte de la grossesse (5 mois) au décours de violences physiques.

Pour la femme 42 : «il m'a frappée alors qu'elle était enceinte, mais il n'était pas le père».

Pour la femme 10, «quand je lui ai dit que j'étais enceinte, il m'a dit d'avorter, il s'est levé et m'a mis une claque ».

Pour la femme 41, «pendant les grossesses, il faisait attention au bébé quand il frappait ».

Pour la femme 45, il n'y a pas eu d'aggravation mais elle s'est éloignée du mari pendant la grossesse par rapport aux violences conjugales et a demandé le divorce mais sa famille l'a dissuadée, «ce n'est pas bien ta fille va rester sans père »...

Contre exemples :

Femme 13, «ce n'est pas la grossesse, c'est lui qui a un problème c'est lui qui devrait consulter le psy».

Femme 25, «les grossesses étaient « des moments de relative paix ».

Femme 32, «c'étaient des moments de joie, compliqués parce que la relation est compliquée mais avec de l'amour».

Nuance : Ça serait plutôt que la perception de la femme sur la relation change avec l'arrivée d'un enfant pour une femme.

c. Post-partum

Des violences ont pu être aggravées au décours de l'accouchement (dans les 12 mois, durée considérée dans les autres études) selon 16% (7 sur 44) des femmes.

Pour la femme 31, il n'y avait pas d'aggravation mais elle ne les acceptait plus : «c'est plus après l'accouchement, que c'est devenu insupportable... c'est plus ma vision qui a changé... ». «De plus ça n'allait pas du tout après l'accouchement, les

gens associaient tout de suite ça au baby blues...toutes ces violences les gens ne l'entendaient pas... ».

Femme 40 : «ce n'est pas le baby blues, ce sont les violences ».

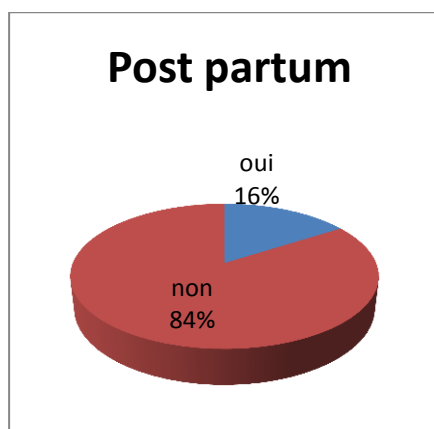


Figure 12

8. Consommation de toxiques (médicaments, drogues, alcool)

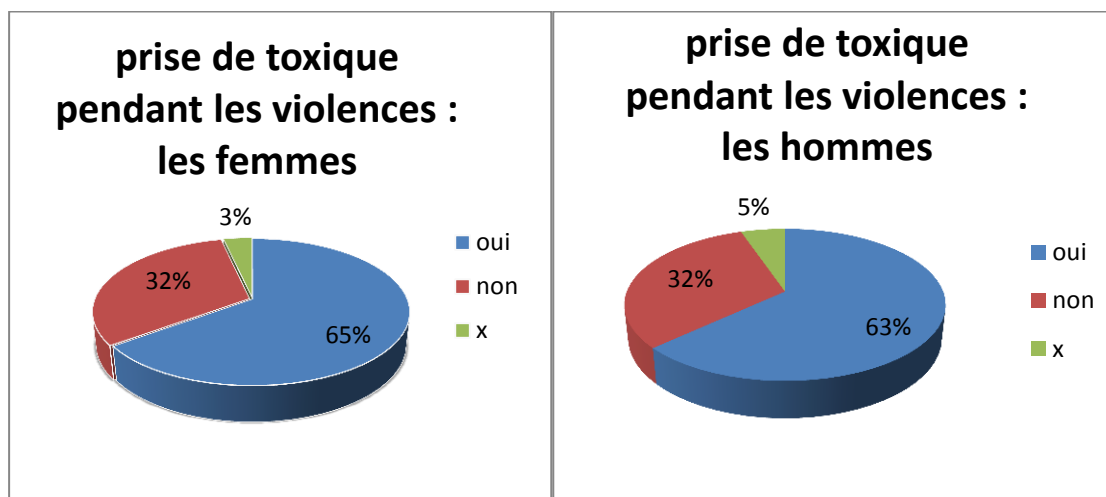


Figure 13

Figure 14

Parmi les femmes interrogées : 65% (37 sur 57) des femmes consomment des médicaments, alcool et/ou des drogues. Pour 2 femmes (3%) les données sont restées inconnues : ces questions ont été posées en fin d'entretien, une était pressée et a dû partir, une autre voulu revenir sur d'autres questions pour les compléter.

Sur la totalité des femmes :

- 59,7% (34 sur 57) consomment des médicaments (antalgiques, anxiolytiques et antidépresseurs)
- 12,3% (7 sur 57) de l'alcool au-delà de l'occasionnel
- 7% (4 sur 57) consomment de la drogue (essentiellement du cannabis)

Les toxiques pouvaient être associés : médicaments et alcool pour 3 d'entre elles

Alcool et drogues pour 3 d'entre elles.

Médicaments, alcool et drogues pour l'une d'entre elles.

L'alcool ou la drogue n'étaient jamais consommées isolément. L'association de médicaments et drogues n'a pas été retrouvée dans notre échantillon.

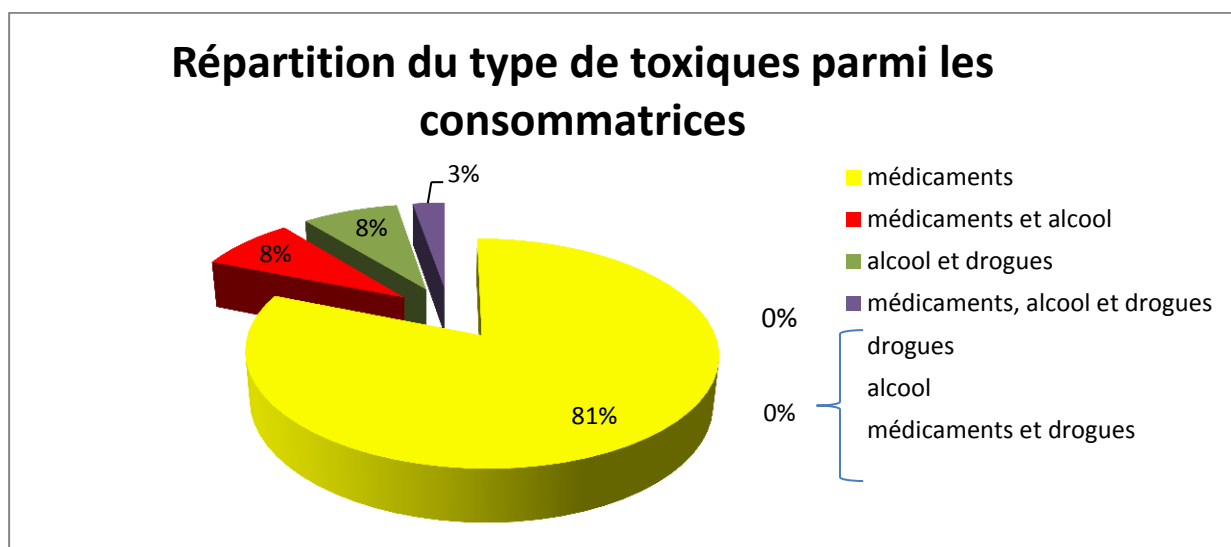


Figure 15

Les auteurs de violences conjugales consomment des « toxiques » dans 58 % (33 sur 57) des cas et 3 inconnues sur 57 (données omises ou les femmes ne savaient pas).

Sur l'ensemble des conjoints :

- Alcool : 52,6%(30 sur 57)
- Drogues : 19,3% (11 sur 57)
- Médicaments 14% (8 sur 57)

Les auteurs de violences conjugales sont plus enclins à consommer de manière excessive de l'alcool et notamment tendance à l'associer à des drogues

(essentiellement le cannabis). Peu consomment de médicaments. La prise de médicaments des hommes est peut être sous-estimée par les femmes car plusieurs disent ne pas savoir s'ils en prennent (« il ne dit rien, il cache tout »).

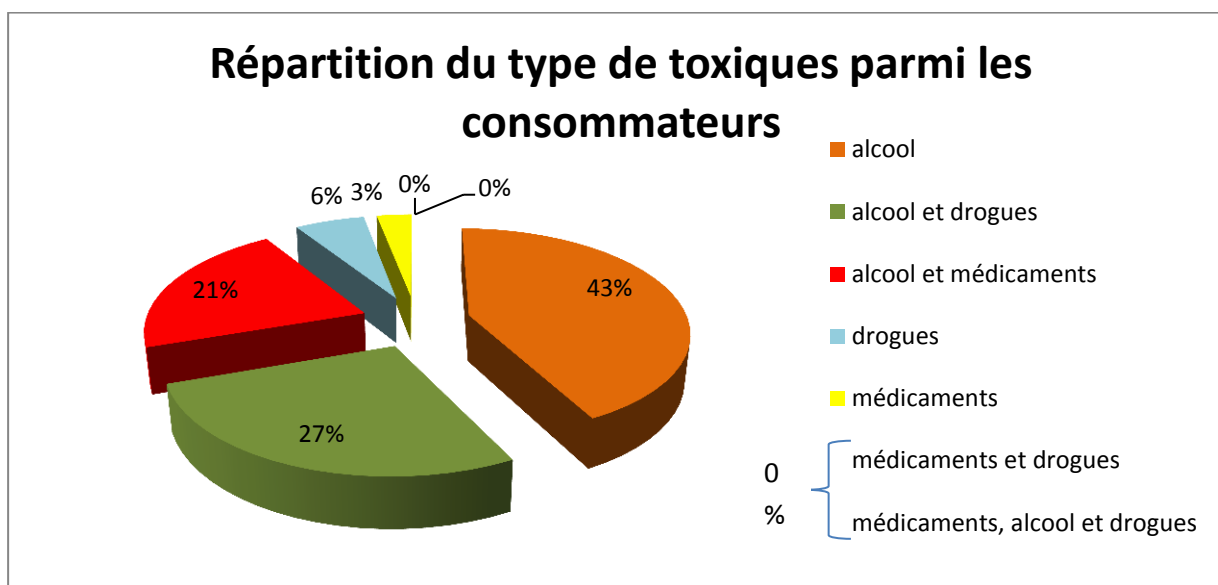


Figure 16

Exemples :

Femme 3 : «le premier buvait de l'alcool, le deuxième c'était la drogue, pas de chance !».

Femme 4 : «il avait une fâcheuse tendance à mélanger alcool et médicaments et à prendre le volant après».

Femme 13 : «c'est l'alcool qui a amplifié un état latent ».

Femme 16 «il avait l'alcool mauvais».

Femme 20 : «focalisation sur la bouteille et m'incitait à en consommer».

Femme 56 : «il buvait de l'alcool mais il y a eu un passage d'un an sans alcool (5 prières/jours et mosquée) mais faisait des excès avant et après cette période».

Femme 57 «il disait qu'il buvait à cause des disputes».

9. Handicap

14% (8 sur 57) des femmes étaient déclarées « handicapée ».

Les causes sont :

- Poly-pathologie (Hashimoto, glaucome, SAOS, purpura, angor de Prinzmetal, arthrose...une maladie auto immune, notion d'hépatite, grossesse compliquée de toxémie gravidique)
- Sclérose en plaques.
- Lupus érythémateux disséminé
- Séquelles post accident de la voie publique (arrachement de membre...)
- Pathologie psychiatrique
- Lombo-sciatalgie invalidante
- Arthrose invalidante
- Diabète compliqué

10. Immigration

Sont considérées comme immigrées les femmes nées hors France.

56% (32 femmes sur 57) ont immigré en France.

Pour la moitié, elles viennent du Maghreb. Pour un quart d'entre elles du reste de l'Afrique (Cameroun, Sénégal, Cap Vert...), deux de l'île Maurice, une du Pérou, une du Japon, une arménienne, une turque et une russe.

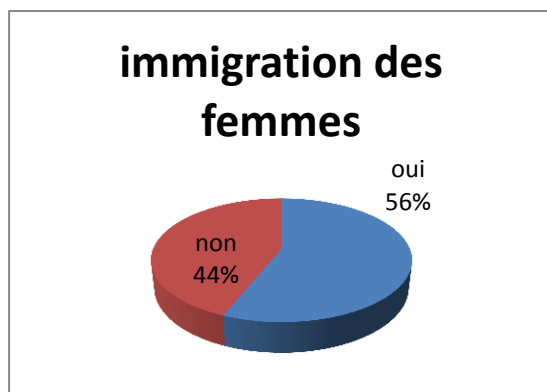


Figure 17

11. Antécédents personnels et familiaux de violences conjugales

- 38,6% (22 sur 57 avec 4 inconnues sur 57) avaient été témoins de violences conjugales :

Principalement les parents, où très majoritairement c'est l'homme qui est violent mais il y a un cas où la mère est l'auteure des violences.

Viennent ensuite une tante ou une ou plusieurs sœurs. Il y avait un cas où c'était les grands-parents.

- 36,8% (21 sur 57 avec 5 inconnues sur 57) avaient subi une forme de violences dans l'enfance : de la part des parents (violences physiques ou abandon), dans les mêmes proportions par le père ou la mère.

Puis beaux-parents et ex-conjoint.

2 cas où les violences dans l'enfance étaient dues à un frère ou sœur (sans que les parents réagissent, exemple où une mère était dépressive).

2 agressions sexuelles dans l'enfance : attouchement sexuel par voisin, viol par un instituteur.

Une ne voulait pas en parler.

Une dernière cause est le terrorisme qu'elle a subi en Algérie.

- 52,6% (30 sur 57 avec 3 inconnues sur 57) ont un antécédent familial ou personnel

- 19,3% (11 sur 57 avec 2 inconnues sur 57) ont un antécédent familial et personnel.

Celles qui n'ont pas d'antécédents familiaux.... :

Femme 28 : «je n'ai pas connu ça. Mon père il n'était pas violent. J'ai eu une enfance heureuse. Je suis tombée de haut, je ne savais pas que cela existait ».

Femme 24 : «je me suis retrouvée dans une situation où j'aurais dû être en alerte car justement je ne connaissais pas ça. Je ne pensais pas que cela pouvait m'arriver. J'étais victime de sa position de victime, de pauvre immigré».

12. Type de violences

Dans l'ensemble des femmes interrogées :

100 % ont subi des violences psychologiques

89,5% des violences physiques (51 sur 57)

66,7% des violences économiques (38 sur 57).

36,8% des violences sexuelles (21 sur 57)

Les femmes victimes de violences conjugales ont toutes subi au minimum des violences psychologiques. Les autres violences s'y ajoutent. Autrement dit, il semble bien que les violences physiques, sexuelles ou économiques n'existent pas sans violences psychologiques.

Femme 32 «Quand vous avez un coup physique ça ne peut que vous impacter psychologiquement ».

La violence psychologique isolée est présente dans 3, 5 % des cas (2 femmes sur 57).

L'association de violences la plus fréquente est celle des violences psychologiques, physiques et économiques pour 20 femmes sur 57 (35%).

Ensuite 15 autres femmes sur 57 subissent en plus de violences sexuelles (26,3%)

La troisième association la plus fréquente est la violence physique et psychologique pour 11 femmes sur 57 (19,3%).

D'autres associations existent bien sûr :

- psychologique, physique et sexuelle concernant 5 femmes sur 57 (8,8%)
- psychologique et économique concernant 3 femmes sur 57 (5,3%)
- psychologique et sexuelle concernant 1 femme sur 57 (1,7%).

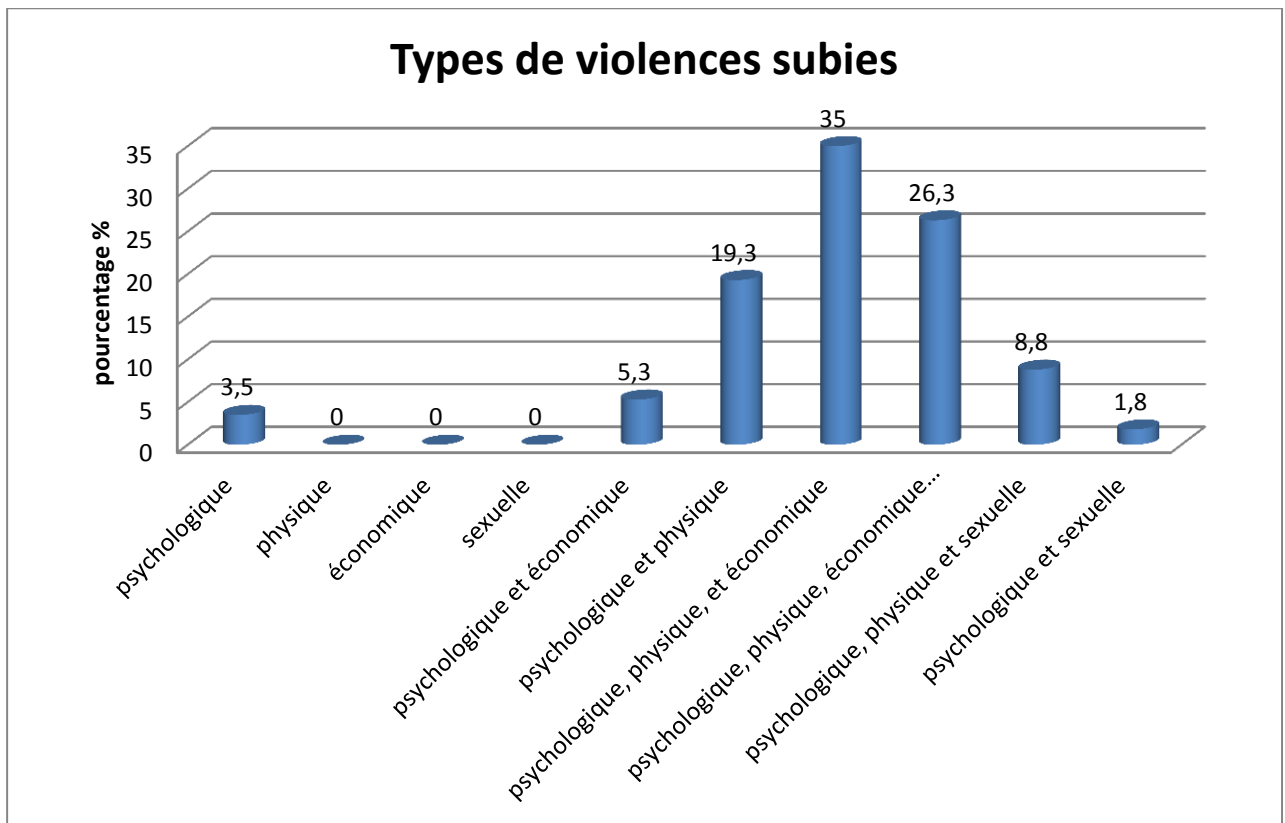


Figure 18

13. Durée des violences

La médiane est de 3 ans et pour 65 % des femmes elles durent depuis moins de 5 ans avec 22,8 % de la totalité depuis moins de un an. Le 1^{er} quartile est de 2 ans. Le 3^{ème} quartile est à 8 ans.

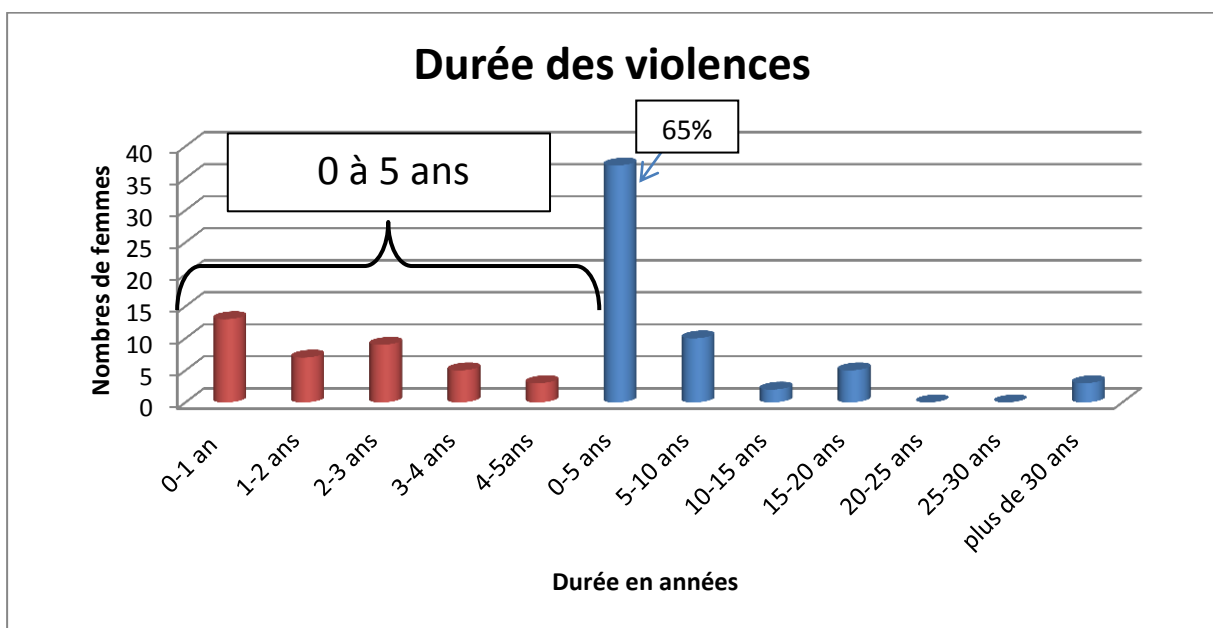


Figure 19

14. Temps mis pour en parler

46,% en parlent la première année. 25% des femmes en parlent dans les 3 premiers mois dont 1/3 dans la première semaine des violences. La médiane est de deux ans (intervalle interquartile : 3 mois - 3 ans et demi). Il avoir 3 périodes clef où les femmes parlent des violences quelles subissent : les trois 1^{er} mois, 6 à 8 mois, et à 1 an (Cf. annexe : graphique détaillé sur la répartition des durées sur la première année).

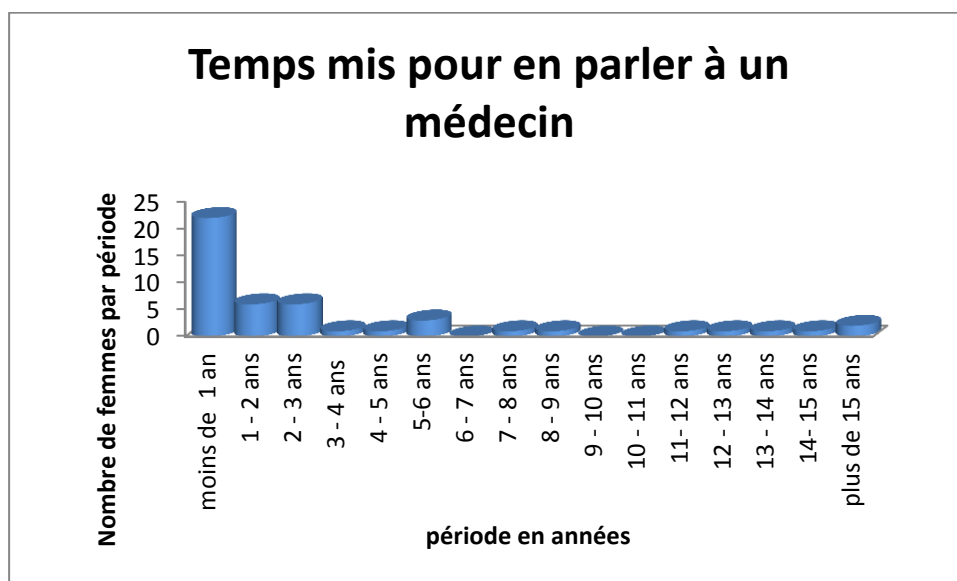


Figure 20

15. Temps depuis le départ du domicile conjugal

Parmi les 41 femmes qui ont quitté le domicile conjugal (74,5 % des femmes), elles l'on fait en moyenne depuis 1 an 6 mois et 20 jours (les valeurs extrêmes ont été exclues : 14 et 15 ans).

De manière plus juste la médiane est de 335 jours, autrement dit environ 11 mois. L'intervalle interquartile est de 1 mois et demi et 12 jours à 3 ans.

Parmi les femmes ayant eu une vie commune avec le conjoint violent :

- 67% (37 sur 55) dans les 5 premières années (soit 92,3% de celles qui partent)
- 40% (22 sur 55) pendant la première année
- 25,5% (14 sur 55) dans les 3^{ers} mois

Le fait de quitter le domicile conjugal n'est pas synonyme d'arrêt des violences conjugales, parfois bien au contraire (soit déclenchement soit recrudescence).

Pour une femme, les violences conjugales ont commencé après la séparation : psychologique, physique et économique.

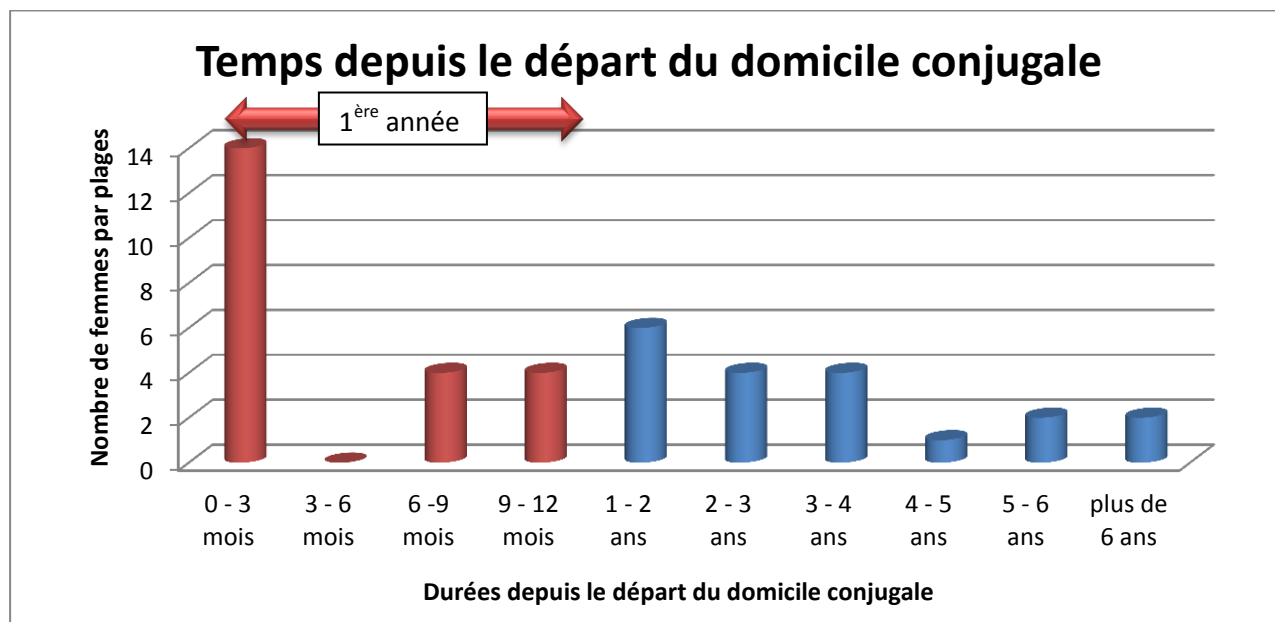


Figure 21

F. Accès au médecin

1. Avoir un médecin traitant

Les femmes ont un médecin traitant dans 89,5% des cas (51 femmes).

2. Le même que le conjoint ?

Dans 62,7 % des cas, le médecin traitant était le même que le conjoint, i.e. 32 femmes sur 51 (pour une femme, les données étaient incomplètes).

3. Changement de médecin traitant provoqué par les violences conjugales

Le changement de médecin traitant est une notion qui a émergé dans 22 entretiens sur 40 (55%). Les 17 autres femmes, les données n'ont pu être reconstituées a posteriori.

La raison principale est le déménagement à la séparation. Pour la femme 37 le médecin du foyer est devenu son médecin traitant

Selon plusieurs, les médecins ont été «du côté du mari » dont une qu'on peut qualifier réellement de non-assistance à personne en danger (d'après la femme 27). D'autres, le médecin connaissait la famille du mari sur plusieurs générations :

Femme 29 : «je suis partie plusieurs fois le voir avec des coups, il m'a jamais fait de certificats, il ne m'a jamais aidée en me disant voilà vous pouvez aller à SOS Femmes....Du médecin, j'attendais « allez y porter plainte », mais il a dit juste « voici les médicaments ça va passer » et je rentrais chez moi ».

Certaines ont été décues par la prise en charge du médecin car, le plus souvent, il est choisi par le conjoint :

Femme 55 «je ne l'estimais pas» ou bien la femme (54) en divorçant du mari a «divorcé» du médecin traitant. Malgré qu'elle n'ait pas déménagé, elle en a changé «j'avais envie enfin qu'on s'occupe de moi, j'en avais marre qu'il me parle toujours de mon poids».

Et dans le même état d'esprit : pour la femme 45 «depuis que je suis partie je n'ai plus envie d'avoir le même médecin traitant...Mais je n'en ai pas pour l'instant».

Le médecin exerçait à proximité du domicile conjugal :

Femme 52, le médecin habite sous le domicile conjugal...ne pouvait plus y aller, mais a essayé de le tenir au courant (mise dehors par la belle-mère qui a gardé son fils).

4. Pas de médecin traitant ? Pourquoi ?

6 femmes n'avaient pas de médecin traitant pour les raisons suivantes :

- interdiction de voir un médecin par le mari (lui en avait un) femme 9
- interdiction de sortir femme 27, et 15 (qui en avait avant d'emménager avec lui).

Femme 15 «je n'ai pas de médecin traitant ici car j'étais enfermée à la maison. J'avais l'interdiction de sortir ».

- habitude de consulter aux urgences (travaillait à l'hôpital) (femme 51).
- déménagement (3) loin du médecin traitant pour les femmes 3 et 15, ainsi que la femme 37 qui, venant de l'étranger, allait plutôt aux urgences car n'avait pas encore de couverture sociale à son arrivée en France.

5. Accès difficile ?

35,1 % des femmes disent accéder difficilement au médecin (20 femmes sur 57)

Les raisons avancées par les femmes sont les suivantes :

a. Facteurs extrinsèques

1) L'argent

Par manque de ressource du couple

Femme 40 : «On a des problèmes d'argent...le nouveau médecin ne me faisait pas payer, cela m'a beaucoup aidé».

Mais surtout par contrôle à l'accès aux finances

- soit elle n'a pas de ressource car elle ne travaille pas.

Nous rappelons que dans cette étude, 33% des femmes pensent qu'elles n'ont pas ou ont perdu leur travail à cause du conjoint.

Femme 14 «quand il y a une dispute, il bloque l'argent»

Femme 27 : «Il ne veut pas que je travaille. Il me donne de l'argent que si je fais sexe avec lui. Comme ça je peux aller acheter des courgettes, des carottes...».

- Soit malgré qu'elle travaille / ou c'est elle qui reçoit les aides sociales
 - car il détenait les moyens de paiement / de remboursement

Femme 38 «je dois quémander le chéquier».

Femme 8, «Il lui confisquait la carte vitale».

- car elle payait les factures et n'avait pas les moyens de payer la consultation chez le médecin

Femme 37 : «Je payais toutes les factures, et lui payait de moins en moins ».

Femme 21 «Je payais les charges du couple, je n'avais plus d'argent pour autre chose » (cf. invalidité pour Sep.).

Femme 3 «Il vole mon argent. C'est moi qui payais les loyers, les courses, il ne voulait jamais payer à la caisse. Il affirmait pourtant que c'est lui qui payait tout».

Femme 45 «Ce n'est pas toujours évident en fonction de période du mois», car elle payait toutes les factures.

- Remboursement des soins au conjoint quand elles sont ayant droit de celui-ci.

Femme 31 «Dès que j'ai eu le diplôme mais encore sans travail j'étais sous sa sécurité sociale, donc je payais il était remboursé même après la séparation».

Femme 49 «j'ai une petite retraite car je me suis occupée des enfants, en plus quand je paye c'est lui qui est remboursé».

La plupart des difficultés est concomitante à la relation. Mais aussi ces difficultés matérielles apparaissent ou s'aggravent après la séparation du fait de la perte de revenus liée à la séparation et du remboursement du conjoint quand il y a consommation de soins alors qu'ils sont séparés.

2) *Isolement*

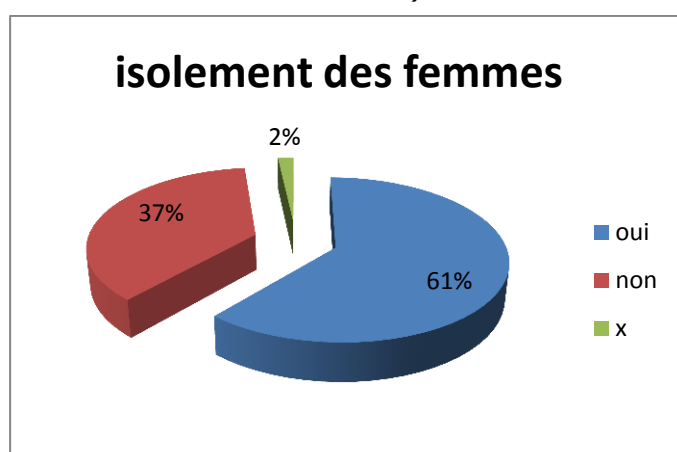


Figure 22

61% des femmes se sentent isolées :

❖ Par le conjoint

(a) *Interdiction de sortir voire séquestration*

Femme 9 «il ne me laissait pas voir le médecin. Quand j'étais malade, mon compagnon ne voulait pas me prendre chez le docteur. Il m'a dit « ça y est, tu restes comme ça et après ça va passer».

Femme 11 «les sorties étaient autorisées qu'en compagnie de ma belle-mère».

Femme 15 «je n'ai pas de médecin traitant ici car j'étais enfermée à la maison. J'avais l'interdiction de sortir».

Femme 20 : «quand il m'avait fracturé le pied, il n'a pas réagi et ne m'a pas amenée à l'hôpital. Je suis allée quelque jours plus tard chez le médecin généraliste car j'avais encore mal».

Femme 22 «il m'empêchait de voir le médecin».

Femme 27 «je ne pouvais pas sortir».

Femme 44 «il m'a séquestrée un soir, il m'a empêché de consulter aux urgences après qu'il m'ait frappée».

Femme 53 «je ne pouvais sortir comme je voulais. Seulement pour sortir le chien, chercher le courrier et ses rendez-vous (ceux de sa concubine)»

(b) *Jamais seule en consultation : le contrôle*

Femme 9 «il m'empêchait toujours de voir le médecin ou sinon il était toujours à côté de moi».

Femme 22, elle voyait le médecin généraliste seulement s'il l'accompagnait : «je n'étais jamais seule pour pouvoir parler du comportement de mon mari».

Femme 27 «jamais seule en consultation» «quand je devais aller chez le médecin il était toujours avec moi. J'avais beaucoup de problèmes de santé à cause des violences...des pertes de connaissance, des crises d'angoisse...».

(c) *Menace du conjoint si elle parle*

Femme 9 «il m'a menacé si tu parles, je te prends le bébé. Si toi tu parles tout le monde va te tourner le dos. Mes ex compagnons me disaient ça aussi qu'il m'enlèverait le bébé».

Femme 27 «si tu parles, je te tue».

Femme 39 «quand je parle de mes droits il devient violent».

Femme 9 «si tu parles je te prends ton bébé».

Femme 4 «si tu parles on te prendra pour un folle».

(d) *Appauvrissement de l'entourage*

Femme 8 «il ne me laissait pas avoir d'ami. C'est pas un truc comme «ne parle pas» mais plutôt «vaut mieux ne pas avoir d'ami ici, il ne faut pas se mêler des affaires des voisins, je ne voudrais pas les retrouver ici».

Femme 31 : «ce n'était jamais le bon moment pour voir les amis», «Quand on ne se parlait plus, il parlait à ma mère, la menaçait et que si elle gardait le lien avec sa mère il passera à l'acte».

Femme 49 «c'est le discours du mari face aux amis qui les a fait fuir».

(e) « Tu n'as aucun droit »

Femme 9 «ici en France tu n'as pas de droit tu es chez moi».

De même pour plusieurs femmes.

(f) Le déménagement

Femme 37 : «vraiment les problèmes ont commencé il y a un an à notre arrivée en France car il ne voulait pas que je fasse des cours de français, pas que je travaille, ni que je sorte ni que j'ai le RSA...En Allemagne non car j'étais toujours calme...je ne parlais pas l'allemand cela m'isolait».

❖ Par la belle-famille

Femme 19, sa belle-famille a dit que «ce n'était pas normal mais presque car je ne travaille pas et lui aurait aimé être à ta place, et s'occuper de son enfant et puis des baffes tout le monde en prend... ».

Une autre : sa belle-mère a eu un discours normalisant de la violence.

❖ Par sa propre famille

Femme 57 : «je ne suis pas soutenue sauf par mon père mais c'est sa faute que je suis dans cette situation, il frappait ma mère».

Représentation du rapport homme/femme : normalité de la supériorité de la femme par l'homme

Femme 3 «Ma mère m'a appris c'est ton mari, il peut te taper»

Une autre femme dit également : «ton père aussi me frappait, courage» et a alors elle s'est résignée, a pensé que les relations de couple sont comme ça. Elle n'avait donc pas réagi.

Problème nié ou minimisé

Femme 45 «il est très gentil ton mari" disait sa famille

Femme 3 «t'inquiète pas il ne le fera plus».

Tu exagères...

Femme 20, sa sœur était ambiguë : «tu te complais dans la victimologie».

Rejet

Femme 27 «tu divorces, c'est interdit de venir à Tunis».

Femme 51 «Ma famille m'a lâchée après le divorce».

Supporte !

Femme 49 sa sœur ; «supporte ferme les yeux parce que tu ne sais pas ce que c'est que d'être dans la galère, tu es bien tranquille ».

Femme 51, on lui disait «patiente», «mais moi j'étouffais du mot patienter», «la patience a des limites».

Loin de sa famille (cf. proportion d'immigrées)

Femme 2 : «mes parents sont loin, ils me manquent. Ici, je n'ai que la belle-famille».

Femme 3 «Je suis toute seule ici, c'est lui qui m'a emmenée en France. Ma famille est en Afrique».

Femme 31 : Elle a déménagé pour lui dans un petit village de campagne...

3) Distance géographique

Trop loin

Femme 15 : «mon médecin traitant était sur Paris. Si j'étais là-bas je serais allée le voir tout de suite».

Femme 16 : «loin de son médecin traitant car a déménagé pour les études » (cf. Gap)

Trop proche du domicile conjugal

Femme 52, le médecin habite sous le domicile conjugal. Elle a peur de croiser l'ex-conjoint.

4) Barrière de la langue

Femme 14 «ils m'ont posé des questions aux urgences mais je ne parlais pas bien français».

Femme 37: «En Allemagne pas de violence car j'étais toujours calme...je ne parlais pas l'allemand cela m'isolait».

Femme 40: «je ne parlais pas français... a parlé à un psychiatre, ami du mari car savait qu'il parlait anglais...mais il n'a rien fait».

Mais pour certaines de ne pas parler le français est une fausse barrière.

Femme 9 «j'avais des difficultés en français mais ça ne m'a pas empêché de parler » (mais les raisons citées ci-dessus).

Une autre femme dit tout simplement que : «même si tu ne parles pas français, tu sais montrer, te faire comprendre. Moi je cachais moi-même».

Femme 27 : le médecin était complice du mari : «Ne l'emmène pas à l'hôpital tu risques d'aller en prison » (cf. médecin appelé à domicile par le mari pour agitation de la femme après viol de sa femme).

5) Temps d'attente concernant notamment aux urgences

Femme 20 «On est épuisé par ce qui nous arrive, après les 4 heures d'attente commissariat, dans l'état où vous êtes c'est difficile...d'attendre encore chez le médecin».

Une femme voulait aller aux urgences mais avec son nourrisson ce n'était pas possible du fait du temps d'attente.

6) Pas de couverture sociale

Femme 35 Du fait d'un changement de régime secondaire à une fin de contrat de travail pendant le congé maternité.

7) Sans papiers

Femme 3 «Les gens disent « n'en parle pas, à cause des papiers».

Femme 27 «Je ne pouvais pas parler car je n'avais pas les papiers».

Femme 40 « je ne pouvais pas par exemple aller voir la police « je suis étrangère mais mon mari me frappe voilà ».

Femme 43 «Il a bloqué les papiers à la préfecture».

Femme 53 : elle n'avait pas de couverture sociale.

8) Impossibilité physique liée aux conséquences des violences

Femme 28 «il y a une fois j'ai mis 3 semaines avant de me relever du lit...A chaque fois qu'il me frappe parfois ce sont les douleurs de l'accident qui reviennent (cf. 8 côtes cassées, arrachement de membre supérieur) à cause des douleurs liées aux coups, ne pouvait sortir (retard consultation)»

b. Facteurs intrinsèques

1) Peur

Secret médical dans la famille, notion incertaine : peur des retombées

Femme 8, elle avait peur que le médecin en parle au mari. « Ça fait des années qu'il traite mon mari pour une pathologie psychiatrique, il a dû comprendre mais il n'a pas osé... »

Femme 53 «J'avais peur que ça retombe dans ses oreilles »

Femme 5 «j'avais l'impression que le médecin fait partie de ma famille (c'est lui qui choisissait le médecin traitant). Bon je sais que le médecin garde

«Le secret mais c'était le médecin de famille je ne voulais pas parler avec lui».

Peur de la rumeur

Femme 7 «ce sont mes problèmes il faut que je les résous. C'est mon mariage. Tout le monde n'est pas obligé de savoir ».

Femme 40 «c'est un petit village tout le monde connaît tout le monde...l'ancien médecin connaissait le mari mais j'avais peur et honte».

Femme 23 «je ne parlais pas pour que les gens ne sachent pas»

Femmes 43 «Si tu le dis à des amis, elles vont le dire au journal»

Crainte que le médecin soit du côté de l'homme : impression voire réalité.

Femme 7 « j'ai connu le médecin par le biais de mon mari. Je me suis dit peut être ce n'est pas la bonne personne, peut-être qu'il aura un parti pris. En fait c'est même le premier à qui j'aurais dû dire ».

Femme 29 «la famille de mon mari le connaisse depuis son installation. Il n'a rien fait pour moi. Quand j'avais des coups, c'était « du doliprane».

Peur qu'il ne fasse du mal à l'enfant s'il reste seul avec le conjoint pendant qu'elle est allée chez le médecin.

Femme 37, elle avait peur que son ex-conjoint kidnappe ses enfants, «ce qu'il a réussi à faire finalement ».

Femme 56, une fois est allée chez le gynécologue : «Ça s'est très mal passé, ça avait pris du temps et mon conjoint a dû garder notre fils plus longtemps que prévu. Quand je suis rentrée, le petit était sous la douche...froide ... il pleurait».

Crainte de la médecine

Femme 56 «je n'y vais pas souvent, je n'aime pas le corps médical, je n'aime pas être médicamenté».

2) Pas son habitude

Problème personnel :

- *Ne le concerne pas :*

Femme 3 «ce n'est pas son problème, c'est le problème à moi »

Femme 4 «ce n'est pas le problème du médecin»

Femme 16 «au départ c'était surtout psychique il ne peut pas donner des cachets pour ça»

- *Trop de respect*

Femme 23 «on a trop de respect pour le médecin pour le déranger avec des problèmes familiaux»

- *Pudique*

Femme 17 «je ne suis pas quelqu'un qui parle je garde tout pour moi»

Néglige sa santé

Femme 32 «je néglige un peu ma santé» «par pudeur»

Femme 45 «je n'y vais pas car je suis robuste à la douleur»

Femme 57 «je n'y vais pas trop même si j'en aurais besoin»

Pas l'habitude

Femme 48 «je ne suis pas très "médecin", une tisane et ça passe»

3) *Espoir de changement*

Femme 32 «je pensais que il n'y a que les imbéciles qui ne changent pas »

Femme 24 «j'étais restée bloquée sur l'accouchement. Il se rendra compte que c'est son enfant. Il verra que je ne suis pas une pute...alors que les choses empiraient. J'ai tout fait, j'ai continué à me taire pour que le père ait une relation avec son fils».

Femme 9 «j'étais en train de construire ma vie avec lui, les enfants. Je ne voulais pas tout casser. C'était un échec pour moi».

Mais une femme disait que même s'il espérait qu'il allait changer, il faut quand même se renseigner, faire les démarches. Il est toujours à temps de faire machine arrière.

4) *Honte*

Femme 2 «c'est un problème de honte, d'humiliation qui prend plus de place...»

Femme 22 «je n'aurais pas parlé de ça avant d'être sûre de partir, c'est la honte».

Femme 5 «j'avais honte, le médecin (psychiatre) c'était un marocain comme moi »

Femme 7 «ça me gêne d'en parler au médecin»

Femme 18 «la première fois que j'ai eu des problèmes, c'est difficile d'en parler, c'est la honte»

Femme 28, elle avait honte que son médecin traitant sache qu'elle est encore avec lui, «honte de mon œil au beurre noir ». «A ces moments-là vous avez envie d'être seule et ne pas voir de gens».

Femme 32 «par pudeur et honte je ne l'ai pas dit».

«Ce n'est pas un sujet dont on parle facilement on n'est pas fier car tout le monde a envie d'une vie harmonieuse ce n'est pas glorifiant de dire qu'on est victime de violences conjugales»

Femme 43 «parler de ça c'est difficile. C'est ma sœur qui a parlé à ma place»

« Honte de raconter ce qu'il m'a fait...les idées noires ...»

5) Ne savait pas à qui parler

Femme 2, «je ne savais pas que les médecins pouvaient prendre charge ça»

Femme 53 «je ne parlais pas par honte ou peur mais je ne savais pas à qui, personne n'était de confiance.

«Les femmes qui viennent en France ne connaissent pas leurs droits, les hommes le savent »

6) Jusqu'au retard de prise en charge voire refus de soin

Femme 4, «j'ai refusé l'hospitalisation en psychiatrie car je ne voulais pas de trace dans mon dossier, pour que cela soit utilisé ensuite. Déjà mon mari essayé de me faire passer pour une folle...devant les amies « chérie hein tu as bien pris tes cachets ? » (cf. parkinson....).

Femme 45, elle a refusé d'être hospitalisée en psychiatrie car n'avait pas les moyens et ne voulait pas devoir de l'argent au conjoint...

Femme 31, on lui avait préconisé une hospitalisation pour dépression en psychiatrie. Elle a refusé pour rester avec son enfant... Elle a été tout de même été suivie en hôpital de jour.

Femme 49, «j'ai dû négocier pour qu'il achète les médicaments pour le cancer, j'ai fait un peu la mendicante»

Femme 53, «j'avais mis ma santé entre parenthèse pour elle » (homosexuelle)

G. Le 1^{er} médecin consulté

47 femmes sur 57 en ont parlé à un médecin (82,5%).

Le médecin généraliste est le spécialiste consulté en première intention pour les violences conjugales (66 % avec 55 % de médecin traitant et 11% d'autres médecins généralistes). Viennent ensuite les urgentistes à 22%, puis le psychiatre 4%. D'autres spécialités sont également représentées : gynécologue, interniste, médecin légiste, médecin de l'enfant (ici rééducateur fonctionnel).

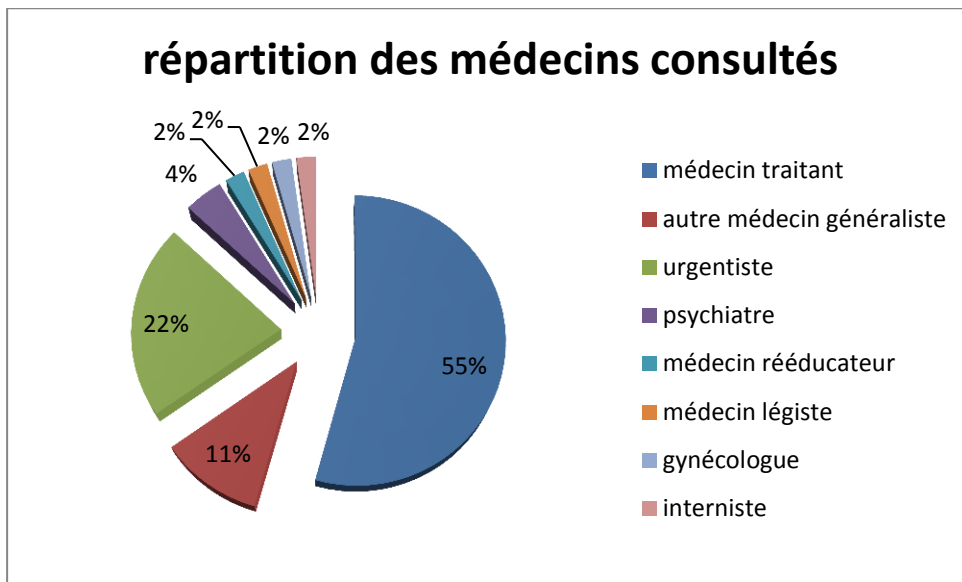


Figure 23

Les médecins généralistes qui ne sont pas le médecin traitant de la femme étaient :

- Le médecin traitant du conjoint, de l'employeur ou du foyer.

1. Facteurs favorisant la communication vers médecin généraliste

a. Le médecin traitant

1) *La confiance*

C'est la notion mise en avant par la quasi-totalité des femmes.

- Par sa position de médecin

Femme 21 «je ne me suis pas posée de question. Le médecin est là pour écouter et aider c'est son rôle».

Femme 6 «c'est plus facile que d'en parler avec sa famille».

Femme 12 «il me demande, je réponds c'est un docteur».

Femme 22 «le médecin avait compris comment il était mon mari, il était intelligent ».

Femme 29 «c'est le médecin traitant de la famille du mari. Ils le connaissent depuis son installation : « j'avais confiance en son rôle de médecin de *famille*».

Femme 42 «c'est lui qui me suit. Je lui fais confiance. Il a compris tout de suite que ça n'allait pas du tout ». « Ce n'est pas quelqu'un qui va parler de moi, il gardera le secret».

Femme 55 «le docteur a toujours été là pour moi, je l'estime, je le sens même si il est loin».

Femme 56 «il est compétent...»

En particulier, le médecin généraliste dit « de famille », faisant parti alors de la famille, du moins de l'entourage, probablement sait ce qui se passe dans le domicile conjugal. Le fait de penser qu'il ne sera pas choqué de l'apprendre et qu'elle sait que il la croira puisqu'elle n'est pas la seule à le dire, peut aider parfois :

Femme 12 «tout le monde est au courant»

Femme 13 «c'est un ami de la famille. Tout le monde est au courant»

- qualité de la relation

Femme 19, elle a une affinité avec ce médecin. Elle est allée annoncer la séparation : "Il y a plus que ce que vous me dites". Le médecin a certainement compris.

Femme 28 «j'ai confiance, il est gentil»

Femme 35, elle est retournée vers son ancien médecin traitant. « Les autres médecins s'en foutent de toi. Lui il est plus âgé, il a eu une autre formation. Il ne faisait pas que son métier de prescrire des médicaments mais aussi de la psychologie»

Femme 48 «le meilleur médecin qu'elle a connu»

Femme 49, la femme du médecin a eu un cancer du sein aussi...ça les a rapprochés.

Femme 50 «j'ai confiance, il a compris»

Femme 44, elle a su me mettre à l'aise. « Je me sens en sécurité avec elle. J'ai confiance, en plus on a beaucoup de point commun... elle me servait aussi un peu de psy... elle est toujours là pour moi. Elle ne m'a toujours fait que du bien. Elle m'a amené à parler. J'avais senti qu'elle avait vécu quelque chose de difficile aussi »

Du fait de cette relation privilégiée, en quête de solution, les femmes questionnent le médecin traitant sur leur vie de couple :

Femme 21 «je lui en ai parlé car je voulais sauver mon couple, pour trouver une solution... ».

Femme 22, elle voulait divorcer alors elle est allé voir son ancien médecin traitant «pourquoi tu prends tous ces traitements». Elle lui a parlé des violences puis «sois tu acceptes comme il est, soit tu pars» en insinuant qu'il faut partir...

Femme 56 «je voulais juste lui demander si ce qu'il pouvait présumer l'état de monsieur justifiait telle ou telle chose». Lui répond que «je sors un peu de mon rôle mais en apprenant ça, ce n'est pas normal ». Il m'a fait comprendre que j'ai perdu de la hauteur de la normalité.

- par liaison avec...

Femme 10, la mère du médecin est militante comme elle.

Femme 13, c'est un ami de la famille. » Je lui fais confiance, il est à mon écoute. Je savais qu'il allait me rassurer».

- Durée de la relation avec le médecin traitant :

Femme 43 «je le connais depuis 10 ans. Quand vous connaissez quelqu'un depuis si longtemps, il se passe quelque chose».

2) Disponibilité

Deux cas où le médecin exerce à proximité du domicile voire sous le domicile femme 21 et 28.

Femme 6 «plus disponible que l'hôpital » (comparé aux internistes qui s'occupent de son lupus).

Femme 57 «Chez le médecin généraliste il y a moins d'attente qu'aux urgences. » Elle voulait consulter un médecin au décours des faits, comme cela s'est passé le week-end, elle pensait aller aux urgences «mais avec un bébé de 8 mois ce n'est pas possible d'attendre». Elle est allée voir son médecin généraliste.

3) Le médecin pose la question

Sur des lésions physiques :

Femme 42, le médecin a découvert les bleus et a posé des questions. « Puisqu'il a vu je ne pouvais dire que j'étais tombée, ça ne correspondait pas »

Femme 41 « au début je cachais... le médecin posait des questions. Elle ne disait rien ou « je me suis cognée » puis j'ai commencé à faire des CMI en cachette. La vérité ne la gênait plus. J'en avais marre de prendre des coups ».

Sur des pleurs, insomnie :

Femme 49, il a posé des questions devant ses pleurs.

Femme 25 « je n'avais pas prévu de lui dire mais comme je ne dormais plus et ne mangeais plus... Il a posé certaines questions qui m'ont amené à parler. Le médecin savait que la séparation du couple était difficile... »

Femme 46 « il a vu à ma tête que j'étais fatiguée »

Femme 43 « il a posé la question j'ai tout raconté, je lui fais confiance. Mais j'avais peur de lui dire ce qu'il m'a fait et les idées noires, j'avais honte ».

Femme 26, le médecin a posé la question suite de la découverte de la bipolarité du mari.

4) Connait le mari, mais c'est un frein pour la majorité des femmes

Femme 20, parce qu'il connaît son mari elle s'est permise de demander au médecin un traitement et une prise de sang pour son mari concernant ses excès d'alcool. Le médecin : « Si quelqu'un n'accepte pas telle ou telle situation de son état je ne peux le conduire à ... ». Elle : « j'étais entendue mais concrètement pas de solution pour arrêter cette spirale infernale ».

Femme 13, dans son parcours, elle a contacté le médecin traitant du conjoint pour faire faire un bilan sanguin pour son conjoint car il buvait beaucoup. Pour que le conjoint « prenne conscience de son problème d'alcool et du reste ».

Femme 22, elle était retournée chez le premier médecin traitant du couple, très loin du domicile. Pour une fois elle était seule en consultation. «Le médecin avait compris comment il était mon mari, il était intelligent».

Femme 46 «le fait qu'il connaisse mon mari, c'est facile d'en parler. Il connaît ses problèmes de comportement» (cf. le mari avait violenté l'employeur de madame qui était venu à leur domicile)

Femme 56 «j'ai profité du fait qu'il le connaissait juste pour lui demander si, ce qu'il présumait de l'état de monsieur justifiait telle ou telle chose».

b. Le médecin généraliste sans être le médecin traitant

Le médecin traitant du conjoint a été le premier interlocuteur pour une femme, outre sa proximité avec le domicile conjugal, c'est parce qu'il connaît le conjoint « pour lui demander son avis sur la situation » « puisqu'il nous connaît tous les deux».

Ou pour la femme 27, il a été appelé par le conjoint lui-même car impressionné par l'agitation aiguë de la femme.

Un médecin généraliste, médecin traitant de l'employeur de la femme 2, a été appelé par celui-ci au domicile conjugal (cf. assistante maternelle).

Le médecin généraliste a été appelé au foyer où une des femmes interrogées a été accueillie. Il est par ailleurs devenu son médecin traitant.

2. Pourquoi les autres spécialistes : facteurs éloignant de la médecine générale.

a. Facteurs liés aux autres spécialistes

1) Urgentistes

Les femmes consultent davantage les urgences que le médecin généraliste quand :

- Violences physiques graves d'autant plus si ce sont les premières pour 8 femmes sur 10 ou bien quand il a eu effraction du domicile lorsqu'ils ne vivent plus ensemble... car il arrive qu'elles portent plainte pour la première fois après la séparation.

Femme 5, elle a été frappée par son mari et son beau-fils.... Les violences étaient fortes et elle devait donc être prise en charge à l'hôpital.

Femme 24, elle a osé porter plainte pour la première fois après la séparation, lors d'une agression à son domicile «c'est culpabilisant de porter plainte contre le père de son enfant ». Elle est donc allée aux urgences pour ses violences graves qui se sont déroulées devant le fils...

- adressée par la police ou pompiers (4 femmes sur 10) ou bien par le médecin traitant mais celui-ci l'a adressée pour douleurs abdominales chez une femme enceinte sans «savoir» qu'il y avait des violences conjugales.

Femme 34 «j'avais perdu connaissance, c'est mon fils qui a appelé les pompiers».

Femme 30, les violences se sont produites alors qu'elle était enceinte et provoquant une hémorragie...

Femme 55, elle est allée aux urgences 48 heures après la venue de la police au domicile, après agression physique par son ex-mari. Ils l'ont incitée à y aller notamment pour le CMI.

- le problème évident et donc ne pouvait le cacher au moment où elles consultaient un autre médecin que le généraliste.

Femme 24 «la situation s'y prêtait».

Femme 34 «mon visage parlait de lui-même, je n'avais pas besoin de dire quelque chose... mon visage était parti sur le côté...».

Femme 44, les lésions physiques étaient importantes associées à une détresse psychologique.

- structure comme l'hôpital.

Femme 38, sensation d'urgence : état de malaise important crise angoisse, nausée, vomissement.

Femme 51 : elle est habituée à consulter aux urgences, car travaille à l'hôpital. Ils ont posé la question, j'avais confiance.

- «le lieu» de rédaction du Certificat Médical Initial dans le but de porter plainte (femme 55 et 24) :

- Une sorte d'anonymat comme protection contre les retombées : l'urgentiste ne la connaît pas ni le conjoint (Femme 5).

2) Le psychiatre

- rechercher des solutions à ses problèmes

Femme 1, en recherche de solutions devant les difficultés dans son couple et aux conséquences possibles sur leur enfant.

Femme 4, pour prendre des éléments pour décision et savoir si elle était folle.

- il a posé les questions.

Femme 47 «c'est moi qui ai annoncé les choses quand le médecin est allé fouiller dans ma vie intime».

- Confiance

Femme 40 «avait confiance en lui par sa haute réputation et ami du mari»

- Parle sa langue

Femme 40, elle ne parlait pas français et elle savait qu'il parlait anglais

- conseillé par une amie

Femme 1, son amie qui est assistante à la vie de famille lui conseille et l'incite à aller voir un psychiatre

Femme 40, elle avait confiance en lui par sa haute réputation et ami du mari

3) Les autres spécialistes

Elles consultent le spécialiste de leur maladie car elles peuvent penser qu'il est plus à même de répondre à ses questions... aux possibles conséquences des violences sur :

- la maladie chronique (cf. drépanocytose) de la femme 7.

- la grossesse : la peur pour l'enfant à venir fait qu'elle consulte directement le gynécologue (Femme 30).

Ou bien un médecin légiste : une femme (femme 33) l'a consulté en première intention car il y a eu une réquisition par la police (mari pris en flagrant délit, en garde à vue). Elle aurait préféré son médecin traitant ou l'hôpital Nord.

Ou bien un médecin prenant en charge l'enfant du couple, comme ce médecin rééducateur pour leur fille polyhandicapée (femme 4) car le problème était évident... mari alcoolisé en consultation.

b. Facteurs liés au médecin généraliste

Le fait que le médecin connaisse le conjoint les a freinées dans la grande majorité :

Femme 2, cela l'a gêné.

Femme 5 "j'avais l'impression que c'était son...bon je sais que le médecin garde les secrets mais c'est le médecin de famille donc je ne voulais pas parler avec lui".

Femme 7 «j'étais gênée car il connaît mon mari....c'est mon mari qui me l'a présentée».

Femme 8, elle avait le même médecin traitant mais «c'était son médecin à lui. Je me suis sentie un peu gênée. Je pensais qu'un jour si mon mari se présentait chez lui, le médecin pourrait lui en parler».

Femme 17, c'est le même médecin traitant.

Femme 18 «d'autant plus que le mari aurait dit au médecin des choses ... » «mon mari a dû lui dire qu'il ne m'aimait pas car le médecin me disait «trouve-toi un amant »..., je souriais».

Femme 40 «c'est le médecin du village tout le monde le connaît et il connaît mon mari ».

Femme 45 «C'est le même médecin traitant que le mari, ça l'a bloquée»

En fonction de l'intensité des violences selon la victime elle :

- pas assez importante pour en parler :

Femme 1 «le mal n'est pas assez important, le médecin généraliste ne s'occupe que du physique»

Femme 2 «pas de trace visible»

Femme 16 «je vais chez le médecin que si c'est très grave»

Femme 31 «les violences étaient essentiellement psychologiques»

Il n'a pas posé la question

Femme 8 «la façon dont je lui ait dit que j'ai reçu des coups à la tête, tout discrètement suivi d'un long silence, il aurait dû demander mais il n'a pas réagi».

«Il m'a demandé comment, où j'avais mal mais pas la cause».

Femme 14 « c'est le médecin de famille avant moi, que je le dise ou pas....

Femme 18, s'il avait posé la question comme « comment ça va ? Vous allez bien ? »

Femme 23 «le médecin n'a jamais su que l'on avait des problèmes»

Femme 32 «le médecin à un rôle de proximité. S'il avait une parole.... mais il n'y avait pas eu de contexte qui le permettait»

Femme 33, elle s'est présentée plusieurs fois chez son médecin traitant pour douleur mais n'a jamais dit pourquoi (les circonstances)... et il n'a pas non plus posé la question.

Femme 38 «ce n'est pas organique» mais on n'a pas cherché à connaître la cause ni à la chercher»

Femme 52 «s'il pose la question peut-être que je répondrais»

Autrement dit le médecin a dû comprendre et n'en a pas parlé

Femme 8 «il le connaît ça fait des années qu'il le traite, il a même été suivi par un psychiatre. Il a certainement compris ce que c'était les coups à la tête et il ne m'a pas posé la question... je ne sais pas, il n'a pas osé».

Femme 18 «mon mari a dû dire qu'il ne m'aimait pas car le médecin m'a dit plusieurs fois trouvez-vous un amant ».

Femme 24, elle voyait un généraliste régulièrement cette année-là qui avait compris certainement mais elle ne lui en a pas parlé. Elle a eu une otite compliquée : "peut-être d'ailleurs vous ne voulez plus entendre".

Il n'a pas le temps

Femme 23 «si on lui explique, il y a beaucoup de patients dehors, qui font la queue. Vous ne devez pas venir là, au lieu de parler des soins vous parler de vos problèmes, il y a toujours des gens qui attendent il n'a pas assez de temps pour ça. Ce n'est pas qu'il n'est pas habilité mais il n'a pas assez de temps».

Femme 26 «Ce qui m'a freiné c'est le manque de temps et de disponibilité»

Femme 32 «le médecin de ville, par rapport au médecin de campagne, le temps accordé est bref, ça ne s'y prête pas. Vous vous rhabillez sur le pas de la porte car la salle d'attente déborde».

Femme 55 «Le généraliste n'avait pas le temps d'écouter ça. La salle d'attente était pleine, on vient pour une chose. Je ne vais pas raconter ma vie, on a seulement 15 à 20 min pour dire qu'est-ce qu'on a».

N'y a pas pensé

Femme 15, je n'avais pas trop de connaissance. J'ai cru qu'il allait changer. Il n'y a que les imbéciles qui ne changent pas... je n'ai vu que des médecins des urgences. On ne m'a pas conseillé sur ça. Je ne connais personne.

Femme 23 «je n'ai pas pensé à parler au médecin »

Femme 36 «cela ne m'est pas même venu à l'idée. Je me disais c'est une passade. Ca va passer... c'est comme tous les couples... mais quand ça devient de la violence, c'est autre chose, j'ai commencé à en parler... ». Elle n'en a pas parlé à des médecins car il n'y avait pas de trace».

Femme 53 «je ne me suis pas posé la question»

Ce n'est pas son travail

Femme 2 «Je ne savais pas qu'il pouvait prendre en charge ça ».

Femme 16 «j'en ai pas ressenti le besoin (que psychologique), ce n'est pas son problème »

Femme 23 «je n'y ai pas pensé. Ce n'est pas une question de confiance. On pense que c'est l'assistante sociale qui est là pour écouter les gens et le médecin est là pour son travail»

Femme 55 «ce n'est pas un psychologue»

N'écoute pas

Femme 1 «j'avais besoin d'écoute. La médecine traditionnelle est capitaliste, les médecins prescrivent toujours les mêmes médicaments... il y a les labos tout ça... je préfère l'homéopathie qui est plus à l'écoute du bien être... à la recherche du bien-être. En plus, le **temps de consultation est court**, il vous garde 15 minutes. Le **médecin ne s'occupe pas de ce qui est pas physiquement visible**»

Femme 4 «je n'ai jamais d'écoute réelle»

Femme 18 «je ne me sens pas écoutée de la part de mon médecin et des médecins en général»

«Ce médecin n'écoute pas mais cela fait 25 ans que je le connais. Je n'aime pas changer»

Femme 38 «Je pense que la médecine est à la dérive, je le sais car je travaille dedans... je ne parle pas de tous les médecins... mais la médecine est devenue beaucoup du commerce. On a très rapidement envie de passer la carte vitale au lieu d'écouter le patient».

Femme 49 «je trouve que les médecins ne sont pas à l'écoute. Quand il n'y a pas de secrétariat, si le téléphone sonne, je n'ai plus envie de continuer à parler».

Femme 55 «les médecins ils s'en foutent. Le généraliste n'avait pas le temps d'écouter ça, ce n'est pas un psychologue. Je n'ai pas traité ce problème avec lui, je ne crois pas. La salle d'attente était pleine, on vient pour une chose, Je ne peux pas raconter ma vie, on a seulement 15 à 20 min pour dire qu'est-ce qu'on a».

Pas d'effet

Femme 14 «c'est le médecin de famille avant moi, que je lui dise ou pas ...»

Femme 16 «non il ne peut pas aider. Il ne peut pas donner des cachets pour ça. C'est surtout psychique»

Femme 53, on me l'a toujours dit «qu'est-ce qu'il fera : un constat et dire faut porter plainte ? »

Médecin indisponible

violences la nuit ou le dimanche ou le médecin en grève ou vacances (*Femme 52*, 55 et 44)

Femme 44 «elle allait voir le médecin traitant de son ex-conjoint quand son médecin traitant était absent ou le rendez-vous trop loin».

Loin géographiquement

Femme 15, si ça avait été son médecin traitant de Paris, elle lui aurait dit d'office.

Femme 16, elle a déménagé pour les études, loin de son médecin traitant... déjà qu'elle le voyait rarement.

Femmes 3, 17 31, 53 idem.

C'est un homme, très rarement

Cela était vrai pour seulement deux femmes :

Femme 1, le médecin traitant est un homme et le même que le compagnon. Ça l'a gênée.

Femme 53 c'était un homme (orientation homosexuelle)

Pour les autres, homme ou femme cela n'avait pas d'importance du fait du statut de médecin, de la qualité de la relation,... et parfois même le fait que ce soit un homme était plus sécurisant :

Femme 31 «Il représente l'autorité pour défendre de l'homme violent»

Femme 42 «c'est plus facile si c'est un homme car une femme peut se sentir supérieure à tout, l'homme peut protéger».

Pour celles qui n'ont pas parlé, c'est surtout un problème d'écoute, ou que c'est le même médecin traitant que le mari mais pas toujours.

Femme 44 «les hommes peuvent être plus pédagogues mais c'est pareil du moment où ils sont bien formés».

Femme 45 « avec un homme c'est plus facile. En faisant de la psychologie de bas étage... j'ai été maternée par mon père. J'ai l'impression que le médecin homme va me protéger. Je suis plus en confiance c'est dingue.

Femme 49, ça dépend du contact que vous avez au départ, c'est quelqu'un d'important quand même.

Trop de respect

Femme 23, elle avait «trop de respect» pour le médecin « pour le déranger avec des problèmes familiaux.

Ou au contraire, pas d'estime pour lui

Femme 1 « la médecine traditionnelle est capitaliste, les médecins prescrivent toujours les mêmes médicaments... il y a les labos tout ça...je préfère l'homéopathie qui est plus à l'écoute du bien être... à la recherche du bien-être.

Femme 4, un médecin ne pose pas de question. Il voit le patient qui arrive. Le patient dit je viens pour telle chose. Ils le prennent au premier degré. Il lui fait faire si possible de la biologie, de l'imagerie. Moyennent quoi, il le revoit la semaine suivante. Il ne lit même pas le compte rendu... juste la conclusion. Il ne regarde même pas les clichés et voilà. Les seuls qui trouvent grâce à mes yeux sont les neurologues et les rééducateurs fonctionnels, eux mettent les mains dans le charbon.

Femme 49 «il était trop nul. Il en avait rien à battre, il chantonnait.... Pour lui, il faut faire du chiffre » «j'ai essayé de lui parler mais je ne suis pas allée jusqu'au bout ».

Pas seule en consultation

Femme 22, il l'empêchait de voir le médecin, elle voyait le médecin généraliste seulement s'il l'accompagnait. «Je n'étais jamais seule pour pouvoir parler du comportement de mon mari».

Femme 27 «jamais seule en consultation» «quand je devais aller chez le médecin il était toujours avec moi. J'avais beaucoup de problèmes de santé à cause des violences... perte de connaissance, crise d'angoisse... » Séquestrée, elle ne pouvait pas sortir.

Concours de circonstances : problème évident (alcoolisme aiguë du mari en consultation). Elle n'avait pas prévu de dire à un autre spécialiste.

c. Le médecin traitant est-il au courant ? Si oui comment ?

Quand le médecin traitant n'a pas été consulté en premier, il en a été informé dans 50% des cas la suite.

- Il en a été informé souvent par la femme elle-même.

Femme 7 : récemment elle lui en a parlé car MT a insisté lors de cette consultation sur le "et toi, comment tu vas ?" deux fois et en la regardant dans les yeux... « La première personne à qui j'aurais dû parler en premier est mon médecin traitant».

Femme 30 : après avoir consulté le gynécologue pour mort fœtale in utero après des violences, elle a consulté son médecin traitant car elle s'interrogeait sur le traitement du mari. Pouvait-il le rendre violent ?

Femme 31 : a consulté son médecin pour le suivi de son fils

Dans deux cas, le médecin généraliste consulté qui n'était pas son médecin traitant est devenu son médecin traitant.

- La femme a été reçue par un confrère du même secteur, pour la femme 2.

- par un courrier de l'hôpital, *Femme 7* «j'ai omis que les informations de l'hôpital sont transmises au médecin généraliste».

H. Attentes envers le médecin

1. Quelle prise en charge réalisée ?

a. Circonstances de la consultation d'abord

1) Déclenchement de la consultation

Différentes raisons font qu'elles consultent un médecin :

- Passage aux violences physiques ou violences plus fortes
- Conséquences sur la santé (elle ou leurs enfants)
- dans son cheminement :
 - Situation devenue insupportable par accumulation de choses, leur caractère répétitif (gifles, dénigrement), « mon corps ne supportait plus », ou après la naissance d'un enfant.
Femme 41 «Quand j'en ai eu marre je n'étais plus gênée "c'est la vérité", je n'avais plus peur, de personne».
 - Aide au raisonnement : savoir si c'est normal, savoir si elle est folle ou l'homme est mauvais ou plutôt malade.
Femme 48 «j'avais besoin de comprendre pourquoi elle ressentait autant de choses. Je n'avais pas encore identifié l'origine du problème »
Femme 56 «toute la clef est de savoir si cet homme-là est malade, guérissable ou malveillant »
 - aider à prendre une décision :
Femme 4 «j'étais comme un loukoum indécis» ou une fois que la décision de séparation est prise, pour un soutien dans cette décision.
 - «J'étais dans cette énergie», il fallait que je le dise et les gens qui me soignent doivent être au courant " femme 7.
- incitée par quelqu'un (famille, police, employeur)
- Concours de circonstances : problème évident et/ou le médecin a posé la question (pour une femme)
- enfant témoin : *Femme 24*, elle a vu la peur dans le regard de son fils « tel un chien sur l'autoroute ».
- en vue de porter plainte

- demande d'orientation (notamment vers un psychiatre)
- Arrêt de travail pour protéger son enfant.

2) Motif de consultation

Concernant le médecin traitant le motif de consultation n'était pas celui des violences conjugales dans 64% des cas (16 / 25 femmes) mais :

Altération de l'état général

- demande de traitement pour augmenter la faim devant perte de poids majeure (Femme 35)
- asthénie importante (Femme 46)
- épuisement physique et donc moral en berne (Femme 56)

Troubles psychiques et psychiatriques

- recherche de solutions pour sauver son couple et dépression (Femme 21)
- syndrome dépressif dans le contexte de séparation difficile connue du médecin (Femme 25)
- Angoisse (Femme 39)
- insomnies et cauchemars avec une demande de prise en charge par un psychiatre (Femme 43)
- Asthénie, tristesse et besoin de comprendre pourquoi elle ressentait autant de choses (Femme 48)
- syndrome dépressif (insomnie pleurs) avec peur de faire une nouvelle dépression et demande de traitement (Femme 28)

Problèmes somatiques

- Bronchites à répétition (Femme 10)
- Céphalées invalidantes (Femme 12)
- migraine invalidante suivant une forte insomnie (Femme 42)
- problème somatique (Femme 26) non précisé
- plaintes somatiques (Femme 19)
- Douleurs diffuses (Femme 28)

Demande de bilan/traitement pour le conjoint : demande de bilan pour qu'il prenne conscience de son alcoolisme associé à des problèmes, à des plaintes

somatiques divers de la femme "on passait du rhume aux violences" (Femme 13).

Questionnement par rapport aux troubles de l'enfant (incontinence) (Femme 39).

Renouvellement d'ordonnance : associé à une asthénie (Femme 49).

Concernant les médecins généralistes autres que le médecin traitant, le motif de consultation était essentiellement les violences conjugales :

- Deux étaient les médecins traitants du mari
Un médecin a été appelé au domicile par le mari lui-même pour agitation aiguë de la femme au décours de violences conjugales (puisqu'il l'a violée).
L'autre médecin, parce qu'il connaissait le mari, pour lui demander son avis sur le comportement du conjoint.
 - un médecin traitant de l'employeur...pour le motif de violences conjugales, en vue d'un CMI et d'un traitement.
 - un nouveau médecin généraliste car elle avait déménagé. Elle a été incité à consulter par la police pour CMI et traitement.
 - médecin du foyer pour CMI et traitant

Concernant les urgences, majoritairement les violences conjugales étaient évidentes car elles venaient pour allégation de coups par le conjoint ou l'ex-conjoint (plaies, ecchymoses, perte de connaissance...) que ce soient la première fois ou que ces violences aient été plus intenses.

Contre exemples :

Les violences conjugales n'étaient pas nommées par deux femmes car elles n'en avaient pas encore conscience (crise d'angoisse intense et sensation de malaise, nausée, vomissement).

Concernant les psychiatres :

- Recherche de solutions à ces problèmes (Femme 1)
- Tristesse alors que enceinte (Femme 40)
- Décompensation psychiatrique en post partum (Femme 47)

Une femme avait consulté aux urgences psychiatriques car important mal-être et perte de poids massive mais n'a pas parlé des violences conjugales puisque «n'avait pas identifié le problème».

Concernant les autres spécialités, le motif de consultation était :

Les violences conjugales pour le médecin légiste et pour le gynécologue.

Le suivi de la drépanocytose pour l'interniste et l'a dit car «j'étais dans cette cinétique de dire... »

Le médecin rééducateur pour la rééducation de la fille polyhandicapée car le problème était évident en consultation puisque le conjoint était alcoolisé.

3) Accompagnées ?

Seulement 7 sur 47 des femmes qui en ont parlé à un médecin étaient accompagnées par :

Avec le médecin traitant, aucune n'a été accompagnée, **ni pour le psychiatre**.

Avec le médecin généraliste autre que le médecin traitant (3/5): les femmes accompagnées soit de leurs enfants,

Par l'employeur, qui a appelé son propre médecin traitant à son domicile pour la femme assistante maternelle en charge de son enfant.

Ou bien le mari auteur des violences.

Avec l'urgentiste, 3/10 étaient accompagnées.

- Par sa fille (pour la traduction entre autres) aux urgences.

- Par son fils de 10 ans, terrorisé, avait été autorisé à rester lors de la consultation.

- Par la mère d'une amie (l'amie étant enceinte et dans le Var...)

Avec les autres spécialistes : 1 seule était accompagnée

Femme 4, mari alcoolisé qui est ensuite sorti de consultation pour «décuvé» (médecin rééducateur)

La plupart étaient donc seules pour parler des violences conjugales et parce qu'elles étaient seules elles en ont parlé :

Elles ont réussi à venir seules en consultation.

Femme 5 «Si j'avais été accompagnée, je n'aurais rien dit».

Le mari dans la salle d'attente notamment des urgences, ou le médecin a fait sortir le patient de la consultation.

b. Ce qui a été fait

1) *Ecoute/empathie*

Dans la majorité des cas, les femmes se sont senties écoutées par le médecin traitant (22/25), ainsi que toutes les femmes qui se sont rendues aux urgences et chez les autres spécialistes. Un psychiatre sur trois n'était pas dans l'écoute.

Les médecins généralistes autres que le médecin traitant étaient dans l'écoute 3 cas sur 5.

2) *Conseils*

11 femmes sur 25 ont dit n'avoir pas eu de conseils de la part de leur médecin traitant contre un urgentiste sur 10 et un psychiatre pour 3 et 4 médecins généralistes sur 5. Elles ont toutes eu des conseils des autres.

3) *CMI*

9 médecins traitants sur 25 ont rédigé un CMI et 3 médecins généralistes sur 5 tandis que 8 des urgentistes en ont rédigé.

Les psychiatres ainsi que les autres spécialités n'ont pas fait de CMI.

4) *Traitement*

17 médecins traitants sur 25 avaient prescrit des médicaments et 3 médecins généralistes autres que le médecin traitant. 6 urgentistes sur 10 en avaient prescrits. Un seul psychiatre a prescrit un traitement et aucun des spécialistes.

5) *Arrêt de travail*

3 femmes ont reçu un arrêt de travail dont deux étaient pour rester auprès de leur enfant pour les protéger.

6) *Orientation*

11 femmes sur 25 n'ont pas eu d'orientation de la part du médecin traitant, 3 de la part de l'urgentiste, 2 psychiatres sur 3. Aucun généraliste autre que le médecin traitant n'a réorienté les femmes. Tous les spécialistes ont orienté les femmes.

Les orientations étaient :

- Pour le médecin traitant
 - 3 uniquement vers la police
 - 7 uniquement vers le psychologue ou psychiatre
 - 2 vers les deux : Police et Psychologue ou Psychiatre
 - 2 vers Police et Psychologue ou Psychiatre et une association spécialisée
 - 1 s'est vu proposer une hospitalisation.

- Les médecins généralistes autres que médecin traitant

Un était un médecin du foyer et la femme était donc déjà prise en charge par une association.

- Les urgentistes (7) :

3 vers un psychologue

1 vers un médecin légiste (autrement dit la police qui va réquisitionner le médecin légiste)

1 vers une association

Police après réalisation d'examen complémentaire et Psychologue/psychiatre

Hospitalisation et vers police

- Le psychiatre

Un psychiatre l'a hospitalisée en unité mère-enfant au décours de son accouchement.

- Les spécialistes

Ils ont orienté vers :

Une sage-femme à domicile pour la gynécologue.

Une psychologue et vers une association.

Une information préoccupante par le médecin légiste.

Hospitalisation du mari car bipolaire décompensé, par rééducateur fonctionnel de leur fille polyhandicapée. Examens complémentaires.

Pour deux femmes, celles qui ont consulté aux urgences, ont eu des examens complémentaires réalisés (radiographies).

c. Se sont-elles senties aidées ? Si non pourquoi ?

Médecins traitants : 16 femmes sur 25 se sont senties aidées et 5 autres étaient mitigées.

Autres médecins généralistes : l'aide a été perçue dans 2 cas sur 5.

Urgentistes : dans 5 cas sur 10 et 4 mitigés.

Psychiatres : 2 sur 3 se sont senties aidées

Spécialistes : 2 et 3 mitigés

Elles ne se sont pas senties aidées, en tout cas pas totalement, quand :

Il ne m'a pas crue

Femme 3, (autre médecin généraliste)

Femme 4, (spécialiste) j'aurais aimé que l'on me croie davantage

Femme 29, a minimisé le problème

Femme 54, n'en a pas parlé au premier médecin par son attitude (les hommes sont tous comme ça)

Manque d'écoute et d'empathie

Femme 4, (autre spécialiste) en parlant des médecins en général :

«Je n'ai pas eu d'écoute réelle. J'ai toujours eu l'impression de ne pas être prise au sérieux, de ne pas être entendue dans l'ampleur du problème».

Femme 26, il n'est parfois pas à l'écoute.

Femme 27, (autre médecin généraliste)

Femme 31, (autre médecin généraliste) pas entendue, pas de reconnaissance.

Femme 35, «les autres médecins, ils s'en foutent de toi»

Femme 38, (urgentiste) ce n'est pas une urgence pour eux. Moi je ne comptais pas

Femme 40, (psychiatre), il lui a dit que c'était le baby blues "chose normale pour une femme étrangère en France"

Femme 44, (urgences) «avec certains, j'étais un morceau de viande, pas d'empathie ».

C'est au médecin de nous rassurer, de nous prendre dans ses bras... (Pas l'infirmière) »

Femme 49, «je trouve que les médecins ne sont pas à l'écoute : pas de secrétariat, si le téléphone sonne, je n'ai plus envie de continuer à parler »

Pas de conseils, ni d'orientation :

Femme 19, elle ne m'a pas orientée, le médecin a dû se dire «elle sait ce qu'elle fait »

Femme 20, «Pas de solution concrète : j'étais entendue, comprise, mais concrètement pas de solution pour arrêter cette spirale infernale » et le médecin : "si quelqu'un ne veut pas accepter telle ou telle situation de son état physique, je ne peux le conduire..."

Femme 25, «il n'avait rien à me dire, il était démuni »

Femme 26, il a peur d'outrepasser son rôle, je ne suis pas psy, il se met en retrait »

Femme 27, pas d'orientation «au contraire, il a conseillé au mari de ne pas emmener la femme aux urgences sinon « elle allait parler».

Femme 38, (urgentiste), ils me laissaient dans le flou.

Pas disponible :

Femme 21, n'a pas été disponible quand elle était en détresse (suicide du fils) car le médecin traitant "je dois partir en vacances dans 15 minutes » alors qu'elle habitait au-dessus du cabinet.

Femme 26 «il n'avait pas le temps».

Femme 29, «il a refusé une fois de la prendre en consultation».

Femme 30, (gynécologue). A cinq mois de grossesse après agression physique, elle a attendu longtemps. Une dizaine de personnes sont venues m'ausculter avant que la gynécologue qui la suit ne vienne la voir.

Femme 38, (urgences) «peut être aussi qu'ils étaient débordés».

Femme 55, (urgentiste). «Ils étaient débordés, 40 personnes en attente. Il n'avait pas le temps de s'occuper de tout le monde» (durant la période de grève des médecins généralistes).

Pas de rédaction de CMI pour 2 femmes

Femme 48 «il aurait pu faire plus que ça...le CMI, justement c'est ça que je lui reproche»

Ou *Femme 51* : (urgences) «seulement 3 jours d'ITT par rapport aux douleurs et aux troubles psychiques... et pour que le CMI ait plus de poids»

Partialité, concerne plutôt le médecin généraliste.

Femme 49, «je sentais que mon mari était aussi son patient» «il ne se mouillait, même pas pour le CMI»

Femme 31, (autre médecin généraliste) : «il a banalisé le problème et n'a pas pris de position surtout qu'elle n'avait pas de bleus, pas de trace».

Femme 27, (autre médecin généraliste) le médecin généraliste était le médecin traitant du mari uniquement. Il y a avait non-assistance à personne en danger.

Il n'a pas posé la question malgré l'évidence ou se focalise sur le somatique :

Femme 8, (aucun) «il ne m'a pas posé la question pourtant il avait certainement compris : il connaît mon mari. Il le traite depuis des années pour un problème psychiatrique. Il s'est focalisé sur le truc médical».

Femme 40, (psychiatre) «Il n'a pas été professionnel pourtant c'est un psychiatre reconnu, mais il n'a rien fait, ça a cassé mon cœur, en plus il est français».

« Portez plainte » vécu comme une persécution

Femme34 (urgentiste) incitation à porter plainte vécue comme une persécution.

Les raisons pour lesquelles elles se sont senties aidées seront développées dans la prochaine partie où seront détaillées les attentes vis à vis du médecin.

2. Leurs attentes

a. Conseillée/orientée

Femme 39, attend des conseils, une orientation.

Femme 23, «je ne vois pas dans quel sens le médecin peut aider... des conseils oui, c'est **un être humain comme tout le reste**».

Femme 37 «qu'il donne conseils, bien sûr **il a l'expérience de la vie, de son travail**... il connaît des choses».

Femme 38 «oui **c'est son domaine**. Quelqu'un qui est vraiment attentif, à l'écoute, il doit renseigner, orienter, expliquer... ce sont les médecins dévoués, qui font vraiment leur travail».

Femme 51, «**le médecin généraliste, c'est celui qui oriente**, pour moi, vous êtes le principal».

Femme 11, «le médecin est la seule personne qu'elles voient, c'est à lui de les orienter, comme ça elles prennent des ailes pour aller partout... la police... etc.».

Femme 42, «il m'a donné des conseils, dit que ce n'était pas normal, tout de suite orientée mais il y a des choses qu'il ne peut pas faire à ma place».

Mais pour une femme (46) « ce n'est pas évident pour un médecin, il ne peut pas dire grand-chose ».

Pas forcément d'aller porter plainte

Femme 50, «il aurait pu me conseiller, m'orienter, il connaît les endroits. "J'avais espéré car j'étais en danger de mort et je ne savais plus quoi faire" vers la police pas forcément, mais adressée en maison de repos (dans son cas)».

Femme 45, elle n'attend pas que le médecin lui dise d'aller porter plainte... «Il peut le dire, surtout s'il y a des lésions physiques, c'est une manière d'aider de prévenir ».

Orienter comme pour une pathologie somatique

Femme 35, orientation aussi vers un spécialiste.

Femme 36, conseils : «qu'il me conseille un bon spécialiste pour parler ».

Femme 1, orientée vers un psychologue.

Femme 6, «le médecin peut donner quelques conseils, notamment par rapport à la santé, orienter »

Ou de manière spécifique

Femme 27, « orientation ou donner une solution au moins, donner un numéro qui peut aider. Le médecin peut conseiller la femme : donner des documents, orienter vers un foyer».

Femme 29, « il doit l'aider, il faut qu'il lui montre ce qu'elle doit faire... les femmes en sortant du cabinet doivent savoir où aller (affiche, flyer, conseil, médecin). Il ne faut pas qu'elle sorte sans certificat, c'est le rôle d'un médecin ... même si le mari c'est son frère. Protéger la patiente et qu'il ne prenne pas en considération sa famille, ses amis. C'est ce que je pense».

Femme 44, «oui c'est bien de savoir qu'on a plusieurs options. Orientation Sos femmes, vers un psy... ».

Femme 48, «rassurer et donner des solutions "réagir le plus vite possible pour ces femmes là et les conseiller un maximum... vers les associations, donner une adresse, un numéro ».

Femme 49, en attente de conseils, car "j'étais en danger de mort et je ne savais plus quoi faire".

« D'orienter c'est bien, à la police pas forcément mais surtout l'assistante sociale. »

Femme 54, «doit conseiller et donner des adresses, des noms d'associations ».

Femme 57, «orientée ? Il vaut mieux SOS femmes, dans le sens de violences psychologiques ».

(Plutôt que police), «On est comme sous hypnose on ne s'en rend pas compte ».

Femme 45 «trouver une écoute. Orienter vers un espace, un endroit où on peut poser les choses, plus que " il faut partir" ou "faut faire".

b. Soutien

Femme 14, «le médecin aide les femmes, les soutient».

Femme 23, «des mots de consolation, surtout qu'ils savent bien consoler les médecins».

« Vous orienter, vous conseiller parce que le médecin n'a pas assez de temps pour faire et son travail et le travail d'assistance».

Femme 43, « aider la femme dans ses demandes, aider dans ses droits.... C'est le médecin de famille. Doit conseiller et orienter la première chose à faire, c'est d'aller voir son médecin traitant. Il fera tout pour vous aider».

Femme 46, «il m'a conseillée mais surtout rassurée, dire qu'il y a un bout du tunnel et qu'on peut se sortir de là».

Femme 44, «la première fois cela m'a touchée, elle m'a donné son numéro de téléphone...je n'ai pas utilisé mais bien de savoir qu'on a cette option-là».

Femme 50, «c'est délicat car il y en a qui veulent aider et ils s'aperçoivent que la personne ne va pas jusqu'au bout. "Ne lâchez pas" dit la police, le médecin doit faire pareil».

Femme 51, «remonte toujours le moral des patients par le soutien moral, les prescriptions... Rien que de le voir avec sa blouse blanche, je me sens protégée».

Femme 41, «peut-être en sortant de consultation, taper sur l'épaule et dire que ça va aller... juste ça».

c. L'aider à la prendre conscience

Femme 21, «aider, qu'elle m'incite, me raisonne, qu'elle me parle de façon à ce que je comprenne qu'il fallait que je parte. Qu'elle ne me laisse pas dans le flou artistique, en disant que ça va s'arranger. Laisser croire à une solution. Un médecin qui vous voit arriver avec des bleus, il n'a pas le droit de vous faire espérer. La situation est dramatique, il faut la prendre comme telle dès le départ, en prendre conscience».

Femme 29, «il faut que le médecin parle aussi pour que la femme prenne conscience de ses droits et de ce qu'elle doit faire aussi».

Femme 32, «les professionnels peuvent nous apporter un éclairage quand on est dans le brouillard».

Femme 41, «'attends des conseils, une aide une parole, "partez, ne restez pas", «je ne donne pas de médoc, il faut réagir».

Femme 9, «lui a donné des conseils. Ne te laisse pas faire comme ça ».

Femme 47 «ça aide à prendre des décisions, de trouver des pistes».

Femme 45 «avoir une écoute, un écho pour nous faire réaliser certaines choses».

Mais respecter la temporalité, son rythme....

Femme 46, «orienter, c'est bien, mais on ne se rend pas compte toujours de la situation».

Femme 53, «pas forcer les choses (porter plainte) car quand elle n'est pas prête, pas capable, ce n'est pas possible (séquestration, représailles) c'est lourd».

Femme 13, «laisser parler la patiente, avoir du tact, mais si elle ne vient pas toute seule à dire, alors il faut enclencher un mot, une phrase sans brusquer».

Femme 41, «c'est au médecin de s'adapter au patient... ça peut prendre du temps pour certaines personnes. Elles vont plus se confier à ses amies qui ne sont parfois pas les bonnes».

Femme 57, «c'est une fois qu'on a pris du recul qu'on se dit qu'on aurait dû réagir avant. On ne réalise pas».

Nuances : pour la femme 28 «orientation ? Surtout j'avais besoin de traitement».

d. Evaluer la gravité de la situation

Femme 56, «il m'a mis en arrêt de travail, au regard de l'intrusion à mon travail hier, dans ma salle de classe. Le médecin m'a juste sauvé la vie car si j'avais été là, j'aurais été par terre. J'attends de mon médecin qu'il sache prendre la mesure de la situation et je pense que cela s'acquiert avec le temps et la pratique. Ce n'est pas facile d'avoir ça quand on débute».

e. Ecouter et comprendre

Femme 41, «**déjà une oreille qui nous écoute c'est bien**».

Femme 52, «être à l'écoute».

Femme 21, «écouter, **c'est le rôle** du médecin».

Femme 38 «quand on fait de la médecine, il faut vraiment être humain, être à l'écoute, donner du temps au patient donner le temps de s'exprimer... je pense que ce n'est pas le cas aujourd'hui».

Femme 44, «avoir de l'écoute, de l'empathie, comprendre... au moins s'en rapprocher. Le médecin doit sentir même si la personne a une carapace, être pédagogue».

Femme 56, «le médecin généraliste, je pense que pour moi c'est quelqu'un qui est dans la bienveillance et dans la connaissance et qui se donne le temps de comprendre la situation et de réagir vis-à-vis de ça».

Femme 1 «il faut **montrer qu'on écoute** le patient».

Femme 49, «je trouve qu'ils ne sont pas à l'écoute surtout quand il n'y a pas de secrétariat. Si le téléphone sonne et qu'il répond, après j'ai plus envie de continuer à parler ».

Prendre le temps

Femme 4, «la première consultation, on dit des choses anodines, on teste l'interlocuteur».

Il faut alors prendre le temps....

Femme 26, «prendre le temps.

Femme 43, «prendre sa demande en considération, prendre le temps d'écouter ».

Femme 4, «prendre le temps... une fois. Faire des consultations moins fréquentes mais plus longues les médecins n'écoutent plus, ne regardent plus leurs malades».

Femme 56, «qu'il se donne le temps de comprendre, mais oui prendre le temps d'écouter et de connaître pour mieux guider ».

Femme 18, «les médecins d'aujourd'hui n'écoutent pas les patients. Il vous reçoit en rapidité, des consultations à la va vite». Je ne demande pas qu'ils restent 20 à 25 min mais au moins qu'ils écoutent ».

Ne pas avoir peur de ce qu'on peut entendre

«**Ecouter** les patients **sans avoir peur** d'eux, même si ce sont des paroles difficiles à dire».

Ecouter pour comprendre... et croire

Femme 22, «comprendre bien les femmes. **Elles ne mentent pas sur leur mari, il faut les croire**».

Femme 4, «j'ai toujours eu le sentiment de ne pas être prise au sérieux, ni **entendue dans l'ampleur du problème**».

Femme 37, «comprendre notre situation».

Femme 39, «qu'il soit compréhensif».

Femme 32, «lire entre les lignes mais c'est quelque chose d'inné».

«Le diagnostic par la médiation familiale, recevoir le couple pour détecter des choses que l'on ne voit pas forcément».

Femme 50, «être plus proche du patient, se mettre à sa place, "me gonflait à me dire que j'ai grossi" c'était à cause des traitements du cancer du sein. Surtout à l'hôpital ils ne se rendent pas compte, on n'est pas des numéros, on est des êtres humains».

Femme 55, «il doit s'approcher de son client au moins à la fin de la séance pour connaître un peu ce qu'il ressent et même l'orienter vers un spécialiste. S'il en a besoin comme ça, le patient aura confiance en lui et pourra s'approcher de sa manière en exprimant certaines choses qu'il n'a jamais pu en discuter».

f. Poser la question

Au minimum quand il y a des signes d'alerte :

Femme 4 : «se poser et poser des questions : pourquoi d'un coup une patiente vient consulter plus souvent ou pourquoi toutes ces maladies en même temps ? ».

«Alors que le patient pourrait se défouler un bon coup et ressortir tout à fait ragaillardi, le médecin ne pose pas de question, je suis désolée de vous le dire, je fréquente beaucoup de médecins. Un médecin ne pose pas de question. Il voit le patient qui arrive. Le patient dit je viens pour telle chose. Ils le prennent au premier degré. Il lui fait faire si possible de la biologie, de l'imagerie. Moyennant quoi, il le revoit la semaine suivante. Il ne lit même pas le compte rendu... juste la conclusion. Il ne regarde même pas les clichés et voilà».

Femme 15, «vous avez trop de stress madame, il ne m'a pas demandé pourquoi ! ».

Femme 45, «devant une ménopause précoce brutale, sans antécédents familiaux, il n'a pas posé de question... Je lui demande d'avoir un regard un peu différent ».

Femme 51, «ne pas rester dans le cadre des raisons médicales... j'attends qu'il aille plus loin. Il est généraliste justement, il s'occupe du psychologique et en même temps, il soigne les conséquences».

Femme 35, «demander le côté du pourquoi des symptômes (le travail, la famille). C'est le côté humain sans laisser sa tâche de médecin de côté».

Femme 25, «ne pas laisser partir quelqu'un qui pleure du cabinet sans savoir pourquoi. Poser la question».

Femme 50, «si le médecin vous voit dans la détresse, il faut qu'il vous aide, qu'il vous parle».

«S'il a des doutes, il faut poser la question, ça peut lancer une perche... comme devant des doutes de maltraitance sur enfant».

Comment ?

Femme 32, «amener vers un dialogue de manière subtile par rapport au questionnement sur le fonctionnement de la famille jusqu'aux enfants (des dysfonctions transmises à l'enfant, de l'ordre du handicap)».

Femme 45, «peut-être **de façon assez systématique de dire "avec les enfants comment ça va...et avec le mari ça va** ».

Femme 13, «poser la question (indirectement) si elle ne dit pas spontanément ».

Poser la question pour qu'elle prenne conscience.... ouvrir une porte

Femme 45, «poser la question pour qu'elle puisse prendre du recul du "pourquoi je suis si mal" et de pouvoir l'exprimer. Quelque chose qui puisse **tendre une perche** même si tout le monde n'en a pas besoin ».

Femme 56, «si doute, il faut poser la question car même si elle dit non ça la fera réfléchir».

Oser/ne pas hésiter

Femme 8, «oser la poser»

Femme 19, «le médecin doit **s'autoriser à poser les questions** car on n'est pas toujours prête à étaler (spontanément) notre vie ».

Femme 32, «oser, questionner, même si dans un premier temps cela peut choquer ensuite cela peut désamorcer une situation».

Femme 19, «il ne faut pas hésiter à poser plus de questions, plus précises. Elle (le médecin) et moi on avait une certaine affinité mais nous étions gênées. Plus de distance avec le médecin traitant aurait aidé peut être... c'est le lien qui a dû empêcher ... ».

Cela ne les gêne pas et c'est comme une autorisation à dire...

Femme 12, «si un médecin pose la question, je réponds».

Femme 14, «si on a confiance on le dit, notamment au médecin traitant, sinon le médecin doit poser la question pour qu'on ose dire».

Femme 57, «c'est bien qu'il pose la question, parce que souvent nous, les femmes on n'ose pas et surtout on a peur de dégrader l'image de notre conjoint... Mais c'est vrai un médecin, ce n'est pas pareil que l'entourage, je n'avais pas envie que des gens le regarde de travers. Mon ex, c'est quelqu'un de super aux yeux des gens».

Femme 15, «s'il avait posé la question, elle l'aurait dit. A vu des médecins mais n'a pu parler puisqu' ils n'ont pas posé la question... ».

Femme 18, «s'il me demandait "si je vais bien » mais les médecins ne posent pas ces questions».

Femme 19, «aujourd'hui, j'ai changé de médecin, elle me questionne vraiment plus et je sais que c'est pour mon bien. Aucune question ne m'a gênée ».

Femme 37, « les questions m'aident à parler. Des fois, je vais être nerveuse, c'est plus fort que moi... peut être que le médecin ne comprend pas, mais s'il me pose des questions je réponds».

Femme 50, «s'il pose la question je réponds».

Femmes 52, «il ne faut pas hésiter à poser des questions ».

Nuance :

Femme 41, «mais moi au début j'avais honte je cachais, je voulais que mon ménage soit le meilleur ».

Femme 44, «ça dépend des personnes... moi je n'ai pas eu besoin, je parle mais il y a des personnes que cela peut recroqueviller... plus il posait des questions moins elle parle... ».

Et certaines pensent que :

Femme 16, «ce n'est pas son rôle ».

Femme 38, «ce n'est pas son travail, c'est compliqué pour lui... mais je pense que s'il pouvait se pencher un petit peu ... on forme une famille... on vit avec la personne on devrait former une famille. Donc il faut chercher la source des choses, aller jusqu'à la source des choses. Poser la question sur beaucoup de choses notamment sur la vie familiale. C'est très important car tout est relié même une rage de dents. Tout est relié à notre état psychologique».

Femme 56, « moi ça n'a pas été des violences physiques au quotidien, je pense le cas est différent, c'est moins facile pour un médecin pour s'immiscer là-dedans car c'est sur des dires, des ressentis ».

Femme 19, « quand le médecin et la patiente ont une certaine affection l'un envers l'autre, c'est plus difficile pour le médecin de poser des questions ».

g. Informer

Manque d'info

Femme 9, « SOS femme jamais je n'aurais pensé qu'il y aurait une structure comme ça ».

« Je ne connais pas mes droits ».

Femme 10, « je ne connaissais pas mes droits vous comprenez ? ».

« Les femmes qui viennent en France ne connaissent pas leurs droits et les hommes le savent ».

Femme 11, « les femmes ne connaissent pas leurs droits et les hommes le savent. Elles sont isolées ».

Femme 15, « je n'avais pas trop de connaissance. On ne m'a jamais conseillé sur ça ».

Femme 30, « j'ai manqué d'information ».

Femme 29, « elle pense avoir manqué d'information ».

Femme 38, « oui énormément. Je me suis renseignée toute seule... sur internet ».

Femme 39, « dit avoir manqué d'information ».

Femme 48, « pense avoir manqué d'info (pas d'orientation) ».

Femme 53, « a manqué d'info » (cf. séquestration, elle en veut à sa concubine ».

Femme 54, « a manqué d'information »

Besoin d'information car

Femme 7, «j'étais démunie je ne savais pas vers qui me tourner. Je pensais que j'étais seule, qu'il y aurait personne pour m'aider. A ce moment-là on n'a plus rien dans la tête». Tout est effacé, j'étais dans la bulle de mon ressenti. Je ne savais pas vers qui me tourner pour le CMI ».

Puis j'avais déjà une ouverture de l'assistante sociale... je voyais mieux les choses, je ne voulais plus rester dans le silence, dans cette souffrance».

Femme 12, «désorientée».

Femme 23, «n'a pas pensé qu'elle pouvait parler au médecin de ça...».

Femme 27, «besoin d'information, elle était perdue».

Femme 28, «on est perdu».

Le moyen

Femme 1, «pourquoi pas par des affiches, des prospectus, être informée que le médecin peut nous venir en aide avant que l'on soit malade».

Femme 29, «par des affiches, flyers, par des conseils».

Nuance :

Femme 14, «il faut chercher ses droits».

Femme 50, «c'est à nous de chercher l'information, avec tous les médias qu'il y a ... ».

Femme 45, «en identifiant la problématique, elle a pu faire des recherches sur internet ».

Quelles informations

Femme 2, «savoir que les médecins prennent en charge ça».

Femme 20, «un médecin il est là pour écouter, c'est son rôle, que les femmes le sachent».

Pas toujours un problème d'information

Femme 16, « je pense que toutes les femmes savent qu'il y a des associations... ».

Mais :

Femme 31, «le problème se pose sur la prise de décision d'aller, même si on voit le spot on se dit « ce n'est pas moi.... » On m'a renseigné mais c'est moi qui ai pris la décision (de partir...) ».

Femme 34, «on voit des publicités de temps en temps dans la rue, à la radio. Mais si on n'a pas conscience, ces pubs ça ne sert à rien, c'est comme une image que je peux voir mais cela reste une image. Je n'avais pas conscience que c'était mal... ».

Femme 56, « je subissais des violences psychologiques, j'étais au fait que je n'étais pas en bonne posture mais quand je suis allée porter plainte et que j'ai dit que j'ai couché monsieur sur le lit, en le déshabillant de force, en l'embrassant de force, pour lui montrer ce que cela faisait. Et le policier a demandé « ce que ça faisait quoi ? »... Ce que je ressens quand il le fait. Il me dit vous savez que ça c'est un viol... j'avais jamais assimilé ça, ni compris qu'on pouvait être violé par son conjoint ».

h. Alerter les autorités

Femme 31, «la psychologue ce sont des paroles, **le médecin ça a un autre aspect, plus de protection**».

Femme 57, «signalement ? Je ne sais pas ...**vraiment si il y a des gros coups**...je ne voulais pas attendre d'en arriver là».

Femme 10, «quand une femme se confie au médecin, il faut qu'il fasse lui-même un courrier pour alerter les autorités. **Une femme adulte seule sans enfants peut être aussi vulnérable et fragile**, par son éducation, parcours professionnel et avoir besoin d'être entourée sécurisée ».

Femme 20, «être attentif au sauvetage que l'on peut apporter, par des actes précis, en ayant une démarche officielle dans les organismes concernés type tribunal... j'ai reçu Mme. J'ai constaté... consécutif à un comportement malveillant du... **Cela relève de la survie donc ça devient une urgence**. Signaler à des services officiels».

Femme 27, «oui c'est bien».

Femme 49, «c'est délicat car quand j'ai déposé plainte, et je l'ai fait parce que le flic m'a demandé (menace au fusil), je vous prie de croire que l'on est rien. Le mari

devait sortir dans les 48 h. Et moi j'étais à la maison et je me disais il va me massacrer et il y a personne pour me protéger....Ce n'est pas indispensable (de signaler), j'ai peur. **Il faudrait que la personne soit protégée».**

Signaler pour les enfants :

Femme 54, «ai signalé pour les enfants».

Femme 24, «l'enfant a peur et a besoin d'être protégé».

Nuance :

Femme 42, «d'aider plus parce que je me dis que s'il avait appelé la police... bah ce n'est pas un truc qu'il doit faire ça... je ne sais pas quoi dire».

Femme 53, «pas utile, je me suis mise toute seule à l'abri. Toujours prendre en compte l'avis de la personne si elle ne peut rien faire d'elle-même».

i. Reconnaissance de la souffrance ou du statut de victime

Femme 31, «plus de reconnaissance. Déjà on a du mal à se retrouver quand on met l'étiquette de violence conjugale, en plus quand on n'a pas le retour...».

Femme 32, «le problème est de ne pas être reconnue dans sa souffrance, par une autorité, une institution. On est à la recherche d'empathie, en attente par rapport à cette situation». « Reconnaître la souffrance c'est reconnaître la personne ».

«Vous n'avez pas toujours été dans cette situation désastreuse, vous avez eu une vie qui n'a pas toujours été violente. Vous avez une identité une personnalité. Il faut dissocier ce que l'on vit de la personne que l'on est».

Femme 42, «je me culpabilisais mais pour le médecin non, j'étais rien d'autre qu'une victime».

Femme 36, « reconnaissance **pour aider à sortir de l'engrenage».**

Femme 52, «on a besoin de l'entendre, **ça rassure** ».

Nuance : Pour une femme, ce n'est pas la peine...

Femme 55 «je savais que ce n'était pas normal...insultes, injures, mots indignes. On n'est pas à l'époque des barbares».

j. Impartialité / prise de position

Femme 29, «même si c'est son frère. Protéger le patient et qu'il ne prenne en considération sa famille, ses amis».

Femme 31, «prise de position, pas de langue de bois, ne pas se mouiller car ce sont des problèmes de couples, ils ne veulent pas être pris à parti, les bleus on est obligé d'agir, poser des mots : là c'est au-delà du raisonnable, normal/ pas normal ».

Femme 39 «donner son avis, s'il faut arrêter ou pas la relation».

Femme 49 «oui, même pour le CMI il ne s'est pas mouillé».

k. Travail en réseau

Femme 1, le médecin doit être en collaboration avec psychologue, doit travailler en réseau».

Femme 43, «travailler en réseau... oui c'est très important pour la femme, pour l'aider».

Femme 49, « e médecin n'est pas une assistante sociale, il n'a pas le temps. Il faut qu'il ait un lien direct avec une AS».

l. Quand il y a la barrière de la langue

Femme 27, «il y a des femmes qui ne parlent pas le français, ce sont des choses délicates. Orienter vers un médecin qui parle sa langue ou demander un interprète».

Femme 41, «a parlé quand a commencé à bien parler le français et le mari toujours avec elle en consultation mais dit que : «même si tu ne parles pas français, tu sais montrer, te faire comprendre moi je cachais moi-même».

m. Le médecin doit se faire confiance

Femme 26, «qu'il sache qu'on a confiance en le médecin de famille. Il a eu peur d'outrepasser ses compétences alors que non. Si je lui parle c'est parce que j'en ai envie, je lui fais confiance je lui dis des choses que je ne dis pas aux autre».

IV. Discussion

Les violences conjugales sont un phénomène de grande ampleur encore largement sous-estimé en France, notamment par la profession médicale dans son ensemble. Nous avons vu qu'il existe de nombreuses conséquences santé et les enfants en sont également des victimes. Le médecin généraliste par sa proximité avec la famille semble être un interlocuteur privilégié de ces femmes. D'ailleurs les nouvelles directives dans le 4^{ème} plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes place le médecin au centre du dispositif.

Nous avons voulu savoir quelle est, selon ces femmes, la perception de la place du médecin généraliste dans leur parcours initial. Nous avons également tenu à recueillir leurs attentes envers le médecin généraliste pour produire quelques pistes de prise en charge.

A. Points forts

Echantillon

La taille de l'échantillon est sans conteste très importante pour ce type d'étude. De plus, elle obéit aux règles de saturation sémantique des données. Cette saturation des données a été obtenue très rapidement pour certaines données et d'autres à la 50^{ème} personne par exemple. Chaque histoire de ces femmes est différente des autres malgré qu'on y puisse à plusieurs reprises déceler le mécanisme des violences (cf. introduction)

La représentativité : La composition de l'échantillon paraît semblable à celle de la population source, les femmes victimes de violences conjugales : Les femmes étaient issues de tout milieu social et d'âge très différents. Cette représentativité participe à la validité de notre travail.

Base de volontariat : plus enclin à parler et certaines participaient pour faire passer un message particulier aux médecins mais des zones bien sûr, relativement rares, sont restées tabou.

Recueil de données

Les entretiens semi-dirigés permettent une libre expression favorisée d'autant plus par l'anonymat.

Cette méthode a permis de soulever des résultats parfois inattendus. Notamment que la notion du médecin de famille pouvait être vue comme négative : il protège l'unité familiale avant les personnes elles-mêmes.

Méthode d'analyse

La validité interprétative : comme dans toutes les études qualitatives, l'analyste fait partie des résultats au même titre que les informations rassemblées. Sa subjectivité est vécue comme une source d'enrichissement positive et non comme un manque d'objectivité.

La relance sur les réponses, le fait de s'adapter aux enquêtées et surtout la triangulation des données participent à la validité interprétative des données.

B. Points faibles

Les biais éventuels ont été recherchés et évalués notamment sur leur impact possible sur les résultats. Par cette démarche nous renfonçons la validité de cette étude.

1. Biais de sélection

Il y a un possible biais de recrutement car celui-ci ne s'est fait que sur un seul site, l'association SOS Femmes 13 Marseille. D'autres sites de cette association sont présents dans le département (Istres, Aix en Provence, ...). Mais cette association est tout de même la seule association dans le département des Bouches du Rhône, spécialisée dans les violences conjugales.

N'ont alors pas été interrogées les femmes victimes de violences conjugales ne consultant pas cette association : les femmes qui sont sorties de la spirale, seules, ou prises en charge par une assistante sociale ayant son propre réseau d'aide par exemple... Ces personnes-là auraient-elles un autre profil ?

Il existe également un éventuel biais de volontariat qui est lié au fait que les caractéristiques des personnes volontaires peuvent être différentes de celles des personnes qui décident de ne pas y participer : les raisons pour lesquelles certaines femmes ont refusé de participer est le manque de temps (aller chercher les enfants à l'école), pas envie de participer (les raisons n'ont pu être développées mais probablement la lourdeur psychologique que l'entretien peut représenter).

Concernant le manque de temps lié aux enfants : les femmes de l'échantillon avaient un nombre d'enfants de 2 à 5 enfants dont certains en bas âge.

Malgré ces deux biais possible, il semble avoir une influence négligeable sur la représentativité de l'échantillon. Des femmes de tout âge et de tout milieu ont participé à l'étude.

2. Biais de classement /d'information

Le biais de classement est un risque inhérent à ce genre d'étude par subjectivité enquêteur.

Le biais d'information : Subjectivité de l'enquêté.

Il peut exister un biais de mémorisation : quelques-unes sont revenues plusieurs fois sur leurs dires.

Le biais de prévarication peut ou aurait pu exister : pour faire plaisir à l'enquêteur ou comme si c'était la bonne réponse de dire que le médecin généraliste est le premier médecin rencontré car l'enquêteur est médecin généraliste. Mais la question du premier médecin rencontré était formulée de telle façon à minimiser au maximum ce biais : « quel médecin avez-vous consulté en premier ? Et ce n'est pas les urgences, ni le gynécologue ou le psychiatre ou autres ? ».

3. Biais de confusion

Cela n'a pas pu être réalisé dans cette étude mais il serait intéressant de faire l'ajustement des facteurs de confusion par analyse multi-variée et stratification concernant les facteurs influençant leur parcours.

4. Erreurs inhérentes à une étude qualitative

Il existe des risques d'erreur d'interprétation :

- par erreur de description (oubli, minimisation ou rejet par sélection personnelle de l'analyste). Ce risque a été minimisé par la relecture transversale et longitudinales des verbatims avec parfois réécoute des enregistrements audio.
- Par erreur d'explication, i.e. compréhension incorrecte, commentaires erronés ou hors sujet et non conforme à la réalité.

Nous avons réalisé une triangulation des données pour minimiser ce biais. Cette étude semble valide puisque conforme à la réalité par triangulation.

Autrement dit, les données concordantes avec une étude similaire et aboutissent aux mêmes analyses, on peut fortement supposer que les résultats sont valides.

Les contradictions apparentes enrichissent l'étude et mettent en lumière les facteurs déterminants des comportements en fonction de leur contexte. Cela permet d'avoir une vision des multiples facettes de la réalité.

C. Résultats principaux

1. Caractéristiques démographiques

L'échantillon de femmes volontaires est varié sur le plan de l'âge, du statut marital du niveau d'étude, du travail, du nombre d'enfants. Il semble bien représentatif des femmes à l'échelle nationale.

Age : les femmes de l'étude sont âgées de 23 ans à 67 ans. L'étendue des âges est grande. La médiane est de 38 ans et un intervalle interquartile de 33 à 48 ans.

Sur la répartition des femmes par tranches d'âge : la tranche 30- 39 est la plus représentée suivie des 40-49, puis les 50-59 ans, comme le suggère la pyramide des âges française de 2014 qui se caractérise par un renflement entre 40 et 70 ans, dû au baby-boom mais décalée de 10 ans vers le bas.

Par ailleurs on remarque que, en comparaison à une enquête auprès de femmes se déclarant victimes de violences conjugales consultant aux urgences de l'hôpital Nord en vue de recherche de facteurs de risques de violences conjugales, les femmes de notre enquête semblent quelque peu plus jeunes sans que cela puisse être significatif. Mais on peut supposer tout de même que les femmes se rendant à SOS Femmes 13 sont dans une étape différente du parcours pour sortir des violences conjugales, avec peut-être plus de recul, et donc une réflexion sur le sujet plus étoffée.

Toutefois parmi les femmes rencontrées, certaines n'étaient pas sorties du domicile conjugal ou depuis peu.

Statut marital : 75,4% des femmes interrogées sont séparées de leur conjoint.

Ce chiffre nous permet de supposer une chose importante : les femmes interrogées sont avancées dans leur parcours de réflexion et de sortie des violences. Elles ont peut-être alors un certain recul par rapport aux violences conjugales qu'elles ont subies ou qu'elles subissent. Ce recul est important dans notre étude : elles ont donc éventuellement pu aussi analyser leur parcours concernant le médecin (leurs attentes etc.)

Concernant la répartition du statut marital toute forme de conjugalité est représentée, y compris l'homosexualité.

L'union la plus représentée est le mariage tout comme dans la population française mais cette différence en France a tendance à s'atténuer (6).

De plus, dans les unions autres que le mariage, 2% étaient en couple, à comparer aux 25,5% des femmes mariées non séparées du conjoint violent. Ceci peut s'expliquer par la plus grande difficulté administrative que le divorce représente en plus des difficultés liées à la relation elle-même (domination du conjoint l'empêchant de prendre toute décision), et fonction de la présence d'enfants ainsi que des difficultés financières que cela engendre.

Malgré ces difficultés, il y a tout de même parmi ces femmes liées par le mariage : 26,5% sont divorcées, 14,7% en instance de divorce et 35% des femmes mariées mais séparées sans être au moment de l'enquête en instance de divorce.

En aparté : les violences conjugales peuvent être un motif de divorce pour faute. Mais, étant donné que cette procédure est faussement considérée comme plus longue qu'un divorce à l'amiable, c'est cette catégorie-ci de divorce qui est malheureusement à tort privilégiée.

On note que 5 femmes ont eu plusieurs conjoints violents. Certains l'expliquent par « la mémoire traumatique » (24).

Les enfants : La médiane du nombre d'enfant par femme est de 2 (de 0 à 5 enfants maximum). Ce chiffre semble être comparable, sans pouvoir l'affirmer, aux taux de natalité de 2,14 dans les bouches du Rhône. Les familles nombreuses (au moins 3 enfants) représentaient 21,1% seront à comparer aux 15,9% de la région PACA et

18,4% en France en 2009 (INSEE). Des tests statistiques sont nécessaires pour affirmer ou infirmer la significativité de la différence.

35,1% ont au moins 1 enfant en bas âge, c'est-à-dire dont l'âge est inférieur à 3 ans (dont 20% en avaient 2, i.e. 4 sur 20 femmes).

Deux cas particuliers : une seule femme était enceinte et une femme n'avait pas d'enfant à elle, mais avait 2 enfants de sa sœur à charge (pathologie psychiatrique).

Des femmes avaient des pères différents pour leurs enfants (la plupart différentes de celles ayant plusieurs maris violents sauf 2).

Lieu d'habitation

74,5 % des femmes ont quitté le domicile conjugal au moment de l'enquête avec 47,2% vivaient dans leur propre domicile (dont 19,2% est l'ancien domicile conjugal).

A noter qu'il y a plus d'un quart de ces femmes qui n'avaient pas de domicile personnel (tiers, foyer, hôtel, SDF). Cela montre la précarisation de ces femmes qui peut-être engendrée ou aggravée par le départ du domicile. Ce qui rend la décision de partir très difficile, ce d'autant plus quand elles ont des enfants avec toute la charge émotionnelle que cela comporte.

26% des femmes vivaient au domicile conjugal au moment de l'étude : certaines malgré qu'elles soient séparées du conjoint « psychiquement ». Ce qui peut expliquer les différences entre le pourcentage de femmes séparées et celui des femmes vivant hors du domicile conjugal.

A noter que deux femmes, n'ont jamais vécu avec le conjoint violent : ce qui nous rappelle que les violences conjugales concernent aussi les partenaires sexuels d'où le terme anglo-saxons de « intimate violence partner ».

Niveau d'étude et travail

Les femmes ont tendance à avoir un niveau d'étude plus élevé que les hommes (18% de bas niveau d'études chez les femmes versus 21% chez les hommes) mais un accès plus difficile à l'emploi : 46% des femmes travaillent (50% des femmes en PACA) versus 74% des conjoints violents. La significativité de ces différences n'a pu être démontré ici. Mais effectivement, comme le rapporte l'INSEE, l'écart de pauvreté

entre les hommes et les femmes est encore plus creusé en Provence-Alpes-Côte d'Azur qu'au niveau national. En premier lieu parce qu'il y a davantage de femmes seules et de mères isolées dans la région.

En particulier, les femmes immigrées sont moins souvent en emploi ou à des postes moins qualifiés.

Quel que soit le nombre d'enfant, le taux d'emploi féminin est toujours inférieur à celui de l'homme.

L'écart de taux d'emploi diminuerait avec le diplôme. Les femmes travaillent dans des secteurs moins rémunérateurs.

Un test de chi² sera nécessaire pour montrer l'influence du sexe sur l'accès au travail.

Sans que cela n'ait été recherché initialement, il est ressorti que 1/3 des femmes interrogées disent ne pas accéder à un emploi ou l'avoir perdu à cause du conjoint violent et 100% des arrêts de travail seraient également liés aux violences.

Les violences conjugales seraient-elles un facteur de risque supplémentaire à l'accès au travail des femmes.

Cela dit, toutes les catégories socio-professionnelles sont représentées : étudiante, retraitée, chômeuse, travailleuse peu qualifiée comme agent d'entretien jusqu'à la femme diplômée (agréées, ingénieures, avocate)

Grossesse : 18% estiment que les violences se sont déclenchées pendant la grossesse comparés au 1 à 20% dans les autres études notamment 7% dans l'étude de e. Piet, ou dans EuroPop 2,1% (0,6 à 3,7). Mais selon l'étude du Dr Saurel la grossesse ne serait pas un facteur de risque.

32% des femmes estiment que les violences se sont aggravées pendant la grossesse, notamment par le passage aux violences physiques (38% pour l'étude du Dr Piet).

Des violences ont pu être déclenchées ou aggravées au décours de l'accouchement (jusqu'à 1 an) après selon 16% des femmes (contre 11% de déclenchement post partum pour l'étude du Dr Piet et 4% en France en post partum dans l'étude du Dr Saurel). Certaines femmes ont déclaré qu'au décours de la grossesse que les violences ne se sont pas aggravées mais qu'elles ne les supportaient plus.

Globalement 58% des femmes pensent que les violences conjugales se sont déclenchées ou aggravées autour de la grossesse.

Médicaments et toxiques Les femmes et leur conjoint consomment dans des proportions qui semblent similaires des médicaments et/ou toxiques (65% versus 58%). Mais on constate en fonction du sexe des profils de consommation différents. Les femmes consomment dans la majorité des cas des médicaments (91,9%) comprenant principalement des antalgiques, anxiolytiques et antidépresseurs. Tandis que les hommes ont une tendance à consommer de l'alcool. Ceci devra être confirmé par des tests statistiques type Chi2.

Il peut exister toutefois un biais de mémorisation car certaines femmes ne savaient pas si leur conjoint prenait des médicaments (« il me cachait beaucoup de choses »).

- médicaments : La France se situe au premier rang des pays européens pour la dépense de médicaments par habitant. 48 boîtes par habitant sont consommées par année. Les femmes victimes de violences conjugales consommeraient-elles autant de médicaments que la moyenne Française ?

59,7% des femmes consommaient des médicaments et 14% des hommes.

- alcool : En France, on estime que 52% des hommes et 20% des femmes ont, de façon occasionnelle ou régulière, une consommation d'alcool à risque. Mais seulement 13% des Français sont des consommateurs quotidiens. La consommation d'alcool est plus fréquente chez les hommes : 19% d'entre eux en boivent tous les jours, contre 7% des femmes mais globalement (INPES).

Les chiffres obtenus dans cette études semblent correspondre : 12,3% des femmes consommaient de l'alcool au-delà de l'occasionnel et 52,6% des hommes.

Dans les études comparant violences conjugales et alcool, près de la moitié des femmes déclarant des violences de la part de leur conjoint estiment que celui-ci est sous emprise de la drogue et/ou de l'alcool, révèle une étude de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP). L'hypothèse d'une relation causale entre l'usage d'alcool et les actes violents n'a jamais été démontrée intégralement et il semble certain que cette relation causale ne serait pas systématique et ne concernerait que certains individus en certaines circonstances.

- Drogues : 10,8% des femmes et 19,3% des hommes consommaient des drogues (cannabis surtout).

En 2010, l'expérimentation du cannabis concerne environ un tiers (33%) des adultes de 18 à 64 ans. L'usage actuel (dans les 12 derniers mois) concerne 8% des 18-64 ans (11% des hommes et 5% des femmes),

Les femmes et leurs conjoints de cette étude semblent consommer plus de drogues que la moyenne nationale.

Concernant les femmes, les toxiques les plus souvent associés :

Médicaments et alcool ou Alcool et drogues à égale fréquence.

Médicaments, alcool et drogues pour l'une d'entre elle.

L'alcool ou la drogue n'étaient jamais consommés seuls. L'association médicaments/drogue n'existait pas.

Concernant les conjoints, les associations les plus fréquentes sont alcool et drogues puis médicaments et alcool.

Immigration 56% des femmes interrogées sont des immigrées (nées à l'étranger sous une nationalité étrangère). Ce chiffre semble significativement plus élevé que celui du département voire de Marseille. Ceci devra être confirmé ou infirmé par un test statistique

9,7% de la population des Bouches du Rhône (Marseille 12,6% et 8,1 en France). Dans la région PACA, 38% de la population immigrée est issue de l'Union européenne des 15 (1), suite aux premières vagues d'immigration dans les années 20 puis 50, et 38% du Maghreb (2), avec une immigration plus récente. Dans les Bouches-du-Rhône près d'un immigré sur trois vient d'Algérie, tendance qui se retrouve dans cette étude.

Cela dit l'autre moitié des femmes n'étaient pas des immigrées. Les femmes nées sur le sol français ne sont pas protégées des violences conjugales. Celles-ci existent dans toutes les cultures, même française. Il a été évoqué par l'association canadienne de psychiatrie entre autres que les sociétés patriarcales, comme la France, où l'homme dirige autorisent la survenue de violences conjugales.

Handicap : 14% des femmes étaient déclarées «handicapée», reconnues administrativement comme telle. Environ 10% de la population, soit 650 millions de personnes, vivent avec un handicap (OMS). En France en 2007 (INSEE), 1,8 million

de personnes en « limitation d'activité » de 15 à 64 ans, reconnue de manière administrative. Le handicap concerne précisément 17% des femmes de 25 à 39 ans, 30% de 40 à 49 ans et 49% de 50 à 64 ans.

Le taux de handicap dans cette étude ne représente que 14% mais il est reconnu que les violences conjugales sont un grand pourvoyeur d'invalidité chez les femmes de 16 à 44 ans en Europe.

Antécédents personnels ou familiaux : 41,5% avaient été témoins de violences conjugales et 40,4% avaient subi une forme de violences dans l'enfance : de la part des parents (violences physiques ou abandon), dans les mêmes proportions par le père ou la mère.

L'étude ENVEFF montre que seulement 1/3 des femmes ayant été témoin ou ayant subi des violences dans l'enfance sont victimes de violences conjugales, même si ces personnes représentent une proportion importante de femmes victimes de violences conjugales.

Type de violence : les violences conjugales n'existent pas sans violences psychologiques. Il existe alors un véritable continuum entre les violences psychologiques et les autres types de violences (physiques, économiques et sexuelles). Ceci est retrouvé dans l'enquête ENVEFF et plusieurs autres études. Cela insinue que lors de la rédaction du certificat médical initial, les conséquences psychologiques sont à évaluer systématiquement dans la description et le quantum d'ITT.

A noter que les violences psychologiques peuvent être isolées. C'est le cas dans cette étude dans 3,5% des cas. Toujours concernant le médecin généraliste, le CMI peut être rédigé malgré l'absence de violences physiques notamment.

Associées aux violences psychologiques, il y a les violences physiques (89,5%), économiques (66,7%) et sexuelles (36,8%).

L'association de violences la plus fréquente est celle des violences psychologiques, physiques et économiques pour 20 femmes (35%).

Ensuite la deuxième association la plus fréquente est l'association de tous les types de violences dans 26,3% des cas.

L'ampleur des violences sexuelles dans cette étude montre que c'est un sujet dont les femmes ne parlent évidemment pas spontanément, mais surtout qu'une fois la définition des violences sexuelles dite et que la question est posée, elles répondent.

Il est alors nécessaire au médecin généraliste de poser les questions sur les différents types de violences qu'elles subissent pour évaluer la gravité de la situation en partie.

Ces femmes verbalisent bien que : si le médecin pose la question, elles répondent. Cela est du fait justement de son statut de médecin dans lequel elles voient une bienveillance.

Durée des violences : La durée des violences au moment de l'enquête est très variable allant de 5 semaines à 41 ans. La médiane est de 3 ans et 64,9% durent moins de 5 ans. Pour certaines, les violences continuaient soit, malgré que la séparation soit effective, soit parce qu'elles vivaient au domicile conjugal.

Cette durée est subjective. Elle a pu être sous-estimée par certaines en fonction du moment de la prise de conscience des violences subies. Mais il semble qu'un nombre important de femmes avaient un certain recul sur leur situation et ont a posteriori « recollé les morceaux du puzzle », i.e. reconstitué l'historique des violences, et donc ont pu déterminer avec plus de justesse le départ des violences, même si, on le sait, c'est un processus bien souvent insidieux au départ.

Temps depuis le départ du domicile conjugal

Au moment de l'étude, les femmes ont en moyenne quitté le domicile conjugal depuis 1 an 6 mois et 20 jours. Encore une fois, le fait de quitter le domicile conjugal n'est pas synonyme d'arrêt des violences conjugales, parfois bien au contraire. Nous rappelons que certains non jamais vécu ensemble, pour 2 femmes.

Pour une femme les violences conjugales ont commencé après la séparation : psychologique, physique et économique.

27% vivent dans le domicile conjugal au moment de l'étude. Cela comprend aussi les femmes qui l'ont quitté puis sont revenues.

Le moment où elles en parlent au médecin correspond sensiblement au moment depuis le départ du domicile conjugal, comme si elles avaient déjà fait tout un

processus de réflexion et en ont parlé une fois la décision prise de partir ou comme si le médecin était un tremplin pour sortir de ces violences.

Médecin traitant : Les femmes ont un médecin traitant dans 89,5% des cas (51 femmes). Dans 56,1% des cas, le médecin traitant était le même que le conjoint. Pour 6 femmes, la notion du médecin traitant du conjoint n'a pu être reçue (question posée mais réponse à une autre question ou raconte son histoire ou question omise).

6 femmes n'avaient pas de médecin traitant pour les raisons suivantes : d'abord du fait d'un déménagement plus ou moins loin de leur médecin traitant, notamment en venant de l'étranger, une interdiction par le conjoint de consulter un médecin, voire interdiction de sortir pour 2 femmes (dont une en avait un avant d'emménager avec lui loin de son premier domicile) ou bien par habitude de consulter aux urgences car la femme travaillait à l'hôpital et d'autant plus que dans son pays d'origine (Algérie), il n'y a pas la notion de médecin traitant.

2. Accès aux soins

35,1% des femmes interrogées disent avoir un accès difficile au médecin. Ce chiffre se rapproche du niveau d'accès aux soins des patients de médecins du monde, connus pour être d'une très grande précarité mais ici ce sentiment est retrouvé dans des milieux socio-économiques très différents.

L'absence de domicile propre pour plus d'un quart des femmes et cette limitation d'accès aux soins, sont autant d'éléments nous amenant à penser que les violences conjugales sont un facteur important de précarité des femmes qui en sont victimes avec toutes les conséquences sur la santé que cela comporte.

C'est en ce sens qu'il est important d'avoir à l'esprit qu'avant de parler du choix du médecin et des freins psychiques des femmes, il y a des femmes qui n'ont tout simplement pas accès au médecin. De nombreuses **causes extrinsèques** limitent leur accès aux soins :

- contrôle des ressources par le conjoint qu'elles travaillent ou pas. D'ailleurs l'accès au travail est lui aussi limité par le conjoint selon 1/3 des femmes. De plus, ce qui peut les limiter, lorsqu'elles pourraient consulter malgré peu de moyens, est que le fait le conjoint voire ex-conjoint est remboursé. Associé à cela, les documents leur

sont parfois confisqués telle que la carte vitale ou elles n'ont pas du tout ni papiers, ni de couverture sociale.

- Isolement

Physique par la séquestration, l'interdiction de sortir du domicile conjugal, la mise à distance du milieu d'origine et donc du médecin traitant (par le déménagement)

Ou psychique (menace de mort de la part du conjoint ou la faire croire qu'on la prendra pour une folle si elles parlent.

- La barrière de la langue : ce frein semble être le seul facteur spécifique aux femmes immigrées. Cependant, ce n'est pas un frein pour toutes les femmes immigrées : quelques femmes affirment que « même si tu ne parles pas français, tu sais montrer, te faire comprendre. Moi je cachais moi-même ». Ce serait plutôt les facteurs psychologiques des femmes qui les bloqueraient, la barrière de la langue en est que l'expression.

- Le temps d'attente, notamment aux urgences («avec un enfant en bas âge, ce n'est pas possible») ou par peur de laisser seul l'enfant avec le conjoint violent car peut l'être avec l'enfant.

- Et l'impossibilité physique de se rendre chez le médecin du fait de la douleur.

Ces facteurs extrinsèques sont importants et en très grande partie liés au conjoint. Celui-ci s'immisce véritablement dans la relation médecin/femme, jusqu'à entraîner une limitation d'accès aux soins. Ceci peut s'expliquer par la relation d'emprise que le conjoint violent entretient avec la femme.

Cette limitation d'accès aux soins par le conjoint violent s'intègre facilement dans le mécanisme des violences conjugales. Cela implique que même en l'absence du conjoint en consultation, il a une influence psychologique sur la femme, ce qu'elle va dire ou pas, son comportement.

Les **facteurs intrinsèques**, comme nous venons de le voir, en partie provoqués par la relation avec le conjoint violent, sont retrouvés également dans d'autres études et reconnus par les médecins : la honte, la culpabilité, la peur, le déni (« les coups, ce n'était pas tous les jours ») ou quand les violences psychologiques sont isolées). L'ignorance que ce qui leur arrive est puni par la loi (viol entre partenaires...)

Certaines n'en ont pas ressenti le besoin, ou n'y ont pas pensé car croyaient que l'homme allait changer ou que le médecin ne pouvait pas l'aider car c'est un problème considéré comme personnel. Ce sentiment est partagé par certains médecins. A plusieurs reprises il a été dit que le médecin ne s'occupe que du physique («ce n'est pas un psychologue»). De plus du fait du sentiment d'isolement, elles pensent parfois que c'est un problème qu'elles doivent régler seules.

En somme, être femme victime de violences conjugales semble bien retarder l'accès aux soins voire l'empêcher. Un grand facteur, outre les facteurs liés à la femme et au médecin, est celui du conjoint violent.

3. Le médecin de premier recours

Une majorité des femmes rencontrées à SOS Femmes 13 à Marseille en ont parlé à un médecin (82,5%). L'association n'a pas de protocole spécifique si les femmes n'ont pas vu de médecin à leur arrivée. Il existe une convention avec l'hôpital Européen mais qui est proposée si elles n'ont pas d'accès à d'autres médecins.

Le médecin généraliste est le spécialiste consulté en première intention pour les violences conjugales (66% avec 55% de médecin traitant). Vient ensuite les urgentistes, puis le psychiatre, puis d'autres (gynécologue, médecin rééducateur de l'enfant du couple, interniste et médecin légiste).

Le médecin généraliste, médecin de premier recours dans le cadre des violences conjugales semble logique si on prend en considération le carré de White. De plus il a été montré dans d'autres études que le médecin généraliste était le spécialiste en première ligne pour les violences conjugales (Rapport Henrion (5))

Par ailleurs, le temps mis pour en parler est relativement court contrairement à ce que nous aurions pu imaginer : 25% des femmes en parlent dans les 3 premiers mois dont 1/3 dans la première semaine des violences physiques. La médiane est de 2 ans. Mais ceci est à nuancer par le fait qu'elles repèrent les violences tardivement pour certaines les violences conjugales. Cela dit, 3/4 des femmes de cet échantillon sont séparées du conjoint violent et ont pu prendre du recul.

4. Facteurs influençant le choix du médecin

a. Facteurs favorisants

1) *Nature de la relation*

Pour le médecin généraliste : La confiance en le médecin généraliste, c'est la notion mise en avant par la quasi-totalité des femmes, par sa **position de médecin**, par la **qualité de la relation** voire par les **liens tissés avec sa famille** ou enfin la **durée de la relation médecin/malade**.

Ceci est corroboré par une étude qui précise qu'elles recherchent en lui une relation de sécurité en plus d'être un « humain accessible »(47).

Mais dans l'étude, quelques femmes n'avaient pas d'estime pour lui, surtout dans le cas où le médecin traitant du couple a été choisi par le conjoint et parce que, selon elles, il était du côté du mari et négligeait leur prise en charge.

Ou au contraire, pour une femme, le trop de respect pour le médecin la faisait craindre de le déranger avec des problèmes familiaux. Une autre encore du fait de sa proximité, de son amitié avec le médecin n'a pu en parler et le médecin semblait tout aussi gêné.

Malgré cela, pour quelques-unes, la structure des urgences, de l'hôpital ont un effet rassurant. Les urgences permettent également un certain anonymat (cf. peur des représailles, rumeurs) puisqu'ils ne connaissent pas le conjoint, ni la femme elle-même. Parfois les urgences étaient « le lieu » où sont rédigés les certificats médicaux initiaux.

2) *Disponibilité du médecin*

Le médecin généraliste semble être le spécialiste le plus disponible, accessible :

- Proximité par rapport à l'hôpital : le médecin généraliste est le plus souvent géographiquement plus proche de ses patients que les urgences notamment. Mais parfois l'éloignement géographique favorise la parole, moins peur des représailles car il a moins de contact avec le conjoint violent.
- Temps d'attente
Le temps d'attente est moindre chez le médecin traitant (cf. attendre urgences des heures avec un enfant en bas âge, «ce n'est pas possible»).

3) **Rarement parce qu'il connaît le conjoint**

Quelques femmes sont allées quand même voir le médecin traitant du conjoint parce que :

- Il pourra alors donner un avis éclairé sur la relation puisqu'il connaît le conjoint.
- Demander une prise de sang ou traitement pour le conjoint.
- Plus proche du domicile quand elles ont emménagé au domicile du conjoint,

b. Facteurs freinateurs

1) **Pourquoi vers les autres spécialistes ?**

(a) *Par orientation par un tiers*

Les femmes n'ont pas eu toujours le choix du médecin :

Les **médecins généralistes** autre que le médecin traitant ont été **sollicités par un tiers** : le conjoint, l'employeur, le foyer où la femme est accueillie.

Concernant les **urgences**, elles s'y sont rendues après **incitation de la police ou emmenées par les pompiers**.

Concernant les **psychiatres**, les femmes ont été conseillées par des **amies**.

Concernant le **médecin légiste**, par **réquisition** de la police évidemment.

(b) *Par référence*

Elles consultent le spécialiste quand elles ont une pathologie particulière car elles peuvent penser qu'il est plus à même de répondre à ses questions, notamment aux possibles conséquences des violences sur : la maladie chronique, la grossesse.

Parfois le médecin traitant étant prenant en charge globalement la personne et plus disponible que le spécialiste sera l'interlocuteur privilégié.

Dans le cas des psychiatres, elles les rencontrent pour comprendre ce qui leur arrive et rechercher des solutions.

(c) *Selon la gravité des faits*

Lors de violences physiques graves d'autant plus si ce sont les premières ou bien quand il a eu effraction du domicile lorsqu'ils ne vivent plus ensemble car il arrive qu'elles portent plainte pour la première fois après la séparation. Ceux-ci sont les mêmes circonstances quand elles sont orientées par la police ou les pompiers.

Mais parfois à l'inverse, quand elles estiment que les violences ne sont pas assez importantes pour en parler.

2) Pourquoi pas le médecin traitant ?

(a) Le fait que le médecin connaisse le conjoint

Le fait que le médecin connaisse le conjoint peut gêner en soi la femme (problème du secret médical) mais ceci est d'autant plus fort quand le médecin généraliste a été présenté par le conjoint et qu'ils se connaissent de longue date (ainsi que la belle-famille). Il reste dans l'esprit le médecin traitant du mari.

Une enquête a montré que les médecins généralistes sont tout aussi gênés que les femmes quand ils ont leur conjoint dans leur patientèle (5).

(b) Motifs de consultation masqués

Les difficultés pour le médecin généraliste est que le motif de consultation n'est pas celui des violences conjugales voire même elles consultent pour leurs enfants.

Le motif est évident quand elles consultent d'autres spécialistes ou le médecin généraliste autre que le médecin traitant.

(c) Loin géographiquement

Un nombre non négligeable de femmes déménage à plusieurs centaines de kilomètres de leur ville d'origine et du médecin traitant en qui elles ont confiance, participe à l'isolement des femmes.

(d) « Il n'a pas le temps »

Il est très largement reconnu aux médecins généralistes qu'ils n'ont pas de temps, notamment d'écouter, surtout les médecins exerçant en ville : Si la salle d'attente pleine, elles n'oseront pas parler.

Il est ressorti d'une enquête auprès de médecin généraliste entre autre qu'en effet ils manquent de temps.

5. Communication : les clefs

Des solutions en termes de communication ressortent des entretiens :

- Etre seule en consultation

Ceci semble être une **condition majeure** pour qu'elles puissent parler au médecin traitant. Ici, elles n'ont jamais parlé en présence de leur conjoint. Ce qui est tout à fait compréhensible lorsqu'on a compris le mécanisme des violences conjugales. D'où l'intérêt de voir les patientes parfois sans le conjoint quand les deux sont suivis par le même médecin traitant. Ceci d'autant plus quand il l'accompagne systématiquement en consultation et **même si elle ne parle pas français**...Il est toujours possible de se faire comprendre par les gestes.

- Questionner

Le problème est rarement très évident au point que la question n'a pas besoin d'être posée. Dans deux cas où cela est possible : le contexte des urgences où les pompiers ou les forces de l'ordre ont amenées les patientes, ou bien les conséquences physiques surtout sont tellement visibles que elles se permettent parfois d'en parler d'elles-mêmes.

Mais en ce qui concerne le médecin traitant, le motif de consultation lors de la révélation des violences conjugales était celui des violences que dans 1/3 des cas seulement. De fait, le médecin généraliste doit poser plus de questions que les autres spécialistes.

Elles disent ne être pas gênées pour la grande majorité que le médecin pose la question : « **c'est un médecin je répons** ». Le statut de médecin permet de poser les questions délicates. De plus entre le médecin généraliste et sa patientèle il y a une certaine confiance :

- Pour celles qui ont conscience du problème, la question est une autorisation à parler.
- Pour celles qui seraient encore gênées, elles savent alors que, quand elles seront prêtes, le médecin sera là pour l'écouter.
- Et pour celle qui n'ont pas conscience du problème...début de prise de conscience « j'étais en boucle avec moi-même »

Les femmes nous proposent ici de poser les questions les plus indirectes («A la maison, comment ça va ?») aux plus directes. Dans la thèse du Dr Bounoure, les questions devaient être posées de la plus directe la plus indirecte en fonction du degré de confiance entre médecin/femme.

- La blouse blanche ajoute à la représentation de bienveillance et de protection qu'elles ont du médecin
- Ecoute

Rechercher les différents types de violences...pour qu'elles se sentent comprises.
« Dans l'ensemble du problème ». Une fois écoutés, elles se sentent protégées.

- Lésions physiques sont une véritable preuve de ce qu'elles disent et ce qui peut également aider à en parler.

A part : le médecin homme ou femme, une différence ?

Pour la majorité homme ou femme cela n'avait pas d'importance du fait du statut de médecin, en fonction de la qualité de la relation,... et parfois même le fait que ce soit un homme était plus sécurisant (symbole d'autorité, de protection).

6. Les attentes envers le médecin traitant

Beaucoup de leurs attentes ont été évoquées par d'autres études et mises en avant par les associations spécialisées dans la prise en charge de violences conjugales.

a. Du conseil jusqu'à l'orientation

Elles attendent du médecin des conseils car d'abord c'est un être humain comme les autres mais aussi c'est son rôle et elles ont confiance en lui. Elles n'attendent pas forcément, en tout cas pas seulement, qu'on leur dise d'aller porter plainte ou "il faut partir" ou "faut faire".

C'est ce qui est également soutenu par les associations spécialisées, notamment SOS Femmes 13 : le « il faut » les maintient dans cette position d'objet et en tant qu'objet elles ne sont pas en posture d'agir. Pour redevenir sujet et donc réagir, elles ont besoin de reprendre confiance en elles et être soutenue.

Beaucoup de femmes disent manquer d'information car elles sont totalement démunies, perdues, désorientées : «Tout est effacé, j'étais dans la bulle de mon ressenti». Certaines notamment immigrées, ne connaissent pas les structures possibles, «je ne connais pas mes droits».

A partir de ce constat, il leur semble important d'être orientées vers un spécialiste tel que le psychiatre (ou un psychologue), comme il le ferait pour une pathologie somatique et également, dans le cadre des violences conjugales plus spécifiquement, les autres orientations opportunes sont l'assistante sociale,

l'association d'aide (en donnant un numéro, une adresse), voire un foyer : «les femmes en sortant du cabinet doivent savoir où aller». Une étude confirme cela en disant qu'elles attendent des solutions concrètes, et non pas juste le « allez porter plainte » (48)

Mais avant cela, elles disent ne pas savoir que leur médecin peut être une aide dans leur démarche. Le 4^{ème} plan triennal de lutte contre la violence faite aux femmes (49) devrait améliorer l'information grand public sur ce sujet-là puisque le médecin généraliste est placé au centre de la prise en charge de ses femmes.

Cela dit quelques femmes affirment que les informations n'arrivent pas jusqu'à elles si elles n'en ont pas conscience du problème ou au contraire d'autres disent encore que c'est à elles de chercher les informations, au vue des moyens de communication et d'information que l'on a à disposition.

Certaines disent que cela n'est pas un problème d'information mais ce qu'on en fait... prendre la décision d'appeler, d'aller dans une association, etc.

Ce qui nous rappelle l'importance de les soutenir pour qu'elles redeviennent sujets pour qu'elles puissent réagir.

b. Ecoute, compréhension, soutien

«Être écoutée c'est déjà bien et être comprise, on se sent protégée » : c'est notion a été soulevée par une étude (50)

C'est le rôle du médecin pour une majorité de femme. Son attitude doit montrer qu'il écoute. L'importance du comportement du médecin(51), notamment dans la **communication non verbale**, est soulevée dans d'autres études : sourire empathique, regard appuyé (48) (52) (53) ou dans notre étude, une main posée sur l'épaule en fin de consultation, sont parfois plus efficace que les mots. Egalement la blouse blanche est souvent perçue comme un symbole de protection.

Prendre le temps de connaître pour mieux guider : lorsque le médecin suspecte des violences conjugales ou simplement lorsque des « conflits conjugaux » lui sont rapportés, il pourrait demander la présence d'autres types de violences pour mesurer l'ampleur du problème, corroboré par une étude (54).

Il faut les croire car elles ne mentent pas sur les problèmes concernant leur conjoint...c'est assez honteux pour qu'elles aient des difficultés à en parler et les entendre « dans l'ampleur du problème ».

c. Poser la question

Les femmes attendent du médecin qu'il pose des questions (48) (30) au minimum **quand il y a des signes d'alerte** qui sont selon elles : outre les lésions physiques et des syndromes anxieux ou dépressifs, une fréquence augmentée des consultations, soit liée par une accumulation brutale de pathologies somatiques, soit par des motifs de consultations multiples et flous. Ou bien lorsqu'elles présentent une pathologie psychosomatique : « On m'a dit que c'est psychologique mais personne n'a cherché à savoir pourquoi».

Poser la question plus directement **peut permettre à la femme de prendre conscience du problème** (30) et est **une porte ouverte** (55) : elles savent alors que le médecin est sensible à cette problématique et qu'il sera à son écoute quand elle sera prête (56).

Pour celles qui ont conscience du problème, c'est une **autorisation tacite à parler** des violences subies (47).

Comment : Elles proposent de poser la question **de manière assez systématique** mais qui peut être **de manière détournée** « comment ça va à la maison ? » puis au fil des consultations **de plus en plus précises**. Dans une étude, il était plus favorable de parler de manière indirecte quand la relation médecin/patiente était de longue durée et de manière directe si le médecin et la patiente étaient inconnus de l'un l'autre (57).

Il leur semble important de **respecter sa temporalité**(47), il ne faut pas les forcer car si «elle n'est pas prête ce n'est pas possible», en ayant du tact, en s'adaptant au rythme de la femme...en posant la question on sème une graine dans sa pensée qui portera ces fruits à un moment donné.

La prise en charge des femmes victimes de violences conjugales est un accompagnement qui peut-être long mais enrichissant pour le médecin à condition d'avoir compris la problématique de ses femmes.

Oser la poser : **le médecin doit s'autoriser poser des questions**, même s'il y a une certaine affinité entre le médecin et la patiente, car **elles ne sont pas gênées** dans la majorité des cas malgré ce que pensent les médecins : « C'est un médecin, s'il pose la question je réponds ». Quand bien même elles sont gênées, cela peut ensuite « désamorcer une situation ». Plusieurs études vont dans ce sens. (5)

Quelques femmes reconnaissent que cela peut être difficile pour un médecin de s'immiscer dans la vie des gens.

d. Alerter les autorités

Le médecin a un rôle protection.

Le signalement ou une autre sorte de démarche officielle à créer, sont des éventualités envisagées par certaines femmes mais que « **s'il y a vraiment des gros coups** » et, selon elles, **une femme adulte seule sans enfants peut être aussi vulnérable et fragile**, par son éducation, parcours professionnel et avoir besoin d'être entourée, sécurisée. Elles souhaitent par ailleurs que leur consentement soit recueilli sauf en cas de danger imminent.

Les conditions de levée du secret médical rejoignent leurs propos.

Mais si le problème est signalé il faudrait que la personne soit protégée : «C'est délicat car quand j'ai déposé plainte, et je l'ai fait parce que le flic m'a demandé (menace au fusil), je vous prie de croire que l'on est rien».

La très grande majorité des femmes estimaient que les enfants étaient également victimes directes des violences conjugales ou du moins témoins de celles-ci. C'est pour cela que certaines émettent la possibilité de **signaler pour les enfants** quand ceux-ci sont en danger.

Pour une ce n'est pas utile car je me suis mise toute seule à l'abri.

e. Reconnaissance

La reconnaissance de la souffrance pour être reconnue en tant que sujet par une autorité que peut représenter le médecin est importante pour quelques femmes : « **Reconnaitre la souffrance c'est reconnaître la personne** ».

Egalement le fait d'être reconnue parfois comme telle est une manière de dire que ce qui leur arrive n'est pas normal : « Déjà on a du mal à se retrouver quand on met

l'étiquette de violence conjugale, en plus quand on n'a pas le retour... », Cela **aiderait à sortir de l'engrenage.**

Ces propos sont à modérer car il a été par ailleurs constaté que la désignation des personnes comme victime avait un impact positif que sur certaines personnes mais pour d'autres cela n'avait aucun effet voire au contraire un effet délétère.

f. Impartialité et prise de position

Les femmes demandent au médecin d'être impartial, même si c'est le médecin traitant du conjoint, même s'il est ami de la famille du conjoint.

Les femmes consultent leur médecin traitant, celui en qui elles ont confiance, qu'elles connaissent depuis de longues années, pour des problèmes de couple. Dans ces périodes où elles s'interrogent sur ce qu'elles vivent... elles attendent qu'on les **aide à prendre conscience** de ce qui est normal pas normal, il faudrait dire plutôt ce qui est interdit ou pas par la loi puisque la morale varie selon les personnes et la loi est valable pour tous : «Un médecin qui vous voit arriver avec des bleus, il n'a pas le droit de vous faire espérer. La situation est dramatique, il faut la prendre comme telle dès le départ».

g. Travail en réseau

Les violences conjugales sont une problématique complexe. Pour une prise en charge plus efficace et moins pesante pour le médecin en termes de temps et d'énergie « car le médecin n'a pas le temps et qu'il n'est pas psychologue ou assistante sociale », l'idée du réseau de prise en charge est intéressante.

Des réseaux plus ou moins formels commencent à émerger : forces de l'ordre, assistante sociale, associations spécialisées notamment. Le 4ème plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014 – 2016 projette la constitution de ces réseaux en plaçant le médecin au centre du dispositif, ou du moins il est le point d'entrée dans le réseau.

h. Le médecin doit se faire confiance

Ne pas avoir peur de ce que le patient a à dire et doit **se faire confiance, confiance en son rôle de médecin** : « Ne pas avoir peur d'outre passer ses compétences alors que non. Si je lui parle c'est parce que j'en ai envie, je lui fais confiance je lui dis des choses que je ne dis pas aux autres ».

V. Conclusion

Dans cette étude qualitative observationnelle, nous avons analysé la place du médecin généraliste et ses représentations auprès des femmes victimes de violences conjugales dans leur parcours initial : Nous voulions savoir si le médecin généraliste est le médecin de premier recours dans le cadre des violences conjugales et quels sont les facteurs susceptibles de modifier leur parcours. En révélant ces facteurs, nous cherchions à révéler les clefs de communication du médecin et de la femme. Nous avons souhaité connaître également leurs attentes quant à la prise en charge, dans le but ultime d'établir une proposition de conduite à tenir claire pour les médecins généralistes. Ceci permettrait d'aider les médecins à la prise en charge de ce problème de santé publique bien souvent sous-estimé et notamment en termes de conséquences sur la santé.

Pour cela nous avons réalisé 57 entretiens auprès de femmes victimes de violences conjugales actuelles ou passées. Les femmes interrogées avaient apprécié de participer à l'étude. Elles ont aimé être écoutées, soulagées un instant d'avoir pu vider leur sac encore bien lourd d'émotions. C'était aussi pour elles une façon d'aider les autres femmes dans leur situation. Touchées et touchantes, ces femmes-courage m'ont marquée de manière indélébile...

L'échantillon volontaire est consistant et varié, apportant un atout dans cette étude qualitative.

Le médecin généraliste est bien le médecin de premier recours dans le cadre des violences conjugales :

La confiance est la notion mise en avant par la quasi-totalité des femmes, par sa position de médecin, du fait de la durée de la relation médecin/malade mais surtout par la qualité de la relation et en partie par les liens tissés avec sa famille. Justement le fait qu'il soit peut-être déjà au courant des violences par l'entourage les aide à parler.

L'accessibilité du médecin généraliste, « cet humain accessible » : en plus de sa proximité avec la famille, le médecin généraliste est également car souvent proche géographiquement de sa patientèle et parfois plus atteignable en termes de temps que les urgences selon elles. Elles ont toutefois pu choisir au contraire

consulter à des dizaines de kilomètres un médecin, l'ancien médecin traitant surtout, à distance du domicile conjugal comme si le secret médical était mieux gardé.

Mais elles ont pu être freinées pour tous les spécialistes par :

Bien évidemment la honte, la peur, la culpabilité les paralysent. Le respect qu'elles portent au médecin avec la crainte de le déranger avec des problèmes familiaux qui les gêne. Le sentiment d'isolement perçu par la majorité des femmes (par le conjoint, la belle-famille voire sa propre famille) les limite dans leur parcours. En conséquence, certaines ne savent pas que le médecin pourrait prendre en charge cela voire pensent que tout simplement «ce n'est pas son travail» ou bien «cela ne changera rien». Ces facteurs sont connus des médecins.

Mais, en dehors de ces facteurs psychologiques, les femmes ont un accès difficile aux soins en dépit de leur volonté parfois. Cet accès serait comparable aux patients de Médecins du monde, connus pour leur grande précarité : Le facteur principal est le conjoint.

Celui-ci exerce un véritable contrôle de l'accès au soin par différents moyens : contrôle de l'argent et des documents, isolement par la séquestration (plus fréquente que l'on croit) ou interdiction du conjoint de consulter un médecin ou seulement accompagnée par lui, la menace de mort («si tu parles je te tue»). Il peut y avoir encore une peur de laisser seul l'enfant avec le conjoint violent car il pourrait l'être avec l'enfant. L'impossibilité physique de se rendre chez le médecin du fait de la douleur est encore une possibilité. Dans l'étude, 6 femmes n'avaient pas de médecin traitant.

Spécifiquement au médecin généraliste traitant, un élément majeur qui les a gênée est le fait que ce médecin était le même que le conjoint dans 62,7 % des cas. Cela a été un frein pour la plupart des femmes (notion du secret médical incertaine, peur des retombées), d'autant plus quand le médecin a été présenté par le conjoint violent : il semble ne pas vouloir s'impliquer ou parfois semble réellement prendre parti pour le conjoint. C'est seulement dans de rares cas elles avaient consulté le médecin traitant du couple ou du mari parce que justement il connaissait le conjoint et pouvait avoir un avis éclairé (questionnement sur le comportement sur le mari, demande de bilan, de traitement).

Les difficultés qu'elles reconnaissent au médecin traitant :

Quand elles n'ont pas conscience du problème, ou lorsque elles estiment «les violences ne sont pas assez importantes pour en parler» parce que ce sont seulement des violences psychologiques ou bien les violences physiques «mais ce n'est pas tous les jours, alors...», il est difficile pour le médecin de repérer les violences conjugales dans le couple.

Et ceci d'autant plus que dans deux tiers des cas les violences n'étaient pas le motif de la consultation où les violences ont été révélées.

De plus, sa position est peut-être délicate puisque dans plus de la moitié des cas le conjoint est aussi son patient.

Les femmes reconnaissent pour la plupart que le médecin traitant manque de temps, surtout les médecins de ville, ce qui expliquerait selon elles le fait le sentiment parfois que le médecin ne les écoutent pas selon elles.

Les facteurs les amenant vers d'autres médecins que le médecin traitant sont :

Les médecins généralistes différents du médecin traitant étaient sollicités par des tiers (employeur, conjoint...).

Quand les urgences ont été les 1ers interlocuteurs, elles n'ont pas toujours eu le choix, notamment lors de violences physiques importantes où les femmes sont adressées aux urgences par les pompiers ou orientées par la police. Les urgences sont vues quelques fois comme «le lieu» où sont rédigés les certificats médicaux initiaux pour les violences de toutes sortes. Le sentiment d'anonymat aux urgences fait se diminuer la peur des représailles par le conjoint violent.

Quant au psychiatre, l'orientation est faite par l'entourage amical.

Dans quelques cas par contre, elles ont pu préférer se diriger plutôt vers un gynécologue si elles sont enceintes ou vers le spécialiste de leur maladie chronique...mais certaines préfèrent tout de même se renseigner auprès du médecin traitant sur les influences des violences conjugales sur sa maladie.

En somme le médecin généraliste est un spécialiste de choix, contrairement à la plupart des autres spécialistes vers lesquels elles sont orientées par un tiers.

Une notion intéressante, celle du «médecin de famille» qui pouvait être vu de différente façon : Le fait que le médecin traitant soit inscrit dans l'entourage de la femme, le médecin de «famille» peut faciliter : l'entourage a dû l'en informer «tout le monde est au courant». Ou au contraire, parce qu'il fait partie de la famille, cela ne changera rien de lui parler voire même qu'il protégera la famille au-delà de la personne : «c'est le médecin de famille avant moi, que je lui dise ou pas ...».

Pour la majorité, homme ou femme, cela n'avait pas d'importance du fait du statut de médecin, en fonction de la qualité de la relation,... et parfois même le fait que ce soit un homme était plus sécurisant (symbole d'autorité, de protection). Le fait que le médecin soit un homme était un frein pour seulement deux femmes.

Des circonstances ont favorisé la communication d'une manière générale :

-être seule en consultation. C'est seulement quand elles ont pu être seules en consultation qu'elles ont pu en parler. Et même si il y a la barrière de la langue, certaines soutiennent qu'il est toujours possible de se faire comprendre par la gestuelle. Le médecin doit donc pouvoir demander à voir la femme seule, même si elle ne parle pas ou peu le français pour créer un espace de parole.

- le médecin a posé la question des violences conjugales. Cette question est pour la majorité une véritable autorisation à parler. Pour d'autres, elle est une porte ouverte : le médecin sera à l'écoute quand elles seront prêtes à parler. Elle a été un début de prise de conscience. Quand le médecin n'a pas posé la question parfois malgré « l'évidence » : Elles pensent que s'il n'en a pas parlé c'est qu'il ne veut pas en parler et alors elles se taisent.

Le médecin doit se faire confiance, disent-elles, pour poser les questions, conseiller... parce qu'elles lui font confiance.

- Ecoute bienveillante et compréhension pour qu'elles soient reconnues en tant que personne. Cette écoute du médecin passe par la communication non verbale et par les questions posées (types de violences subies, conséquences sur les enfants).

- Un soutien notamment par la gestuelle (une main posée sur l'épaule par exemple): Elles en ont besoin car leur estime de soi est au plus bas (Cf. 100% de violences psychologiques). Il faut se reconstruire pour réagir.

- La présence de lésions physiques est comme une preuve qu'elles disent vrai.

Les attentes des femmes envers le médecin généraliste sont les suivantes :

- Du conseil et de l'information à l'orientation car elles sont perdues, désorientées, sidérées par ce qui leur arrive.

- Evaluer la dangerosité de la situation et réagir en fonction, notamment en alertant les autorités, surtout pour les enfants. Elles sont quasiment unanimes, leurs enfants ont souffert ou souffrent des violences conjugales indirectement ou directement. Certaines femmes déclarent que les femmes victimes de violences conjugales sont vulnérables et c'est en cela qu'il faut signaler, mais bien sûr qu'il faut chercher leur accord au préalable, à moins d'un danger de mort imminent.

- Prise de position avec impartialité : Ne pas défendre le conjoint à tort même s'il est le médecin traitant du conjoint. Elles demandent de prendre position clairement, ne pas les laisser dans le flou et surtout « ne pas les laisser espérer quand il n'y a rien à espérer ». Le médecin doit pour cela s'appuyer sur la Loi française car rappelons-le que les violences conjugales sont interdites.

- la prise en charge en réseau est proposée par plusieurs femmes. Il serait constitué d'une assistante sociale, psychologue/psychiatre, associations spécialisées.

En somme, le médecin généraliste est le médecin choisi par les femmes pour parler des violences qu'elles subissent. La connaissance du parcours de ces femmes a permis de révéler des freins et les clefs de la communication. Ainsi des solutions concrètes à leur prise en charge ont pu être révélées.

Un frein important dont les médecins ont certainement peu conscience est le conjoint avec une limitation de l'accès aux soins. A travers cela on pressent une précarisation de ses femmes que ce soit pendant et après le départ du domicile conjugal et il semblerait que cela soit quel que soit leur milieu d'origine. Des tests statistiques devront être réalisés pour préciser cela.

Toutefois les facteurs évoqués ici sont des facteurs évoqués par les femmes elles-mêmes. Peut-être y a-t-il une influence d'autres facteurs comme les caractéristiques démographiques, outre les facteurs liés au médecin lui-même (son propre vécu, représentation des violences conjugales, sa formation sur le sujet...).

Les clefs de la communication sont : voir les patientes seules en consultation, poser les questions au moindre doute, montrer notre écoute par l'attitude non verbale.

La prise en charge porte principalement sur : le soutien pour qu'elles puissent réagir, évaluer la gravité, la prise en charge en réseau. Cette dernière semble une manière efficace de lutter contre ce problème de santé publique et représenterait un véritable soutien au médecin généraliste qui ne doit pas rester seul face à cette problématique complexe.

VI. Références bibliographiques

1. Maryse Jaspard et l'équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. population et sociétés; 2001.
2. www.amnesty.fr.
3. www.stop-violences-femmes.gouv.fr.
4. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains MIPROF. La Lettre de l'Observatoire des violences faites aux femmes [Internet]. 2014 [cité 15 mars 2015]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/doc/248155053/La-Lettre-de-l-Observatoire-des-violences-faites-aux-femmes-novembre-2014>
5. Pr Henrion. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. 2001 [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000292/index.shtml>
6. www.insee.fr.
7. Morvant C., Lebas J., Chauvin P. Un état des lieux des pratiques en Ile-de-France. Paris, Institut de l'Humanitaire; 2000.
8. Charageat M. Décrire la violence maritale au Moyen Âge. Exemples aragonais et anglais (xive-xvie siècles). Tracés Rev Sci Hum. 10 nov 2010;(19):43-63.
9. insee. Quelques dates dans l'histoire des femmes.
10. Jean-Guy BRANGER,. Proposition de loi renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple : Lutte contre les violences au sein du couple. Rapport d'information sur les propositions de loi correspondantes. 2005 mars.
11. Ordre National des Médecins. Serment d'Hippocrate.
12. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. Exercer; 2010.
13. www.senat.fr [Internet]. [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/>
14. INED Institut national des études démographiques. Enquête VIRAGE [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 15 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/enquete-virage/>
15. L'Espagne critiquée pour les failles dans la protection des femmes battues - Le Point [Internet]. [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: http://www.lepoint.fr/societe/l-espagne-critiquee-pour-les-failles-dans-la-protection-des-femmes-battues-25-11-2013-1761727_23.php
16. Violences conjugales : les Anglaises pourront consulter le casier de leur partenaire [Internet]. Le Figaro. 2013 [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/international/2013/11/25/01003-20131125ARTFIG00612-violences-conjugales-les-anglaises-pourront-consulter-le-casier-de-leur-partenaire.php>
17. Anne Le Nir. L'Italie adopte une loi contre le féminicide [Internet]. La croix. 2013 [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.la-croix.com/Actualite/Europe/L-Italie-adopte-une-loi-contre-le-feminicide-2013-08-21-1000867>

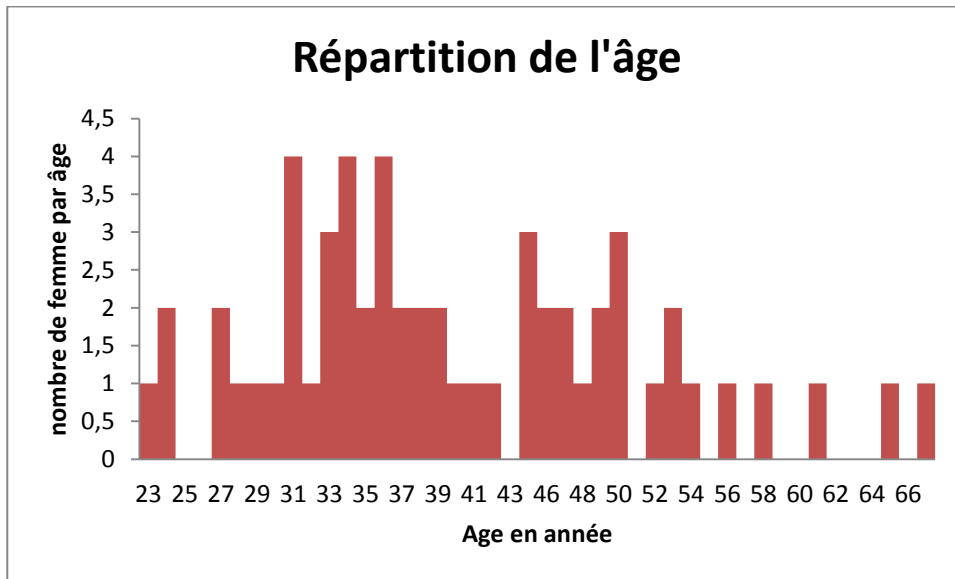
18. Pologne : la croix des féministes [Internet]. TV5MONDE. [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: <http://information.tv5monde.com/terriennes/pologne-la-croix-des-feministes-2609>
19. Violences conjugales : un problème majeur en Roumanie | Crise de foi [Internet]. [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.crise-de-foi.fr/violences-conjugales-un-probleme-majeur-en-roumanie>
20. Russie : une ONG dénonce le fléau de la violence domestique. Le Monde.fr [Internet]. 13 déc 2010 [cité 16 mars 2015]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/europe/article/2010/12/13/russie-une-ong-denonce-le-fleau-de-la-violence-domestique_1452851_3214.html
21. Organisation mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales. 2014.
22. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. 2002.
23. Violences faites aux femmes | Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) / Médecins Libéraux de PACA [Internet]. [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-paca.org/2294/violences-faites-aux-femmes/>
24. Muriel Salmona. Mémoire traumatique et victimologie | VIOLENCES CONJUGALES [Internet]. [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: <http://memoiretraumatique.org/memoire-traumatique-et-violences/violences-conjugales.html>
25. Guillaum M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. sept 2014;62:S252.
26. Donna, E, Stewart, MD, FRCPC, 1, ; Harriet, MacMillan, MD, MSc, FRCPC, et al. La violence entre partenaires intimes. Association des psychiatres du Canada; 2012.
27. Cécile Morvant, Jacques Lebas, Jean Cabane, Pierre Chauvin. Violences conjugales : du dépistage à la prise en charge des victimes. HAL archives ouvertes;
28. GUILLOTO J. la violence conjugale, comment mieux comprendre ce fléau social ? 2008.
29. Handbook of family violence. 2011.
30. Hegarty, Kelsey L and Taft, Angela J. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. Wiley Online Library. Australian and New Zealand journal of public health. 2001;433-7.
31. GOUBERT Marie, LASSERRE Evelyne ; LE GOAZIOU Marie-France. 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. [Internet]. [cité 17 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/node/70>
32. C Coy-Gaschen. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPs. Paris VI - Pierre et Marie Curie; 2005.
33. Brown JB, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. Dépistage de la violence faite aux femmes. Epreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français. Can Fam Physician. mai 2001;47:988-95.

34. Lazimi G, Pr Duguet Alexandre. Violences envers les femmes. La formation des professionnel-le-s : une urgence de santé. Enquête auprès des étudiants en médecine sur les violences. premiers résultats. 2013.
35. Dr Sophie Lacroix, Anne, -, Marie Offermans. Les violences conjugales Rôle du médecin généraliste. 2004.
36. Dr Gilles Lazimi. Les violences faites aux femmes trop souvent ignorées par la société, rôle des professionnels de santé : repérage, tableaux cliniques et accompagnement, travail en réseau guide de bonnes pratiques. 2012.
37. Direction des Affaires criminelles et des Grâces. Les violences au sein d'un couple - Guide de l'action publique. 2011.
38. Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal. Rev Médecine Légale. mai 2011;2(2):59-71.
39. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. 2011.
40. Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. 2e édition. Paris: Armand Colin; 2010. 128 p.
41. Krippendorff K. Content analysis : an introduction to its methodology. Sage Publications; 2003.
42. Jean-Claude ANDREANI, Professeur au Groupe ESCP-EAP*, Directeur de l'Institut INSEMMA, Françoise CONCHON, Directeur d'Etudes, Institut INSEMMA. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. Ecole Supérieure de Commerce;
43. Morrison MA, éditeur. Using qualitative research in advertising: strategies, techniques, and applications. Thousand Oaks, Calif: Sage; 2002. 139 p.
44. Bérardi M. FIN DE VIE ET SOINS PALLIATIFS AUX URGENCES: PERCEPTIONS PAR LE PERSONNEL SOIGNANT DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DE L'HOPITAL CENTRAL DE NANCY. 2012.
45. Sansoucy E. Facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale: vécu des aidants naturels. [Internet]. [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/88/15/59/PDF/2013NICEM039.pdf>
46. Fortane V. Enquête: Difficulté des médecins généralistes de Loire Atlantique dans leur pratique des soins palliatifs à domicile, leurs ressources actuelles et celles qu'ils souhaiteraient voir mises en place. [thèse de médecine générale]. Nante; 2010.
47. Bounoure Alice. Les femmes victimes de violences conjugales face à leur médecin traitant : ententes et attentes. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de douze femmes. Stasbourg; 2010.
48. Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. Patient Educ Couns. nov 2005;59(2):141-7.
49. ministère des droits des femmes. 4ème plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014 - 2016. 2014.

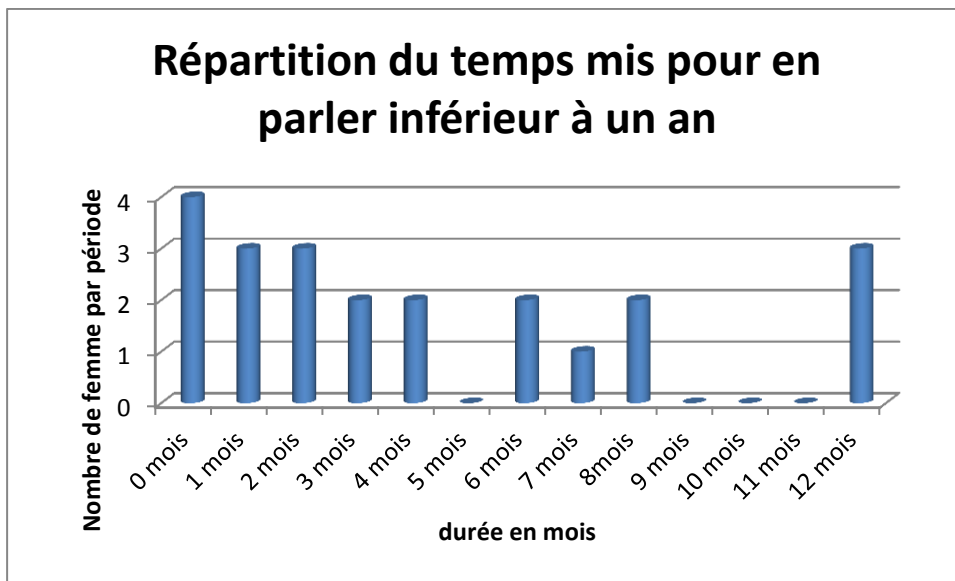
50. Chang JC, Decker M, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors. *J Am Med Womens Assoc* 1972. 2003;58(2):76-81.
51. Lutenbacher M, Cohen A, Mitzel J. Do we really help? Perspectives of abused women. *Public Health Nurs Boston Mass.* févr 2003;20(1):56-64.
52. Belknap RA, Sayeed P. Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you would ask. *Health Care Women Int.* oct 2003;24(8):723-37.
53. Battaglia TA, Finley E, Liebschutz JM. Survivors of intimate partner violence speak out: trust in the patient-provider relationship. *J Gen Intern Med.* août 2003;18(8):617-23.
54. Duxbury F. Recognising domestic violence in clinical practice using the diagnoses of posttraumatic stress disorder, depression and low self-esteem. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* avr 2006;56(525):294-300.
55. Hamberger LK, Ambuel B, Marbella A, Donze J. Physician interaction with battered women: the women's perspective. *Arch Fam Med.* déc 1998;7(6):575-82.
56. Gerbert B, Abercrombie P, Caspers N, Love C, Bronstone A. How health care providers help battered women: the survivor's perspective. *Women Health.* 1999;29(3):115-35.
57. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med.* 9 janv 2006;166(1):22-37.

VII. Annexes

A. Graphique représentant la répartition de l'âge des femmes de cette étude



B. Graphique représentant la répartition de temps mis pour en parler au médecin détaillée dans la première année des violences.



Entretien

1. Quelle est la toute première personne à qui vous avez parlé des violences ?

- Famille :
- Amie
- Assistante sociale
- Avocat
- Psychologue
- Médecin
- Autres :

Êtes-vous soutenue par votre famille ?

Par des amis ?

2. En avez-vous déjà parlé à un médecin ? OUI - NON

3. Quels est le tout premier médecin à qui vous avez parlé des violences conjugales ?

- Médecin traitant ou médecin généraliste que vous voyez régulièrement pour vos problèmes de santé.
- Autre médecin généraliste
- Médecin des urgences
- Gynécologue
- Médecin du travail
- Autre :

4. Pourquoi avez-vous parlé à ce médecin en premier ?

- Il m'a posé la question
- Confiance
- Ne connaît pas le conjoint / connaît le conjoint
- Dans une structure comme l'hôpital
- Car enceinte pour le gynécologue
- psychiatre
- Addictologue
- Spécialiste d'une de vos pathologie chronique si vous en avez
- Protocole d'une association vous venant en aide
- était une femme / un homme
- Autre :

5. Lors de cette 1^{ère} consultation, étiez-vous accompagnée ? OUI - NON

Par qui :

- Compagnon auteur des violences
- Famille
- Ami(e)
- Entourage, précisez (voisin, propriétaire de votre appartement)
- Association telle que SOS FEMME
- Avocat
- Assistante sociale
- psychologue
- Autre :

C'est cette personne qui vous a incité à aller voir ce médecin?

6. Si non accompagnée : qu'est ce qui a déclenché cette démarche ?

Aggravation des violences...

7. Au bout de combien de temps depuis le début des violences avez-vous à votre médecin?

8. Avez-vous un médecin traitant ou un médecin généraliste que vous voyez régulièrement ? OUI - NON

9. Est-il le même que le compagnon ou l'ex-compagnon ?

OUI

- NON

10. Etes- vous sentie aidée ?

Si OUI, parce que :

- Empathie
- Certificat médical initial
- Traitement
- Adressée à l'hôpital
- Orientée vers un CMP
- Association

- Médecin légiste
- Information préoccupante
- Autre :

Si NON pourquoi ?

- Il ne m'a pas crue
- A minimisé le problème
- Ne pouvait rien faire à cause du secret médical
- Ne connaissait pas les démarches à suivre, il semblait démuni
- N'a pas su m'orienter vers d'autres professionnels
- Ne pouvait rien faire car le conjoint était également un patient qu'il ne voulait pas trahir
- Autres :

11. Vous a-t-il examinée ? OUI - NON

- Prise de tension
- Examen cutané
- Examen gynécologique
- Evaluation du retentissement psychique
-

12. Qu'est-ce qui vous aurez fait consulter avant ? (car aurait posé la question des violences conjugales auparavant, prospectus d'association d'aide aux victimes de violences conjugales ...)

13. Si le médecin traitant n'est pas le premier consulté, par quelle personne ou par quel moyen a-t-il été au courant de ces violences ?

- Vous
- Autre médecin
- Assistante sociale
- Psychologue
- Autre :

14. Avez-vous des problèmes de santé :

- Médicaux

- Chirurgicaux

- Gynécologique

- Psychiatrique

- Y-a-t-il des problèmes de santé qui sont apparus ou se sont aggravés durant les violences ?

15. Combien de fois par an vous consultez votre médecin généraliste ?

Pour quelles raisons ?

- Douleur
- Dépression
- Demande d'ordonnance de médicament
- ...

Facteurs de risques de violences conjugales

- La grossesse :

Selon vous les violences ont-elles débutées pendant une grossesse

Dans le cas où les violences ont commencé avant une grossesse, ces violences étaient-elles aggravées pendant la grossesse ? OUI - NON

Actuellement êtes-vous enceinte ? OUI - NON - ne sait pas.

- Toxiques :

Avez-vous l'impression que depuis le début des problèmes vous consommez plus de médicaments :

Ou d'autres choses, comme de l'alcool ou bien du cannabis ou autre.

Et Votre (ex)compagnon consomme-t-il de l'alcool ou autre....sachant que ça n'explique pas son comportement.

- Avez-vous immigré en France ? OUI - NON

Ou vous sentez vous isolée de la famille ?

De vos amis ?

- Avez-vous un handicap ? OUI - NON
- Avez-vous étudié au-delà de la 1^{ère} du lycée ou sans diplôme professionnel ? OUI - NON

Et votre (ex-)compagnon ? OUI - NON

- Vous travaillez ? OUI - NON

Et votre (ex)compagnon OUI - NON

- Avez-vous eu notion de violences conjugales dans votre famille ?

Avez-vous subi des violences auparavant...dans l'enfance ?

Avez-vous des questions ? Des remarques ?

D. Modèle de certificat médical de la HAS

Modèle de certificat médical initial sur demande spontanée de la victime

**Ce certificat doit être remis à la victime uniquement
Un double doit être conservé par le médecin signataire.**

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

en présence de son représentant légal³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Il/Elle déclare⁴ « avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires (_____)⁵ ont été prescrits et ont révélé _____⁶.

Un avis spécialisé complémentaire (_____)⁷ a été sollicité et a révélé _____⁸.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi⁹.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »¹⁰.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications¹¹.

Certificat établi, le ____ (date) ____, à ____ (heure) ____, à ____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) ____, à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur ____ (Nom, Prénom) ____¹ et remis en main propre.

Signature¹² et cachet
d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.

Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ **Indiquer entre guillemets** les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou **lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés**) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

⁵ Mentionner les examens complémentaires réalisés.

⁶ Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

⁷ Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

⁸ Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

⁹ À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

¹⁰ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

¹¹ La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer. ¹² Signature à la main obligatoire.

VIII. Glossaire et abréviations

Couple : deux personnes vivant ensemble sous le même toit, mariées ou non, mais aussi celles ayant des relations amoureuses ou sexuelles suivies mais ne cohabitant pas.

Etat matrimonial légal désigne la situation conjugale d'une personne au regard de la loi : célibataire, mariée, veuve, divorcée. Au recensement de la population, l'état matrimonial légal correspond à ce que les personnes ont déclaré et peut donc parfois différer de leur situation légale. L'union libre ou la liaison par un Pacs ne constituent pas un état matrimonial légal.

Bas niveau scolaire concerne les niveaux de formation Niveau VI et V bis : sorties en cours de 1er cycle de l'enseignement secondaire (6ème à 3ème) ou abandons en cours de CAP ou BEP avant l'année terminale.

Niveau V : sorties après l'année terminale de CAP ou BEP ou sorties de 2nd cycle général et technologique avant l'année terminale (seconde ou première).

Niveau IV : sorties des classes de terminale de l'enseignement secondaire (avec ou sans le baccalauréat). Abandons des études supérieures sans diplôme.

Etranger : est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment).

Immigré : Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. À l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restants étrangers. Les populations étrangère et immigrée ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par

acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré.

Usage: L'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication, ni dommage social ou sanitaire.

Usage nocif ou abus est caractérisé par une consommation répétée de substances psychoactives, susceptible d'induire des dommages sanitaires et/ou sociaux, immédiats ou à long terme.

Dépendance (pour l'alcool, on préfère parler d'alcool-dépendance plutôt que d'alcoolisme) se définit comme une entité psychopathologique et comportementale se traduisant par l'impossibilité de s'abstenir de consommer de l'alcool, malgré les dommages sanitaires et sociaux subis. Il est admis qu'il s'agit d'une maladie devant être prise en compte et traitée par une prise en charge médicale, psychologique et social

Famille nombreuse : lorsqu'elle comprend trois enfants ou plus

Fémicide : le meurtre d'une femme ou d'une fille parce qu'elle est de sexe féminin (crimes « d'honneur », violence conjugale, meurtres sexuels, meurtre de femmes prostituées, filles éliminées avant ou après la naissance...).

Inactif On définit conventionnellement les inactifs comme les personnes qui ne sont ni en emploi ni au chômage : jeunes de moins de 15 ans, étudiants, retraités, hommes et femmes au foyer, personnes en incapacité de travailler,...

Population active au sens du recensement de la population comprend les personnes qui déclarent :

- exercer une profession (salarisée ou non) même à temps partiel ;
- aider une personne dans son travail (même sans rémunération) ;
- être apprenti, stagiaire rémunéré ;
- être chômeur à la recherche d'un emploi ou exerçant une activité réduite ;
- être étudiant ou retraité mais occupant un emploi ;
- être militaire du contingent (tant que cette situation existait).

Cette population correspond donc à la population active occupée à laquelle s'ajoutent les chômeurs en recherche d'emploi et les militaires du contingent tant que cette situation existait

Taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âges) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge. Par extension, le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (nombre moyen des femmes de 15 à 50 ans sur l'année). A la différence de l'indicateur conjoncturel de fécondité, son évolution dépend en partie de l'évolution de la structure par âge des femmes âgées de 15 à 50 ans.

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes. Elle regroupe toutes les associations françaises spécialisées dans les violences conjugales

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes

Résumé :

Les violences conjugales sont un phénomène sous-estimé avec des conséquences sur la santé nombreuses, parfois graves. Le médecin généraliste est-il un interlocuteur privilégié ?

Au travers d'entretiens semi-directifs menés à SOS femmes 13 à Marseille auprès de femmes victimes de violences conjugales majeures et volontaires, cette étude qualitative a cherché à comprendre la place du médecin généraliste dans leur parcours initial et connaître les facteurs le modifiant. Leurs attentes quant à la prise en charge ont été aussi recueillies.

57 entretiens ont été réalisés de juillet 2014 à janvier 2015. Le médecin généraliste est bien le médecin de 1er recours : la confiance principalement et son accessibilité.

Outre les sentiments de honte, peur, culpabilité et du respect porté au médecin, elles ont été freinées car le médecin traitant était souvent le même que le conjoint, qu'il ne posait pas la question. Toutefois elles reconnaissent la difficulté du repérage et le manque de temps expliquant l'impression récurrente que le médecin n'écoute pas. Chez les immigrées, la barrière de la langue existe mais certaines soutiennent qu'il est toujours possible de se faire comprendre.

L'accès aux soins rendu difficile principalement par le conjoint : argent (contrôle des finances ou de l'accès au travail), isolement par la séquestration, interdiction de consulter un médecin ou sous condition d'être accompagnée par lui, menacée d'être tuée ou de prendre ses enfants si elles parlent, documents confisqués, peur de laisser seul l'enfant avec le conjoint, l'impossibilité physique de se rendre chez le médecin du fait de la douleur. Pour toutes ces raisons parfois elles refusent ou retardent l'accès au soin. Une précarisation de ses femmes dans ce contexte paraît évident et semble se prolonger après le départ du domicile conjugal.

Des clefs de la communication révélées sont : voir la femme seule en consultation, la questionner (pour un début de prise de conscience ou qu'elles s'autorisent à parler), attitude d'écoute. Pour la majorité, le sexe du médecin n'avait pas d'importance.

Les attentes envers le généraliste sont : oser questionner, soutenir pour qu'elles puissent réagir, prendre position en s'appuyant sur la Loi, évaluer la gravité et si besoin signaler, pour les enfants. La majorité attend des conseils et une orientation avec dans l'idéal une prise en charge en réseau : une assistante sociale, psychologue/psychiatre, associations spécialisées car il ne faut pas rester seul face à cette problématique complexe.

Mots clef : violences conjugales, femmes, médecin généraliste, attentes, freins, facteurs, communication, accès aux soins, précarité.