



HAL
open science

Santé sexuelle en médecine générale : attentes des femmes victimes de violences

Anna Lebateux

► **To cite this version:**

Anna Lebateux. Santé sexuelle en médecine générale : attentes des femmes victimes de violences. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01835397

HAL Id: dumas-01835397

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01835397>

Submitted on 11 Jul 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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N° 100

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Mme LEBATEUX Anna

Née le 22/06/1987 à Le Mans

Le 03/07/2018

**Santé sexuelle en médecine générale :
attentes des femmes victimes de violences**

Directeur de thèse :
Dr ROUSSELOT Nicolas

Jury

Pr JOSEPH Jean-Philippe Président du jury
Pr SENTILHES Loïc Membre du jury
Dr DUHAMEL Sylvie Rapporteur
Dr ROCCA Paul-Henry Membre du jury

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail et de présider cette thèse. Recevez mes sincères remerciements et soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Loïc SENTILHES

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être rapporteur de thèse. Je vous remercie pour les remarques apportées à ce travail. Soyez assurée de ma profonde gratitude et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Nicolas ROUSSELOT

Pour avoir accepté de diriger ma thèse, pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail, pour ton investissement, ton expertise et ton exigence, je te remercie. Merci pour ton enthousiasme qui nous a conduits au CMGF.

A Monsieur le Docteur Paul-Henry ROCCA

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail, merci pour ta confiance. Merci de m'avoir ouvert ton cabinet et confié tes patients.

Aux 10 femmes ayant participées à cette thèse et aux psychologues et directeurs des associations d'aide aux femmes victimes de violences, sans qui rien n'aurait été possible.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A ma famille

A ma chère et tendre disparue, ma Maman. Tout ce parcours c'est grâce à toi, grâce à cette confiance en moi, instillée jour après jour. Le sujet de cette thèse, c'est sans aucun doute toi aussi. Je te dois tout. Je sais que tu aurais été fière de moi. Plus que jamais aujourd'hui tu me manques.

A mon Papa, merci pour ton soutien infailible, serein. Et pour la place que tu occupes aujourd'hui.

A mon frère Clément, mon pilier. Merci pour ton amour et ta fierté exprimée, à mon égard et à celle de ma famille. Merci d'apporter de la créativité à ma vie.

A Grand-père et Thérèse, merci pour votre soutien moral et financier. Quelle chance de vous avoir à mes côtés !

A Flo, merci pour ta présence tout au long de ces années.

A mes tantes si attentives et attentionnées Marie-Bernard et Anne. A Rodolphe, une épaule sur laquelle j'ai pu m'appuyer, notamment au cimetière. A Pierre, discret mais présent.

A mes cousins Jérémie, Fanny, Justine, Manon et Théo, à vos conjoints et enfants chéris. J'aime ce tas de famille qui s'agrandit et j'ai toujours l'espoir de partager un jour une maison familiale avec vous.

A la famille Lebateux, ma petite Mamie, Cathie et Roger, Hélène et Martin, vos conjoints, vos enfants. Même si l'on se voit moins, les liens persistent. Merci pour cet environnement bienveillant.

A ma famille adoptive, Odile et Jean-Claude. Vous n'êtes pas ma belle-famille. Vous êtes ma famille, belle. Je me sens chez vous, chez moi. Vous êtes des grands-parents merveilleux.

A Emilie, merci de m'avoir si profondément intégrée. A Nicolas, merci d'avoir « rafistolée » Mimi. Vous êtes beaux tous les deux.

A Claire Le Lann, une de mes mamans de substitution.

A mes amis

A ma twin, Claire. J'ai pas eu de sœur alors je l'ai choisie. Merci pour tout. Je suis très fière de toi, de nous. Ça a été assez confortable de me cacher derrière toi un moment mais tu m'as aidé à m'affirmer. Tu es une des personnes les plus généreuses qui soit, une femme entière, une

mère exemplaire. Je t'aime. Et à Gaspard et Margaux qui m'ont laissé une petite place sur le canapé régulièrement.

A Mélanche, le trio, les sous-kholleuses, las bonitas. Tu n'as pas été facile à convaincre mais je crois que tu as compris maintenant qu'on est tes amies et que tu n'es pas prête à te débarrasser de nous, bout du monde ou pas. J'admire ton courage et ta capacité à réaliser tes rêves.

A Matéou, merci pour ta bonne humeur, ton enthousiasme, ta générosité débordante. Et à ta Cécilia. Le voyage à La Réunion et votre mariage somptueux resteront gravés en moi, entre autres.

A FloFlo, le taiseux, mais toujours présent. Vivement la fin du clinicat qu'on puisse profiter de toi un peu plus. Prend soin de Laura.

Voilà, je suis la dernière à passer ma thèse, je ferme définitivement la page des études passées à vos côtés. Grâce à vous, ces études longues et sérieuses ont été empreintes de joie, de fêtes et de fous rires. Qu'est ce qu'on a rit ! J'aime les étudiants qu'on était et j'aime les adultes qu'on est devenus ensemble. Finis les débats sur l'amitié, il y a plus de doute, c'est pour la vie. Votre présence à mes côtés le 15/04/2015 et à Bious ensuite m'a bouleversée.

A mes amis précieux, Sarah et Sylvain. A vos enfants, présent et à venir. Sarah j'ai adoré partager ma grossesse et mes interrogations de Maman avec toi. Je me sens de plus en plus proche de toi. Sylvain j'aime ta pudeur, parfois tes sarcasmes. Merci d'avoir supporté et accompagné avec amour nos grossesses et bébés simultanés. J'adore notre trio, je sais que l'on peut tout se dire, vous faites partie des gens qui me connaissent le mieux.

A mes amoureux préférés Marc et Christelle. Ma famille bis. Ca fait du bien d'être heureux à vos côtés. J'aime déjà follement notre tribu, on devrait lui donner un nom. C'est tellement simple avec vous.

A mes plus vieilles amies, Elodie et Elsa. Les épreuves et les bonheurs nous ont rapprochés. Quel plaisir ! On fait plus de saltos ensemble mais on vit encore de grandes émotions !

Et à mon Astridou. Pour ta bonne humeur, ton enthousiasme, ton réconfort. Tu seras une Maman formidable.

A mes amis adoptifs, Jérôme, Macha, Xabier, Elodie, Xavier. Merci d'être là pour nous.

A mes collègues

A tous les médecins qui m'ont ouvert leurs cabinets et transmis leurs savoirs.

Au Dr Pontaut, chez qui j'ai fait mon premier stage de médecine générale en 5^e année, et qui m'a révélé avec passion l'étendue et l'intérêt de la médecine générale.

Au Dr Tandonnet qui m'a donné envie d'être médecin et de m'intéresser à la gynécologie. Tout comme Martin Wincler et son « Chœur des femmes ».

Au cabinet médical Thiers, Dr Rocca, Dr Leduc, Dr Ducos auxquels j'associe Christine et Etienne. Merci de m'avoir montré la voie. J'espère un jour vous ressembler.

Au Dr Carrez-Louys. Merci pour votre confiance, votre soutien, votre mémoire sans faille. Vous êtes une femme formidable et un médecin hors-pair.

A Arnaud et Nathalie, ou Dr Gaunelle et Dr Meyer. Merci pour votre confiance et vos encouragements. C'est un plaisir de travailler à vos côtés.

A l'essentiel

Et bien sûr merci à toi, l'Amour de ma vie, Guillaume, pour ta patience, ta curiosité, pour le fait de croire que je suis le meilleur médecin du monde et de me le dire, pour la vie si douce à tes côtés. Pour le Papa formidable que tu es maintenant, le compagnon de vie idéal.

Enfin, à la prunelle de mes yeux, mon kikulou, ma fille, Mina, qui illumine ma vie déjà bien colorée et qui j'espère sera fière de moi, même à l'adolescence !

ABREVIATIONS

CAUVA : Centre d'Accueil d'Urgences des Victimes d'Agressions

CMGF : Congrès de Médecine Générale France

CNGOF : Collège Nationale des Gynécologues-Obstétriciens Français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

DU : Diplôme Universitaire

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : médecin généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VIH: Virus de L'Immunodéficience Humaine

WONCA: World Organization of Family Doctors

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Les six dimensions de la sexualité.....	12
Tableau 1 : Récapitulatif des thèses françaises concernant les attentes des patients envers leur médecin généraliste en santé sexuelle.....	19
Tableau 2 : Caractéristiques des dix femmes interrogées.....	31
Figure 2 : Quand aborder la sexualité avec les femmes victimes de violences ?.....	32
Figure 3 : Comment aborder la sexualité avec les femmes victimes de violences pour le médecin généraliste ?.....	41
Figure 4 : Les attentes des femmes victimes de violences envers le médecin généraliste concernant l'abord de la sexualité.....	51

SOMMAIRE

Avant propos	10
I. Introduction	11
<u>I.1) Santé sexuelle</u>	11
I.1.1. Concept de santé sexuelle et médicalisation de la sexualité	11
I.1.2. Implication du médecin généraliste	13
I.1.3. Recommandations	13
I.1.4. Que font les médecins ?	16
I.1.5. Qu'en pensent les patients ?	18
<u>I.2) Violences envers les femmes</u>	20
I.2.1. Les chiffres.....	20
I.2.2. Les impacts	21
I.2.3. Le retentissement des violences sur la sexualité	22
I.2.4. La place du médecin généraliste	23
I.2.5. Les attentes et les freins des femmes victimes de violences envers leur médecin généraliste.....	24
I.2.6. Contexte actuel	24
<u>I.3) Question de recherche</u>	26
II. Méthode	27
<u>II.1. Type d'étude</u>	27
<u>II.2. Population</u>	27
<u>II.3. Recrutement des interviewées</u>	27
<u>II.4. Guide d'entretien</u>	28
<u>II.5. Déroulement des entretiens</u>	28
<u>II.6. Retranscription et codage</u>	29
<u>II.7. Méthode d'analyse</u>	29
<u>II.8. Ethique et réglementaire</u>	30
III. Résultats	31
<u>III.1. Caractéristiques des femmes interrogées</u>	31
<u>III.2. Analyse du verbatim</u>	32
III.2.1. Quand aborder la sexualité avec les femmes victimes de violences ?	32
III.2.1.1. Les dispositions personnelles de la patiente	33
III.2.1.1.1. Les éléments favorisant	33
III.2.1.1.2. Les éléments freinant	35
III.2.1.2. Les circonstances pour parler de sexualité	38
III.2.2. Comment aborder la sexualité avec les femmes victimes de violences ?	41
III.2.2.1. L'attitude du médecin généraliste	41
III.2.2.1.1. Appropriée	41
III.2.2.1.2. L'attitude du médecin généraliste non appropriée	43
III.2.2.2. Les conditions matérielles, l'organisation	46

III.2.2.2.1. Favorisantes	46
III.2.2.2.2. Les freins dans l'organisation médicale	48
III.2.2.3. Le professionnalisme	49
III.2.3. Les attentes envers le médecin généraliste concernant l'abord de la sexualité	51
III.2.3.1. Les représentations du médecin généraliste	51
III.2.3.2. Les éléments favorisant dans le fait d'être médecin généraliste	54
III.2.3.3. Les freins dans le fait d'être médecin généraliste	55
III.2.3.4. La place des médecins généralistes par rapport aux autres	58
III.2.3.4.1. Professionnels de santé	58
III.2.3.4.2. Non professionnels de santé	60
IV. Discussion	62
<u>IV.1. Les forces de l'étude</u>	<u>62</u>
IV.1.1. Les choix méthodologiques	62
IV.1.2. L'instauration d'un climat de confiance	63
IV.1.1.3. La recherche de validité interne ou crédibilité	65
IV.1.1.4. La recherche de validité externe ou fidélité	65
IV.1.1.5. L'originalité du sujet	66
<u>IV.2. Les limites de l'étude</u>	<u>67</u>
IV.2.1. Le recrutement	67
IV.2.2. Recueil et interprétation des données	68
<u>IV.3. Comparaison des principaux résultats avec la littérature</u>	<u>69</u>
IV.3.1. Thème 1 : Quand aborder la sexualité ?	69
IV.3.1.1. Les dispositions personnelles de la patiente	69
IV.3.1.2. Les circonstances	70
IV.3.2. Thème 2 : Comment aborder la sexualité ?	71
IV.3.2.1. L'attitude du médecin	71
IV.3.2.2. L'organisation matérielle	71
IV.3.2.3. Le professionnalisme	72
IV.3.3. Thème 3 : Les attentes envers le médecin généraliste concernant l'abord de la sexualité en consultation	73
IV.3.3.1. Les représentations du médecin généraliste	73
IV.3.3.2. Les avantages et inconvénients du statut de médecin généraliste pour parler de sexualité	73
IV.3.3.3. La place du médecin généraliste par rapport aux autres	74
V. Conclusion	75
Références bibliographiques	76
Annexes	81
Serment médical	91
Abstract	92
Résumé	93

AVANT PROPOS

Je me suis vraiment intéressée à la thématique de la santé sexuelle lors de mon DU en 2015-2016 « Suivi de la femme et régulation des naissances », que j'ai fait afin d'être plus à l'aise en consultation gynécologique dans mon cabinet. Et depuis, mon expérience avec les patients m'a confortée dans l'intérêt porté à celle-ci. Les violences commises envers les femmes sont omniprésentes. Les chiffres en témoignent. Pourtant, en tant que jeune médecin généraliste j'ai encore été peu confrontée à ces situations. Je suis sans doute passée à côté, parfois. Comme tous. J'ai cherché comment je pouvais, à mon échelle de médecin généraliste, prendre part au recul du fléau que sont les violences commises à l'encontre des femmes.

La plupart des patients ont besoin d'accompagnement concernant leur sexualité à un moment donné de leur vie et seraient d'accord pour que ce soit avec l'aide du médecin généraliste. Une sexualité épanouie contribue à un bon état de santé. Les violences, quelles qu'elles soient, en touchant à l'estime de soi, ont un impact négatif sur la sexualité des femmes. L'accompagnement des femmes victimes de violences, en santé sexuelle, par le médecin généraliste, n'a pas été étudié. Comment améliorer la prise en charge de la sexualité des femmes victimes de violences en soins primaires ? Ont-elles des attentes spécifiques ?

« Je ne cherche pas à connaître les réponses, je cherche à comprendre les questions. »
Confucius

I. INTRODUCTION

I.1. Santé sexuelle

I.1.1. Concept de santé sexuelle et médicalisation de la sexualité

La thématique de la sexualité est multidimensionnelle. On peut la diviser en six dimensions (1).

- Biologique : qui concerne le corps humain, son développement et son fonctionnement.
- Psychologique et affective : elle concerne notre identité, notre orientation sexuelle, et la façon dont nous nous sentons face à nous-mêmes et aux autres.
- Cognitive : toutes les connaissances que nous accumulons au fil du temps et de notre développement en matière de sexualité. Ces connaissances guident en partie nos attitudes et comportements au regard de la sexualité.
- Morale et spirituelle : nos valeurs, principes et croyances font également partie de notre sexualité. Ainsi, ce que nos parents et notre entourage nous enseignent au sujet du respect, de l'égalité et de la liberté... teinte notre vision de la sexualité.
- Sociétale et culturelle : l'époque influe sur notre sexualité.
- Légal : certaines lois balisent notre sexualité (exemple du consentement).

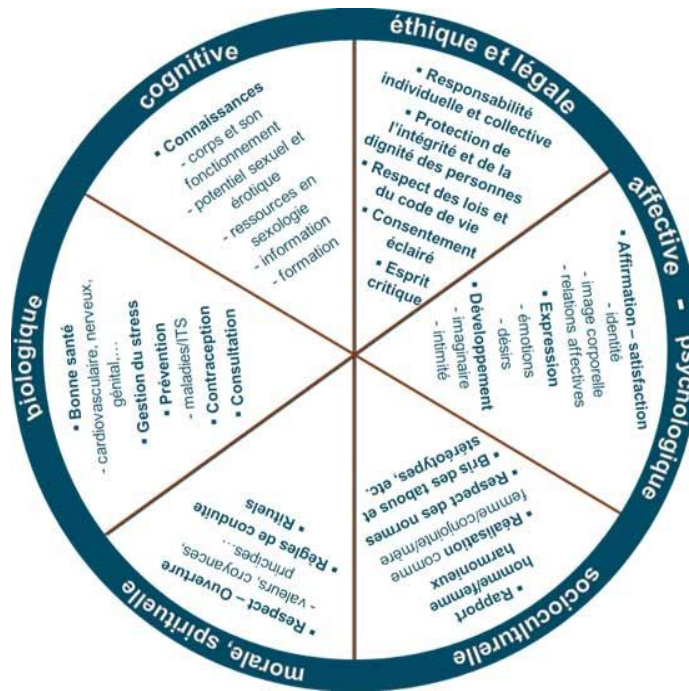


Figure 1 : Les six dimensions de la sexualité (1).

La santé sexuelle a été définie en 1975 et réaffirmée en 2002 par l'OMS comme étant « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmité* » (2). Elle fait donc partie intégrante de la santé en général et de la qualité de vie de l'ensemble des personnes que l'on peut rencontrer en tant que professionnel de santé.

Au milieu des années soixante, la découverte et la diffusion de la pilule contraceptive ont radicalement modifié la place et le statut de la sexualité dans notre société en général et dans le champ de la santé publique en particulier. Cette découverte a donné un fondement médical à l'abord de la sexualité. On note, à cette occasion, une ouverture du concept de santé vers des domaines habituellement régulés par la morale. Cela renforce la médicalisation du bien être (3).

Aujourd'hui, la sexualité est beaucoup plus souvent dissociée, pour une part importante de notre société, de la procréation, du mariage et de l'hétérosexualité, et les institutions ne contrôlent plus la morale publique. La médicalisation a participé à cette évolution des conceptions sur la sexualité.

La médiatisation de la sexualité et le développement des réseaux sociaux et de la pornographie sur Internet ont modifié la façon d'appréhender la sexualité, notamment chez les adolescents. La sexualité et ses nouvelles normes sont omniprésentes. Cela induit une externalisation de l'intime (4).

I.1.2 Implication du médecin généraliste

Selon l’OMS, la question de santé sexuelle et reproductive est essentielle, et la formation de personnels compétents en soins primaires doit figurer au rang de priorité nationale (5). Aborder la sexualité fait partie des compétences de prise en charge globale du médecin généraliste.

Elle recommande 3 niveaux d’action pour intervenir dans la prise en charge des difficultés sexuelles :

- L’éducation sexuelle: nécessitant un minimum de formation pouvant être effectuée par les médecins (généralistes, gynécologues, urologues, médecins scolaires, infectiologues, pédiatres...) mais aussi d’autres professionnels de santé (infirmiers, sages-femmes, personnels de PMI...) et professionnels du milieu social (éducateurs, professeurs, conseillers conjugaux...). Elle devrait viser avant tout à instaurer des attitudes positives envers la sexualité entendue comme partie intégrante de la santé totale, promouvoir la santé sexuelle plutôt que de traiter des problèmes.
- Le counselling: s’adressant aux patients présentant des problèmes un peu plus compliqués, correspondant à une activité de conseil, pouvant être assuré par les infirmiers, les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, urologues, sexologues ou autres.
- La thérapie sexuelle: s’adressant aux personnes ayant les problèmes les plus compliqués, du ressort de professionnels de santé plus spécialisés, ayant reçu une formation spéciale.

Le médecin généraliste peut donc être impliqué dans ces trois niveaux d’action.

I.1.3. Recommandations

L’OMS, a établi des recommandations de bonne pratique, faute de grandes études internationales, en 2015, concernant l’intérêt des communications brèves en sexualité (CBS) (6). La CBS est basée sur le recours au counselling en fonction des besoins plutôt que sur le counselling formalisé (systématisé). Le professionnel utilise ses compétences en fonction des besoins, au cours d’une consultation en soins primaires. Son objectif est de prendre en charge les problèmes d’ordre sexuel et les problèmes personnels ou psychologiques connexes et de promouvoir le bien-être. Elle permet aux patients de réduire le fossé entre leurs intentions et

leurs comportements, en les aidant à se fixer des buts clairs, en nourrissant leur motivation et en les incitant à agir pour les atteindre. Selon cette approche, le prestataire doit consacrer l'essentiel de la consultation à écouter les problèmes du patient, et non à dispenser son expertise (c'est l'approche centrée-patient).

Il en est ressorti 2 recommandations :

- La CBS est recommandée pour la prévention des infections sexuellement transmissibles chez l'adulte et chez l'adolescent, dans le cadre des services de soins de santé primaires.
- Il est recommandé de former les prestataires de soins de santé en les dotant de connaissances sur la santé sexuelle et de compétences en matière de CBS.

Ainsi que des priorités de recherche :

- Elaborer des lignes directrices simples et standardisées sur la CBS.
- Organiser un projet pilote afin de les mettre à l'essai et de les adapter à différents pays, contextes culturels, services de santé, niveaux de revenus et clients.

Le haut conseil de santé publique (HCSP) a proposé en mars 2016 la mise en place d'une stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive(7). Il en a défini 6 axes :

- AXE 1 : Une coordination nationale et territoriale pour un meilleur accès à la santé sexuelle.
- AXE 2 : Information, Education, Formation.

Notamment en améliorant les pratiques des professionnels du soin, du médico-social et de la justice :

*- En formation initiale des professionnels de santé : intégrer un enseignement sur la santé sexuelle dans sa globalité incluant les notions de violence, discrimination et respect

*- En formation continue:

permettre aux Centres de Planification et d'Education Familiale(CPEF) et aux Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST (Cegidd) d'être des terrains de stage en santé sexuelle

Inscrire au développement professionnel continu (DPC) l'approche globale de la santé sexuelle

- AXE 3: Santé de la reproduction (contraception, fertilité).
- AXE 4: Prévention et dépistage des IST.
- Axe 5: Prise en compte de populations aux caractéristiques particulières (personnes âgées, institutionnalisées, incarcérées et personnes VIH).
- AXE 6: Améliorer la recherche.

La société canadienne de gynécologie, après une analyse de littérature internationale, a établi des recommandations à l'égard des soignants, concernant la santé sexuelle des femmes, en 2012, facilement transposable aux médecins généralistes français. (8)

Les fournisseurs de soins devraient :

- obtenir une meilleure compréhension des questions/problèmes associés à la sexualité chez la femme (II-A).
- faire en sorte que leurs bureaux constituent des milieux ouverts et accueillants pour toutes les femmes, quelles que soient leurs préférences et leurs pratiques sexuelles (III-A).
- discuter de sexualité au cours de la première consultation prénatale, avant la sortie de l'hôpital à la suite de l'accouchement et au moment du suivi postnatal (III-A).
- faire savoir à leurs patientes qu'ils sont disposés à discuter de préoccupations d'ordre sexuel.
- sensibiliser leurs patientes quant aux fluctuations normales qui ponctuent la libido et la fréquence des relations sexuelles.
- considérer l'identification et la prise en charge des problèmes de santé sexuelle d'une patiente comme étant des éléments importants et légitimes des soins cliniques qu'ils leur offrent (II-2A).
- Les modifications affectant la fonction sexuelle ne devraient être prises en charge que lorsque la patiente exprime des inquiétudes à leur sujet (II-3B).

Elle renforce ces recommandations d'une déclaration de principe, en encourageant les soignants à (9) :

- Procéder à l'évaluation de la santé sexuelle et génésique de leurs patientes et à celle de leurs besoins.
- Fournir aux patientes des renseignements, du matériel pédagogique et des conseils à jour en matière de santé sexuelle.
- Être conscients du fait que leurs propres valeurs peuvent influencer l'exercice de leur profession.
- Connaître les ressources qui pourraient être consultées par les femmes qui cherchent à obtenir des soins de santé sexuelle et génésique spécialisés (contraception, IVG, prévention, violences...).

En France comme en Europe, Les connaissances sur la sexualité et les questions de santé sexuelle parmi la population et les professionnels concernés (santé, éducation, action sociale notamment) semblent aujourd'hui insuffisantes eut égard à ces recommandations (7).

I.1.4. Que font les médecins ?

Les médecins généralistes français et internationaux s'estiment pour la plupart à l'aise avec la question de la sexualité et déclarent interroger régulièrement leurs patients sur ce thème (10, 11).

Or le déficit le plus important en santé sexuelle concerne l'absence d'interrogatoire et de démarche préventive en soins primaires. Trop peu de médecins généralistes interrogent souvent ou toujours leurs patients sur leur anamnèse sexuelle. Les patients sont peu nombreux à relater avoir été effectivement questionné par leur médecin traitant, et aimeraient que ce soit lui qui initie la conversation sur ce sujet (12-15).

L'étude française de Buvat J. retrouvait que seulement 10% des hommes et 8% des femmes avaient été interrogés par un médecin sur des éventuelles difficultés sexuelles pendant une consultation de routine dans les trois dernières années. Alors que les problèmes sexuels étaient nombreux, seulement une minorité des individus allaient chercher une aide médicale pour les aider (16).

Les médecins généralistes mettent en avant de multiples barrières pouvant expliquer ce fossé entre l'attente des patients et la réalité de la prise en charge de la sexualité en soins primaires : manque de temps, de connaissances, la gêne du patient, la différence de sexe et d'âge et de culture entre le patient et le médecin, plus souvent considérés comme un frein par les médecins hommes, la présence d'une tierce personne assistant à la consultation, le manque de traitement médicamenteux rapide et efficace, et le manque d'intérêt sont principalement cités (17,18).

Les médecins interrogent plus leurs patients sur leur sexualité que dans certains contextes : plainte somatique, facteurs de risque cardio-vasculaires (diabète, coronarien), traitements pouvant interférer sur la sexualité, contraception ou IST sont les situations les plus citées. Ils paraissent en revanche très peu nombreux à faire un interrogatoire systématique de routine (14,19,20).

Des exemples de questionnaires pour parler plus facilement de sexualité ont été établis par des experts dans la littérature (21,22) mais les médecins généralistes français sont peu nombreux à vouloir les utiliser, préférant un langage simple et personnalisé (23,24). Les études américaines montrent que l'entraînement et la systématisation de l'interrogatoire (à l'aide de questionnaires standardisés ou non) pouvaient rendre plus confortable la tâche du médecin (21).

C'est également le cas du baromètre santé médecins généralistes INPES 2009 (19) qui annonce que le thème de la vie affective et sexuelle reste difficile à initier en prévention pour 58% des médecins. La vie affective et sexuelle est déclarée plus souvent facile à aborder par les médecins qui utilisent des questionnaires sur ces thèmes. Cette facilité est présente chez 54% des médecins utilisateurs de questionnaires, versus 14% des non-utilisateurs.

Les raisons de faire un interrogatoire sexuel sont pourtant multiples (21) :

- diminuer la morbi-mortalité en lien avec toutes les IST, le cancer du col, les interruptions volontaires de grossesses...
- en raison de la haute prévalence des dysfonctions sexuelles (environ une personne sur deux au cours de sa vie) et leurs retentissements sur la vie familiale, la santé mentale etc...
- et leurs liens avec de nombreuses maladies (diabète, HTA, dépression...),
- la sexualité pouvant être un indicateur de santé mentale (violences, conduites à risque, estime de soi...)
- la prévention.

La réussite de l'intégration de la santé sexuelle dans la médecine générale pourrait donc faire diminuer la morbi-mortalité et améliorer le bien-être des patients (21,25).

A.Giami, directeur de l'INSERM, dans son ouvrage « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité" (26), a défini 4 postures possibles pour les médecins généralistes :

- L'évitement de l'abord de la sexualité avec plusieurs argumentations déjà retrouvées dans la littérature : l'absence de demande de la part des patients, un manque de temps, absence de formation, hors des compétences du généraliste, l'intérêt pour d'autres pratiques, domaine de l'intime et non du médical.
- Entre appropriation médicale des problèmes de la sexualité et évitement relatif. Cette approche consiste à traiter les problèmes liés à la sexualité comme de « simples » problèmes médicaux, sous l'angle de la pathologie sexuelle (suivre des recommandations, prescriptions...). Cela permet de tracer des limites claires entre ce qui est du domaine médical et ce qui ne l'est pas. Ces médecins ont recours facilement à un médecin plus spécialisé.
- Une approche « globale », « holistique » des problèmes de la sexualité. Cette posture est fondée sur une conception de la sexualité qui prend en compte ses dimensions physiologiques et fonctionnelles ainsi que ses dimensions psychologiques et relationnelles dans le cadre d'une approche qui se veut « globale ». Ces médecins manifestent un intérêt particulier pour la sexualité. Les situations embarrassantes pour les médecins des postures précédentes, deviennent un moyen d'ouvrir et d'approfondir le dialogue avec certains patients, avec un sentiment d'aller plus loin que la démarche clinico-biologique, responsable de satisfaction professionnelle.
- La spécialisation formelle, devenir sexologue. Ces médecins ont pris conscience de leur intérêt personnel et professionnel pour les questions liées à la sexualité et s'engage donc dans une formation et une pratique plus poussée.

I.1.5. Qu'en pensent les patients ?

A l'international

La majorité des études internationales montrent que les patients aimeraient que la question de la sexualité soit abordée avec leur médecin traitant, voire même abordée PAR le médecin traitant.

Dans l'étude Suisse de Meystre-Agustoni G. de 2006, 1500 patients avaient déclaré à 90% vouloir être interrogés sur leur sexualité par leur médecin plutôt que de recevoir des conseils de prévention non personnalisés. 15% auraient été embarrassés. Néanmoins 76% de ces 15% auraient souhaité qu'il le fasse quand même. Seulement 40% des patients avaient déjà discuté de leur sexualité avec leur médecin, malgré leurs souhaits. Il n'y avait pas de différence de profil entre les patients qui en avaient déjà parlé et les autres (12).

Dans l'étude anglaise de Jones R. de 2003, le médecin généraliste était vu comme la principale source d'aide professionnelle en cas de problèmes sexuels, en lien avec de nombreux facteurs notamment la qualité de la relation et la satisfaction des consultations antérieures (27).

Cette demande ne date pas d'aujourd'hui puisque dès 1997, une étude anglaise retrouvait que 70% des patients considéraient que les problèmes sexuels étaient du domaine du médecin généraliste. Malgré cela, les difficultés sexuelles apparaissaient dans le dossier médical de seulement 2% des patients (28).

Les patientes de l'étude américaine de Fairchild PS en 2016 étaient d'accord pour dire que la santé sexuelle avait une place importante dans le bien être global et voulaient bien être interrogés régulièrement sur ce sujet. La plupart sans gêne. Les généralistes les interrogeaient moins souvent que les gynécologues (29).

Dans une autre étude américaine portant sur 6000 patients, l'activité sexuelle, sa qualité et « l'intérêt pour le sexe » des patients étaient associés positivement avec un bon état de santé. Les personnes se déclarant en très bonne ou excellente santé étaient plus nombreuses à avoir une activité sexuelle active que les personnes en mauvaise santé(30).

Cette demande concerne également les personnes âgées de plus de 80 ans, comme l'affirme Smith LJ. La majorité d'entre eux (de façon plus marquée pour les hommes) aimeraient parler sexualité avec leur médecin. Seulement 7 % des femmes et 32 % des hommes rapportaient que leur médecin avait posé une question sur ce sujet dans l'année précédente. Seulement 4% des femmes et 36% des hommes avaient initié eux même la conversation sur la sexualité dans l'année précédente (13).

En France, les résultats sont similaires, quelle que soit la population.

Tableau 1 : Récapitulatif des thèses françaises concernant les attentes des patients envers le médecin généraliste en santé sexuelle.

Titre	Méthode	Résultats pertinents
Barbaroux A. 2010 (14)	Thèse de médecine. Méthode quantitative. 2 études descriptives en 2010. Questionnaires papiers auprès de 88 MG et 253 patients, dont 60% de femmes.	- le MG était le professionnel consulté en premier (62%) en cas de dysfonction sexuelle. - Il pouvait fournir une aide pour un problème sexuel pour 84% des patients interrogés. - 61% des patients qui n'avaient pas été interrogés par leur MG sur leur sexualité auraient souhaité qu'il le fasse.
Courtois M. 2012 (15)	Thèse de médecine. Méthode quantitative. Adolescents de 13 à 17ans. Dans 8 établissements scolaires du Rhône. 369 questionnaires anonymes.	- 89% des adolescents trouvaient normal que le médecin leur parle de sexualité. - 14% seraient même soulagés qu'il le fasse. - Cependant 86% ne consulteraient pas leur MG spécialement pour parler sexualité.
Jarlier C. 2012 (31)	Mémoire de sage-femme. Méthode quantitative. Questionnaires distribués en suites de couches. 174 femmes ayant accouchées au CHU de Clermont, pendant 2 mois en 2012.	- 90% des femmes enceintes pensaient qu'il était normal de parler de sexualité pendant la grossesse. - 74% pensaient que c'était au professionnel de santé d'aborder le sujet en premier.
Laurens G. 2013 (32)	Thèse de médecine. Méthode quantitative. Questionnaires réalisés auprès de 101 patients suivis par l'un des 23 médecins sexologues de la Région du Nord-Pas-de-Calais en 2012.	80% des femmes et 63% des hommes jugeaient que leur médecin traitant était très efficace à efficace pour rassurer et dédramatiser la situation en cas de difficultés sexuelles.
Lamy-Fénéon P. 2015 (33)	Thèse de médecine. Méthode quantitative. 264 questionnaires anonymes, mis dans les salles d'attentes de 13 cabinets de MG, 3 gynéco, 1 urologue et 1 CPEF dans le Morbihan.	- 24% avaient déjà parlé sexualité avec MG. - 65% étaient défavorables à ce que le MG les interroge sur leur sexualité. -70% se disaient embarrassés devant l'abord de la sexualité avec le MG. - 27% de ceux là auraient souhaité que le MG le fasse quand même. - 51% préféreraient que ce soit le MG qui aborde le sujet.

Les patients qui avaient parlé de sexualité avec leur médecin généraliste étaient satisfaits du contenu de la conversation dans la grande majorité des cas (14,15,32).

I.2) Les violences envers les femmes

Violence : Qualité de ce qui agit avec force. Force dont on use contre quelqu'un, contre les lois, contre la liberté publique, etc.

Selon Amnesty international : « *La cause profonde de la violence à l'égard des femmes réside dans la discrimination liée au genre, le refus de l'égalité entre hommes et femmes dans tous les aspects de la vie. Certains hommes usent de la violence pour dominer les femmes, en particulier à travers le contrôle de leur sexualité. Les femmes qui ne se conforment pas aux normes en vigueur relatives à la féminité s'exposent souvent à de sévères châtiments. La violence contre les femmes n'est ni "naturelle" ni "inévitable" ; elle persiste car la société le permet. Quasiment chaque culture comprend une forme de violence à l'égard des femmes qui passe pratiquement inaperçue car elle semble normale ou acceptable. Dans les conflits armés, la violence contre les femmes est souvent une arme de guerre : elle est utilisée pour les déshumaniser ou pour persécuter la communauté à laquelle elles appartiennent. La violence contre les femmes se poursuivra tant qu'elle restera cachée, jugée avec indulgence ou passée sous silence par la société et les autorités, et tant que les auteurs de ces violences ne seront pas soumis à des sanctions.* » (34)

I.2.1. Les chiffres

- 35% des femmes, soit près d'**une femme sur trois dans le monde**, indiquent avoir été exposées à des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre à un moment de leur vie, d'après l'OMS (38).

Une enquête de santé publique (VIRAGE : Violences et Rapports de Genre) a été réalisée en 2015 par l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) en France sur 28 000 personnes pour approfondir les connaissances sur les violences (chiffrer, recenser les violences, étudier leur retentissement et savoir à qui les victimes parlent-elles) et actualiser les chiffres (35). Elle complète celle de 2008 « Enquête sur la sexualité en France », qui n'était pas dédiée uniquement aux violences (36), et celle de 2000 « Enquête Nationale sur les Violence Envers les Femmes » (ENVEFF) (37).

- En France, plus d'**une femme sur cinq** (20,4%), déclarent dans l'enquête CSF (36) avoir subi au moins une fois dans sa vie une forme de violences sexuelles (attouchements forcés, tentative de rapports forcés, ou rapports forcés), 15% dans l'enquête VIRAGE (35). 10% des femmes sont victimes de violences conjugales dans leur vie (37).

- **Une femme décède tous les trois jours** sous les coups de son compagnon en France (122 femmes tuées en 2015). Les femmes victimes de violences perdraient entre 1 et 4 années d'espérance de vie. (39). 200 000 femmes sont victimes de violences conjugales chaque année. Moins de 10% portent plainte.

- 83 000 femmes par an victimes de viols ou tentatives de viols, 63% des femmes violées le sont **dans leur enfance** ou adolescence, 25% avant 11 ans, 83% des agresseurs sont des proches. 97% des violences sexuelles sont commises par un ou plusieurs hommes. (39)

Les violences psychologiques sont omniprésentes quelque soit le type de violences.

I.2.2. Les impacts

Les impacts sanitaires, sociaux et économiques des violences en font une véritable urgence de santé publique (40).

Ces violences entraînent des problèmes de santé physique, mentale, sexuelle, reproductive chez les femmes victimes.

Ces femmes sont victimes de morts violentes, soit directement – homicides – soit indirectement, en raison de suicides, ou d'infections (VIH par exemple). La violence est également une cause importante de morbidité à travers de multiples problèmes de santé mentale, physique, sexuelle et génésique, et elle est également liée à des facteurs de risque connus de mauvaise santé, tels que l'alcoolisme et la toxicomanie, le tabagisme ou les rapports sexuels à risque. La violence au cours de la grossesse a également été associée à un risque accru de fausse couche, d'accouchement prématuré et de faible poids à la naissance (41).

Lorsqu'on évalue les effets cumulés sur la mortalité et la morbidité, la charge pour la santé est souvent plus lourde que pour d'autres priorités de santé publique plus généralement reconnues (42).

Outre des coûts humains, la violence entraîne des coûts économiques importants, pour les services sanitaires, juridiques, policiers etc... (40).

Les coûts sociaux plus larges sont considérables mais difficiles à quantifier. La violence envers les femmes est susceptible de limiter les efforts de lutte contre la pauvreté en réduisant la participation des femmes à l'emploi, l'accès des femmes à l'éducation, l'éducation des enfants (40).

Le 5ème plan gouvernemental de mobilisation et de lutte contre les violences (2017-2019) a pour objectif que toutes les femmes victimes de violences puissent accéder à leurs droits, être

protégées, être accompagnées, pour sortir des violences et se reconstruire (3919, places d'hébergements d'urgence, formation des professionnels, soutien aux associations...).

I.2.3. Le retentissement des violences sur la sexualité

Il a été très étudié dans les études de Muriel Salmona, psychiatre, et directrice de l'association Mémoire traumatique et victimologie (43).

Ainsi, elle écrivait : « Nombreuses sont les femmes qui, ayant subi des violences sexuelles, souvent dès l'enfance, se retrouvent à devoir composer avec une sexualité gravement traumatisée et infectée de symptômes psychotraumatiques non identifiés comme tels. Comme elles se retrouvent seules face à cette sexualité traumatisée, sans aucun outil pour la comprendre, pour la relier aux violences subies dans le passé, ni pour séparer la sexualité qu'elle voudrait avoir d'une sexualité « infectée » par les violences (avec leurs conséquences psychotraumatiques : mémoire traumatique, conduites d'évitement et conduites dissociantes), elles n'auront d'autres possibilités que d'intégrer cette sexualité traumatisée telle quelle ou de la rejeter en bloc. »

Cette association a conduit une enquête auprès de 1200 femmes victimes de violences sexuelles en 2014 (43).

65% des femmes considéraient que ces violences avaient eu un impact très important sur leur vie sexuelle. 53% déclaraient avoir eu des problèmes sexuels (vaginisme, phobies, frigidité...).

44% avaient éprouvé un sentiment de solitude extrême. 56% n'avaient personne à qui parler après ces violences. 82% des répondantes avaient mal vécu le dépôt de plainte.

Les violences sexuelles affectent durablement la santé physique, mentale et génésique et constituent un danger pour la santé maternelle et périnatale (8,5% de grossesses après un viol dans cette étude, 1 sur 4 menée à terme, 1 femme sur 5 était alors mineure, risque de fausses couches multiplié par deux, 17 % naissances prématurées). La santé mentale est menacée (7 fois plus de tentatives de suicides que dans la population générale) (43).

Les violences conjugales ont des conséquences gynécologiques selon l'OMS : perte de libido, dyspareunies, douleurs pelviennes, hémorragies génitales, infections gynécologiques mais aussi grossesses non désirées, IVG... (38).

I.2.4. La place du médecin généraliste

Le premier recours des femmes victimes de violences (dans 24% des cas) sont les médecins (généralistes, urgentistes, gynécologue-obstétriciens) comme le confirme l'ENVEFF, avant la police, la justice ou les associations (37).

Une femme victime d'agressions physiques répétées au cours de l'année consulte cinq fois plus son médecin traitant que les autres, pour des troubles somatiques ou pathologies chroniques la plupart du temps (douleurs chroniques, colopathies fonctionnelles, troubles musculo-squelettiques, pathologies de l'appareil uro-génital, dysfonctionnements thyroïdiens, cancers, maladies auto-immunes... (37).

Dans l'enquête de l'association Mémoire traumatique et victimologie (43), 72% des femmes victimes de violences conjugales souhaitaient que leur médecin généraliste leur pose la question afin de révéler les violences. Dans 79% des cas ce sont les victimes qui ont abordé spontanément la question des violences. En moyenne 12 ans après les faits.

La moitié des victimes rapportaient avoir eu des difficultés à trouver un professionnel de santé formé à la prise en charge de violences sexuelles.

57% des répondantes préféraient parler des violences avec une femme qu'avec un homme. Elles présentaient des difficultés à se laisser examiner par un médecin homme.

Dans sa thèse « Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale », (44) Julie Rose retrouvait que les violences sexuelles étaient perçus comme « hors champ » pour l'abord avec le médecin généraliste, laissant penser que le patient ne l'aborderait pas spontanément si le sujet n'était pas amené par le médecin.

Le médecin généraliste était perçu comme une personne de premier recours pour les femmes ayant été victimes de violences sexuelles (45).

Un site Internet « decliviolence.fr », créé par le DMG de Clermont-Ferrand, est une plateforme d'aide pour les médecins généralistes à la prise en charge des femmes victimes de violence, pendant la consultation, avec de nombreux outils (« Boîte à outils » Repérer, Aborder, Evaluer, Agir, Orienter) et une synthèse des connaissances actuelles. Ce site récent reste à promouvoir auprès des médecins généralistes français (46).

I.2.5. Les attentes et les freins des femmes victimes de violences envers le médecin généraliste

Dans la littérature, on retrouve des attentes et des freins multiples (45,47-49).

Les principales attentes liées à l'attitude du médecin étaient l'empathie, l'écoute, l'absence de remise en question de leurs dires et de jugement.

Les attentes liées à l'action du médecin étaient d'informer sur les violences conjugales, de respecter le secret médical, de rédiger un certificat médical adapté, d'orienter, de ne pas trop prescrire de médicaments et de se former.

Enfin une dernière attente concerne la gratuité des soins, notamment concernant le suivi psychologique.

Les freins liés à la victime étaient la peur (du compagnon, des représailles, de ne pas être crue...), la honte, la conviction que les violences ne sont pas du ressort du médecin, la présence du mari en consultation.

Les freins liés au médecin étaient le manque d'attention, l'absence d'information, le manque de confiance, le manque de temps et la connaissance du conjoint par le médecin.

Un court-métrage, « Anna », diffusé par les associations d'aide aux victimes, disponible sur Internet, propose une façon d'aborder les violences en consultation de médecine générale (50).

I.2.6. Contexte actuel

Ces dernières années, le thème des violences envers les femmes s'est fait une place dans le débat public, le sujet devenant d'actualité. Les femmes se réapproprient la lutte féministe.

Le terme de violences gynécologiques/obstétricales est apparu. Des milliers de témoignages de femmes ont été recueillis par des associations, sur des sites internet dédiés, et sur les réseaux sociaux. Ces femmes font part d'actes douloureux infligés sans qu'elles ne puissent s'y opposer, d'expressions abdominales, d'épisiotomies de routine, de césariennes dont l'utilité n'a pas été démontrée, de révisions utérines sans anesthésie, etc.

Certains témoignages font également part d'impolitesse, d'attitudes méprisantes, et même d'humiliations pour faire accepter des actes médicaux. Enfin, bon nombre de femmes

témoignent de l'indifférence opposée à leurs demandes, le non respect de leurs choix, la non-prise en compte de leur douleur (51).

Au-delà de la période de grossesse, les femmes décrivent des examens gynécologiques violents, un manque de communication, d'explications fournies par le professionnel de santé, des jugements émis sur leur sexualité, des difficultés à accéder à une IVG, des discriminations envers les femmes lesbiennes etc... (51).

Cela sous-entend que certains médecins prennent part aux violences contre les femmes et qu'une prise de conscience est nécessaire.

Le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) parle d'actes isolés, contre lesquels les femmes doivent porter plainte. Un diplôme inter-universitaire sur la prise en charge des maltraitances en gynécologie est néanmoins en train d'être créé.

En 2015, à la suite d'une enquête journalistique, les français découvrent que des étudiants en médecine s'exercent au toucher vaginal chez des patientes endormies au bloc opératoire gynécologique sans leur consentement préalable. Le président du CNGOF de l'époque confirme la pratique. Bernard Hédon se refuse cependant à parler d'"entraînement" et préfère évoquer un acte de "formation" des étudiants, "sous la responsabilité du médecin". "Les étudiants palpent beaucoup mieux les structures lorsque la patiente est anesthésiée, car les muscles sont détendus", explique-t-il (52).

Cet évènement a permis à la société et aux médecins de s'interroger sur la notion de consentement libre et éclairé, pourtant exigé par la loi Kouchner de 2002.

Marlène Schiappa, Secrétaire d'Etat aux Droits des femmes, a demandé un rapport sur les violences obstétricales au Haut Conseil à l'Egalité en 2017.

En octobre 2017, plusieurs actrices américaines déclarent avoir été victimes de violences sexuelles de la part d'un producteur de cinéma, Harvey Weinstein. S'en suit un mouvement international de « libération de la parole » des femmes (Me too, #balance ton porc, Time's Up...). Les plaintes enregistrées pour violences sexuelles en octobre 2017 en France ont augmenté de 30% par rapport à 2016.

Nous assistons donc à un moment de prise de conscience des violences à l'encontre des femmes, leur importance, leur diversité, leur retentissement etc...

I.3) Question de recherche

A partir des données de la littérature (méthode de recherche bibliographique en annexe 1), il apparaissait que les attentes des femmes victimes de violences, en termes de santé sexuelle, n'avaient pas été étudiées.

Il était pourtant légitime de penser qu'elles auraient besoin d'un accompagnement plus important que la population générale compte tenu de la fréquence des difficultés sexuelles rencontrées et de leur retentissement.

Le médecin généraliste étant un acteur principal de la santé des femmes, il devrait avoir une place dans la prise en charge de la sexualité de ces femmes.

L'objectif principal de notre étude était donc de comprendre les attentes, vis-à-vis de leur médecin généraliste, des femmes victimes de violences concernant l'abord de leur sexualité.

L'objectif secondaire était de comparer ces attentes avec celles de la population générale féminine, pour en définir les spécificités.

II. Méthode

II.1) Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

II.2) Population

Les personnes interrogées étaient des femmes majeures ayant été victimes de violences (quelles qu'elles soient).

II.3) Recrutement des interviewées

Le recrutement a été mixte : par échantillonnage raisonné et par effet « boule de neige ».

Dix associations venant en aide aux femmes victimes de violences en Gironde, ainsi que le CAUVA (Centre d'Accueil d'Urgence des Victimes d'Agressions) de Bordeaux, ont été contactées par la thésarde en leur envoyant le protocole d'étude et une lettre explicative par mail (Annexes 2 et 3), afin de pouvoir les rencontrer. Après plusieurs relances, 3 associations ont accepté de la recevoir, 2 de lui faire rencontrer des femmes. Les femmes étaient mises au courant de l'étude par l'association, de manière orale et écrite grâce à la lettre explicative (Annexe 3). Soit l'association leur donnait les coordonnées téléphoniques et mail de la thésarde et ce sont les femmes qui la contactaient. Soit l'association donnait le prénom et le téléphone des volontaires à la thésarde afin qu'elle les contacte, avec leur accord. Dans une des associations, la chercheuse est venue se présenter aux femmes lors d'un groupe de parole, et la prise de rendez-vous s'est faite directement à ce moment là.

Les premières femmes interrogées étaient sollicitées pour recruter d'autres personnes potentiellement volontaires dans leur entourage, en leur donnant directement les coordonnées de la thésarde. Une femme a été recrutée de cette manière.

Le consentement oral était recueilli avant chaque entretien. L'ensemble des participantes avaient lues la lettre explicative avant de le donner.

Devant la difficulté de recrutement, il n'y a pas eu de sélection selon des critères d'âge, de profession, de cadre de vie etc... Les responsables associatifs ont proposé l'étude aux femmes

qu'ils estimaient le plus susceptibles d'accepter cette participation, en essayant d'avoir une certaine variété de points de vue. Des lettres explicatives étaient mises en évidence dans les salles d'attente des deux associations. L'ensemble des personnes volontaires ont été incluses dans l'étude.

II.4) Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé par la thésarde et son directeur de thèse (Annexe 4).

L'entretien commençait par les situations vécues autour de l'abord de la sexualité afin de mettre en confiance les femmes interrogées. Elles n'étaient à aucun moment questionnées sur leur histoire violente mais pouvaient l'aborder si elles le voulaient. Ensuite venait la problématique principale du rôle du médecin généraliste dans l'abord de la sexualité.

Les questions devaient être ouvertes et larges afin de laisser le plus de place possible à la parole des femmes sans la contraindre. Des questions de relances étaient prévues si besoin.

Le canevas d'entretien a évolué au fur et à mesure des rencontres afin d'améliorer la qualité du recueil des données (version finale en Annexe 5).

II.5) Déroulement des entretiens

Les entretiens étaient individuels et semi-directifs.

Tous les entretiens ont été réalisés par la thésarde. Un enregistrement audionumérique par dictaphone était réalisé après accord des participantes. Une prise de notes était réalisée pendant la discussion. Les éléments contextuels et non verbaux pertinents pour l'interprétation des données y étaient également annotés (ressenti, attitude, gestuelle...).

Les interviews ont été faites dans les locaux des associations, afin que les femmes soient dans un lieu rassurant pour elle, connu, où la parole pouvait être respectée. C'était également pour des commodités pratiques (RDV groupés avec leurs RDV habituels, plus proche de leur domicile...).

Les données sociodémographiques étaient recueillies, à la fin de la rencontre (Annexe 6).

La durée moyenne des entretiens a été de 26min et 30sec (de 17 min à 36min).

Les personnes souhaitant recevoir la retranscription écrite de leur interview communiquaient leur mail à la thésarde, noté dans un fichier à part, qui n'était pas relié à leur entretien afin de

préservent leur anonymat. La thèse finale a été envoyée aux associations qui l'ont transmise aux personnes concernées.

II.6) Retranscription et codage

Après leur réalisation, les entretiens ont été retranscrits par verbatim, c'est-à-dire de manière intégrale et littérale, avec le logiciel Word®, par la thésarde, au fur et à mesure, et complétés avec les notes de terrain, en préservant l'anonymat.

Un codage ouvert a été réalisé après les 8 premiers entretiens. Ces 8 entretiens ayant été réalisés de manière très rapprochée dans le temps, une analyse au fur et à mesure de ces entretiens n'a pas pu être effectuée. Une analyse thématique des verbatims a été effectuée afin de réunir les réunir, au cours d'un travail itératif, par unités de sens.

Le recueil des données s'est arrêté lorsque l'objectif était atteint, à savoir la saturation des données : il n'y avait plus d'émergence d'idée nouvelle importante lors des derniers entretiens.

II.7) Méthode d'analyse

L'analyse thématique a été réalisée en deux étapes :

- D'abord la «décontextualisation », l'analyse verticale : les verbatim ont été fragmentés et codés en unités de sens, résumant l'idée traduite par le verbatim. Un relevé des unités de sens de tous les entretiens a été réalisé.
- Puis la « recontextualisation », par regroupement thématique transversal. Les unités de sens ont ensuite été regroupées en thèmes plus généraux.

Ce travail a abouti à la création d'un arbre thématique.

Trois chercheurs (la thésarde, un 2ème chercheur effectuant le double codage et le directeur de thèse) ont effectué cette étape, à partir des entretiens retranscrits, anonymisés, et participé à l'émergence des principaux axes d'analyse. L'arbre thématique définitif est donc une mise en commun discutée de ces 3 analyses.

Triangulation des données: les verbatims ont été doublement codés, par la thésarde et par un deuxième chercheur, indépendant de la thèse, ayant une formation en sciences politiques et sensibilisé aux travaux sociologiques.

Après la réalisation, la retranscription, l'analyse et le double-codage de 10 entretiens, les données tendaient vers la saturation. Lors du double-codage du 10ème entretien, aucune nouvelle thématique n'a été créée, définissant la saturation et clôturant l'inclusion de l'étude. Il était initialement prévu de confirmer cette saturation des données par une ou deux entrevues supplémentaires, mais cela n'a pas été possible, faute de recrutement suffisant.

II.8) Ethique et réglementaire

Le consentement oral a été recueilli au début de chaque entretien. La thésarde exposait aux femmes volontaires en début de rencontre l'objectif de la thèse et la méthodologie. Elle leur laissait le choix de se désister à ce moment là et leur précisait qu'elles pouvaient arrêter l'entretien à tout moment sans aucune justification, ou ne pas répondre à une question si elles le souhaitaient. Aucune d'entre elles n'y a eu recours.

L'anonymisation a été garantie par l'attribution à chaque participante d'une lettre, de A à J. L'identité des personnes n'étaient pas recueillies ni leurs coordonnées. Les données socio-démographiques ont été recueillies de telle manière à ce qu'elles comportent le risque le plus faible possible d'identification tout en permettant de décrire les caractéristiques pertinentes de la population interrogée.

La date et le lieu de l'entretien n'apparaissaient nulle part. Le nom des associations n'a pas été dévoilé.

Une fois retranscrits, les entretiens audio étaient supprimés pour ne garder que la version écrite.

Les risques psychologiques ont été maîtrisés par l'absence de questions susceptibles d'être considérées par les participantes comme intrusives, concernant leur histoire violente et leur sexualité, ou pouvant avoir des conséquences négatives.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL (avec la CIL de l'Université de Bordeaux).

La soumission à un Comité de Protection des Personnes n'a pas été nécessaire, l'application Jardé n'étant pas encore en vigueur au moment du début des travaux.

III. Résultats

III.1) Caractéristiques des femmes interrogées

Des entretiens ont été réalisés auprès de 10 femmes, entre le 03/02/2017 et le 14/11/2017 à Bordeaux et Libourne.

Les profils étaient assez divers.

Tableau 2 : Caractéristiques des 10 femmes interrogées.

Age (en années), n (%)		Statut marital, n (%)	
18-25 ans	1 (10)	Célibataire	1 (10)
26-35 ans	3 (30)	Mariée	5 (50)
36-45 ans	3 (30)	Divorcée	1 (10)
46-55 ans	2 (20)	Concubinage	3 (30)
56-65 ans	1 (10)		
		Consultations chez MG, n (%)	
Catég. socio-pro (CSP), n (%)		> 1/mois	2 (20)
CSP 2	2 (20)	1/mois	2 (20)
CSP 3	2 (20)	1/3mois	6 (60)
CSP 4	1 (10)		
CSP 5	1 (10)	Violences déclarées, n (%)*	
CSP 7	1 (10)	Conjugales	7 (70)
CSP 8	1 (10)	Sexuelles	4 (40)
		Verbales	7 (70)
Lieu de vie, n (%)		Physiques	3 (30)
Urbain	9 (90)	Harcèlement	1 (10)
Rural	1 (10)		

Catégories socio professionnelles :

2 : artisan, commerçante, cheffe d'entreprise

3 : cadre, profession intellectuelle supérieure

4 : profession intermédiaire

5 : employée

7 : retraitée

8 : autre (chômeuse, étudiante...)

Le total des données concernant le type de violences n'est pas égal à 10, certaines femmes n'ont pas donné cette information et une même femme pouvait être victime de différents types de violences.

La moyenne d'âge des femmes interrogées était de 39 ans. Elles vivaient quasi exclusivement en ville. Leurs professions étaient multiples, leur statut marital également. Elles consultaient fréquemment leur médecin généraliste. Toutes avaient déclaré un médecin traitant. Le type de violences n'était recueilli que si les femmes l'abordaient spontanément.

III.2) Analyse du verbatim

Lors de l'analyse des verbatim, 3 thèmes principaux ont été identifiés :

- Quand aborder la sexualité ?
- Comment aborder la sexualité ?
- Et la place du médecin généraliste dans l'abord de la sexualité.

III.2.1. Quand aborder la sexualité avec les femmes victimes de violences ?

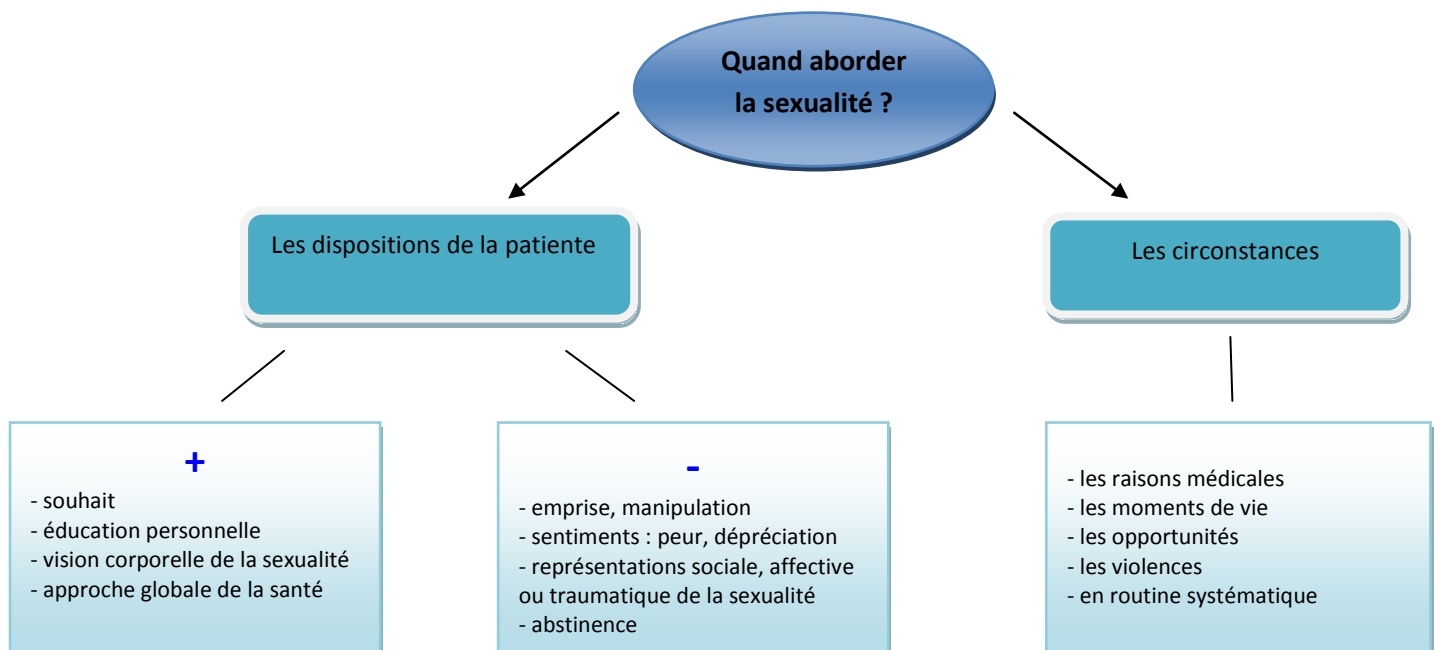


Figure 2 : Quand aborder la sexualité avec les femmes victimes de violences ?

III.2.1.1. Les dispositions personnelles de la patiente

Il s'agit de facteurs individuels, présents chez les femmes victimes de violences, qui pouvaient influencer le fait de parler de sexualité avec leur médecin généraliste.

III.2.1.1.1. Les éléments favorisants

Quelles caractéristiques personnelles pouvaient distinguer les femmes qui parlaient de sexualité avec leur médecin généraliste des autres ?

Le souhait

Les femmes de notre étude avaient eu le souhait de parler de sexualité avec leur médecin traitant à un moment de leur vie.

H : « Je crois que je rêverais qu'un médecin me dise « comment ça se passe sexuellement, comment allez vous, comment vous sentez vous, qu'est ce... ? ». Voilà, et du coup, je pense que ça déclencherait peut être euh, beaucoup de choses. »

H : « Le médecin quand il la connaît pas effectivement, euh, les premiers rendez vous peuvent être un peu rapides et donc il faut essayer de trouver le créneau pour parler du thème de la sexualité. »

C : « Moi jamais, de moi-même j'aurais cherché à aborder cette question. Et euh... pour autant, peut-être qu'à certains moments ça aurait pu être important pour moi d'en parler. Et... mais j'ai pas osé. »

G : « Bon oui j'en ai parlé. Euh, ben c'était pour lui expliquer ce qu'il se passait. Euh voilà quoi... Avoir un conseil. »

A : « J'ai essayé de parler à mon médecin généraliste, euh... Ben du problème relationnel en général hein... »

L'éducation personnelle

Certaines femmes n'avaient pas de tabous concernant la sexualité, avaient l'habitude d'en parler. Pour d'autres, la verbalisation en cas de difficultés était une ressource. L'abord de la sexualité avec le médecin généraliste s'en trouvait facilité.

F : « Nous on a pas tellement de problème, par rapport à la sexualité en général, pour en parler, pour... On avait des parents déjà très ouverts sur le sujet. C'est pas comme si c'était un monde que je ne connaissais pas... On s'est décomplexés on va dire. On pouvait parler, il y avait pas de tabous à ce sujet là en tous cas. Moi je suis très libérée avec ça. C'est sans doute une question de génération, d'éducation, j'en sais rien. »

B : « Je suis quelqu'un de très ouvert euh... enfin je veux dire j'ai pas de tabous, donc je vais parler de prévention et tout ça auprès des amis, des collègues, n'importe qui. »

A : « Moi je suis du genre à parler toujours autour de moi, pour avoir un retour sur ce qui se passe quand je comprends pas, j'ai besoin de mettre des mots, d'avoir aussi le le..., en face, le retour, enfin les mots des autres personnes pour vraiment me rendre compte de ce qui m'arrive en fait. J'arrive pas à tout garder à l'intérieur. »

Une vision corporelle de la sexualité

Il semblait naturel aux femmes ayant une vision biologique de la sexualité, médicale voire technique d'en parler avec un professionnel de santé.

C : « en fait, sous un angle j'allais dire santé, médical, ouais presque technique, ça paraît normal de pouvoir poser des questions à un professionnel de santé »

D : « c'est un caractère purement médical, c'est euh... Pourquoi ces douleurs, pourquoi ci, pourquoi ça ? »

H : « J'estime que je dois pouvoir avoir confiance en mon médecin et lui confier ces choses là qui sont médicales ou para médicales »

Une approche globale de la santé

Les femmes ayant une vision de la santé comme étant « un état de bien-être global » y incluait facilement la sexualité. Il leur paraissait donc normal d'en parler avec leur médecin généraliste.

H : « Il y en a avec qui ça se présente pas et je me sens pas à l'aise pour en parler ou pour aborder ce sujet qui pourrait être un complément d'information, euh, et il y a en d'autres en fait c'est vraiment un tout, mais ils s'intéressent à tout. C'est-à-dire ça peut être la sexualité mais comment ça va dans le couple, comment ça va psychologiquement, dans le travail, c'est un ensemble. Et donc effectivement, si on peut en parler avec son médecin, ça traduit son état aussi, ça peut traduire son état. »

G : « Que je n'ai aucun intérêt à lui cacher des choses, au contraire, j'ai tout à y gagner en lui disant. Voilà, j'ai besoin de sentir ça. »

E : « Si la personne me pose des questions, s'intéresse à moi euh, là on peut avoir un échange. Alors tout en ayant des questions vraiment très générales [...] comment ça se passe dans la vie etc ? »

III.2.1.1.2. Les éléments freinant dans les dispositions personnelles de la patiente

Au contraire, certaines qualités présentent chez les femmes victimes de violences, inhibaient cet échange.

L'emprise, la manipulation, le déni

En contexte de violences, l'emprise, la manipulation, de la part de l'agresseur, retentissent sur les relations sociales, y compris celle avec le médecin généraliste. Les femmes se retrouvent coupées des autres, la parole est freinée, la méfiance est partout.

A : « Mon compagnon était très très dangereux pour moi mais comme tous les manipulateurs c'était lui qui se faisait victimiser en permanence donc il passait son temps chez le médecin et en plus de ça lui il revenait de chez le médecin en disant « ouais tu vois, le médecin a dit que à cause de toi, machin ». Enfin voilà. Ca il a fait ça avec des milliers de personnes, y compris avec notre médecin. »

« Parce que, en plus quand on est, euh... ben dans une emprise comme ça, on est très faibles psychologiquement. »

« La confiance, enfin j'ai beaucoup d'estime pour ce médecin là mais la confiance était brisée à cause de mon ex-compagnon. »

B : « Euh... Lui, il lui avait déjà téléphoné à mon médecin. Il lui avait déjà téléphoné et il avait téléphoné à mon gynécologue, à ma sage-femme, il téléphonait à tout le monde. Mon médecin je pense que je peux avoir confiance en lui dans le cadre du secret médical. Pour autant, comme je sais que l'autre il lui avait téléphoné, j'avais plus confiance en lui. »

Cette situation laisse place au déni.

A : « C'est difficile si effectivement on connaît des troubles, enfin heu, des relations sexuelles avec un compagnon qui est violent, psychologiquement, et ça peut avoir des répercussions sur la vie sexuelle, euh, c'est difficile d'en parler à son médecin généraliste quand on est dedans, pour la simple et bonne raison qu'on est dans le déni en fait. »

I : « La, je, maintenant je pose la question de savoir si c'était des viols. Sur certaines choses. Parce que je suis pas encore sûre de moi. Et avant, les médecins c'était parce qu'aussi pour moi c'était pas un viol, c'était un devoir conjugal. C'était pas des violences sexuelles, c'était, euh, un devoir conjugal. Même encore il y a très peu de temps que je mets le mot dessus. »

Les sentiments : la peur, la dépréciation, le doute

Les femmes victimes de violences subissent des états émotionnels intenses : la peur voire la terreur, le doute, la dépréciation, la remise en question... Le climat de tension est inhibiteur de parole qu'elle quelle soit. Les femmes ont peur : peur des représailles, peur d'être jugées, de ne pas être crues, peur des conséquences, peur pour leur vie... Commencer à parler c'est déjà avoir compris la situation, pouvoir mettre quelques mots dessus, prendre de la distance, alors que l'agresseur, dans le cas de violences conjugales, ne laisse aucun espace à la vie personnelle. Ca prend du temps. Parler de sexualité peut être comme une boîte de Pandore, que les femmes ne sont pas toujours (ou encore) prêtes à ouvrir.

B : « Parce que justement moi j'ai pas fait, je me suis pas confiée à mon médecin traitant, parce que j'étais dans la... peur. La vraie peur. La peur que les femmes qui ont connu ça, seules ces femmes là ont connu ça. Une peur terrible. »

A : « Oui, parce que j'étais dans un état de paranoïa total où je me disais, même s'il y a le secret médical, enfin... Moi je me sentais plus en sécurité là-bas. »

« Enfin si vous voulez, après il y a des questions de jugement, de garde d'enfants etc, ce qui fait qu'on se dit que n'importe qui peut témoigner contre vous quoi, y compris le médecin traitant pour dire que c'est vous qui êtes maltraitant envers les enfants, violent etc, donc euh »...

H : « Etant donné l'état dans lequel on est, euh, il y a, il y a une vie qui n'est plus à supporter, enfin il y a des conditions qui ne sont plus à supporter certes mais ce sont les seules que la personne connaît à ce moment là et tout le reste c'est comme sauter d'un pont sans filet, sans rien. C'est vraiment euh, c'est très très très dur, et ça peut mettre du temps. »

G : « Du coup, moi en plus j'avais pas trop confiance en moi. Du coup j'ai pas trop osé lui dire quoique ce soit. »

Les approches sociale, affective et traumatique de la sexualité

La vision sociétale, culturelle de la sexualité en fait un sujet, tabou, honteux, dont on ne parle pas en public. Le tabou désigne l'interdit « sacré ». Certaines pratiques sexuelles sont clairement condamnées, interdites et réfutées par la morale (comme l'inceste, qui complique la discussion parent-enfant sur la sexualité). D'autres pratiques sexuelles sont collectivement acceptées mais tues, notamment celles qui n'ont pas à trait à la reproduction, eu égard à l'origine judéo-chrétienne de notre société. La sexualité est dictée par de nombreuses normes et stéréotypes, difficiles à dépasser.

I : « Parce que pour moi c'était intime, c'était tabou le sujet. D'abord j'avais un peu honte aussi de parler de ça, hein, c'était pas simple. »

D : « c'est de l'ordre de l'intime donc c'est un sujet que j'évite. »

G : « Ben parce que c'est intime, enfin... Pas à une inconnue, ca c'est sur. »

H : « effectivement la sexualité est quand même euh, un sujet , enfin qui est dit tabou dans notre société, dans lequel on a besoin d'être à l'aise, même dans notre cadre proche. »

Les femmes ne voulaient pas parler de la partie affective, sentimentale de la sexualité avec leur médecin généraliste.

C : « Alors en plus pour moi, la sexualité c'est éminemment liée aux sentiments et aux émotions et à l'affectif, et alors là je serais pas du tout à l'aise pour parler de ça. » (avec un médecin)

« Sous l'angle plus de la relation, euh, j'aurais plus tendance je pense à parler avec mes proches. »

D : « Il y en a une (la gynécologue) c'est un caractère purement médical, c'est euh [...] Alors qu'avec les amis c'est plus en rapport avec l'autre. On dissocie le corps de l'esprit. Des émotions. »

Parfois sexualité et violence étaient tellement intriquées, que les femmes ne pouvaient pas parler de l'un sans l'autre, ce qui compliquait la discussion.

A : « Et en plus quand les violences, euh, sexuelles ou physiques sont liées à des violences psychiques, encore une fois, enfin c'est tellement difficile, comment aborder la question, autant pour le médecin que pour le patient ? »

C : « Sans que ca soit dans la violence, on va dire que la relation sexuelle était pas une source de satisfaction, donc du coup j'étais pas très à l'aise à cause de ça (pour en parler avec son médecin). La sexualité était devenue un espace où il y avait pas d'agression physique mais que je vivais comme une agression psychologique en fait. Quand on se force à faire quelque chose alors qu'on veut pas, ben c'était une forme de violence. Et donc instinctivement je répondais non, il n'y a pas de violence sexuellement. Pour autant je me forçais. Donc euh, rien que ça en soit ca l'était. »

L'abstinence

Il peut arriver, en cas de violences conjugales, que les femmes mettent complètement leur vie personnelle et intime entre parenthèses, ne laissant place à aucun désir ni plaisir, et donc à une abstinence sexuelle. C'était le cas d'une des femmes interrogées. Pour cette dernière, la sexualité n'était pas un sujet, elle n'existait simplement pas/plus.

J : « hum au moins 20 ans que je fais chambre à part, que je faisais chambre à part. Alors euh, j'ai pas de questions. Eclats de rires. C'est inexistant. Voilà. Voilà pourquoi je vous dis que c'est particulier, voilà. J'ai fait abstraction de, de, pfff... de ma vie pour me consacrer à mes enfants. Mais quand je dis abstraction, c'est, c'est de tout me concernant. Voilà. Je n'existais plus, par le Moi. »

« J'ai passé plus de 20 ans avec mon mari où il y avait, il y avait rien quoi, je faisais chambre à part, j'aurais pu aller voir ailleurs je ne l'ai pas fait, non, non. Non moi je, on a fait abstinence. Ca parait un peu désuet mais c'est comme ça. »

III.2.1.2. Les circonstances pour parler de sexualité

Les raisons médicales

Il apparaissait plus évident aux femmes de pouvoir parler de sexualité avec leur médecin en cas de problème médical, de trouble, de maladie, de gêne ou d'inconfort.

C : « Le fait de vivre une situation euh, euh, pénible, ou douloureuse par exemple. Une maladie, une douleur, un inconfort aussi et là peut-être purement physique pour le coup. »

D : « Euh, dans quelles circonstances ? Ben par rapport à des douleurs. Des questionnements, voilà, peut être, oui en rapport avec des sensations bizarres, des choses auxquelles les copines ne peuvent pas répondre. »

F : « Voilà, faudrait qu'il y ait un trouble ou quelque chose qui ne fonctionne pas ou je sais pas, j'ose imaginer peut-être des maladies sexuellement transmissibles qui soient gênantes... J'imagine. »

G : « Enfin, si par exemple j'avais quelque chose de pas normal, euh, là oui, j'en parlerais. Mais si tout va bien euh, je vois pas, non. Ou peut-être demander des conseils pour quelqu'un. Ou si par exemple mon ami il a un trouble. Si ca vient pas forcément de moi, mais de mon couple. »

H : « En cas de douleurs physiques qui n'ont pas d'explication gynécologique. Euhhh... Un écart dans, une différence dans les rapports, par rapport à, par rapport à ce que je peux vivre depuis le début de la relation par exemple dans ma relation avec le partenaire du moment. Euh, le fait de pas aller bien psychologiquement, l'estime de soi, tout ça qui peut être éventuellement touché, qui peut avoir un lien sur la sexualité aussi. ?? »

Une consultation sur la contraception semblait être un moment propice.

B : « Pour un renouvellement de pilule par exemple. Je pense que ca peut être le bon moment là, euh, justement d'en parler, de pourquoi vous prenez la pilule, enfin j'en sais rien de comment formaliser le truc. »

Les moments de vie

Il y a des moments de vie où il peut y avoir des modifications de la sexualité, et auxquels les médecins pourraient être plus vigilants, d'après ces femmes.

C'est le cas de l'adolescence.

F : « C'est à l'adolescence que les jeunes ont beaucoup besoin d'en parler ou d'en entendre parler donc. Parce que justement, je pense que pour un médecin si on veut pouvoir parler de sexualité notamment avec eux, c'est les ados qui faut former quelque part, enfin auxquels il faut en parler parce que c'est ce qu'ils recherchent aussi. Je pense que c'est à ces âges là qu'on a envie d'être au courant, de savoir, de lire des choses, euh, de même en parler avec les copains. C'est souvent les moments où se posent les premières relations, donc c'est là où à mon avis... »

De la grossesse.

C : « Avec la gynécologue oui, j'ai pu avoir des échanges au sujet de la sexualité. Euh... A l'adolescence déjà, enfin les premières fois où j'ai consulté un gynéco. Après pratiquement jamais. Jusqu'à ce que je sois enceinte, où là effectivement on a parlé, j'ai parlé un peu de la question de la sexualité pendant la grossesse, parce que voilà je me posais des questions très pratiques et qu'on ose pas forcément poser... »

En cas de problème d'infertilité.

I : « Ben je peux, on a du mal à avoir notre enfant donc bien sûr on est passés par FIV et ICSI donc on était bien obligés d'en parler, voilà. »

F : « Pour les couples qui ont des problèmes pour avoir des enfants, le médecin traitant a une place à jouer, je pense. Là, je pense qu'il y a des questions sur la sexualité. »

Ou à la ménopause.

C : « Et puis des périodes particulières de la vie, donc la grossesse, plus tard la ménopause je suppose, enfin voilà ces périodes où... ouais. »

Trouver le bon moment, saisir les opportunités

Il semblait important de savoir trouver le bon moment. Ce n'était souvent pas le cas en présence d'un problème aigu, sans lien direct avec la sexualité.

B : Des fois on réfléchit, est ce que c'est le bon moment, est ce que c'est pas le bon moment ? On pèse le pour et le contre, et quand c'est le bon moment, ben en fait non, le médecin il veut plus nous écouter quoi.

E : Alors après je trouverais ça bizarre si je viens pour un rhume et qu'on me demande comment ça se passe en ce moment votre sexualité, ça me paraîtrait peut-être bizarre.

F : Donc une grippe, un truc, enfin, des choses plus banales, donc en fait, on en vient pas à parler à ça.

Il faudrait être attentif à de petits indices, et laisser des portes ouvertes.

H : « Et là ce serait plutôt du côté du médecin je pense, où à partir du moment où il connaît la personne, s'il voit un changement, dans, dans l'attitude euh, si une femme se maquille moins, pas du tout, si elle est

moins, moins apprêtée, voilà, s'il y a une différence là-dessus, sur l'estime de soi, je pense que, euh... qu'il y a un petit signe à, qui fait que ça serait bien d'aborder le sujet.

C'est de l'écoute et éventuellement voilà attraper, attraper les petites perches quand il y en a quoi. »

I : « Après de dire les choses je ne sais pas, tout dépend à quel stade on est. Mais euh... oui pourquoi pas. Et peut-être envoyer des SOS ou dire mine de rien. Laisser des portes ouvertes, qu'on entend ou pas. »

Les violences

Dans un contexte de violences, la question de la sexualité devait être abordée, d'après ces femmes.

B : « Je pense que ça peut être une voie d'abord pour arriver au point central en fait. Parce que la sexualité ou les difficultés de la sexualité chez les femmes victimes de violences, c'est juste un rameau du fond. »

C : « En tous cas dans les situations comme la mienne, quand quelqu'un vient en exprimant des choses qui permettent de voir qu'il y a une situation de violence, en tous cas même psychologique, où on sent qu'il y a un mal être ou quelque chose, je pense que oui ça peut être utile (parler de sexualité). Voilà, après évidemment au médecin de la faire avec douceur et que la personne puisse dire non et qu'on n'insiste pas. »

H : « Et dans ce cadre là (de violences), ça aurait mérité (de parler de sexualité), parce que pour moi c'était finalement, euh, ça pouvait être un indice. »

En routine systématique

Pour certaines, il serait possible de faire un interrogatoire sexuel en routine systématique, comme on recherche les antécédents, le mode de vie...

B : « Si c'est fait en systématique, les femmes qui sont vraiment concernées, peut être qu'un jour elles se réveilleront en se disant « mais oui, mais en fait il y a quelque chose qui va pas, avec mon médecin je peux en parler parce que quand on parle de la pilule, on en parle déjà », voilà. Oui je pense que ça permettrait de sensibiliser les femmes. »

H : « Pour moi dans ma façon d'être et dans mon caractère, ce serait le médecin qui dit que, qui annonce la couleur, c'est-à-dire, « ce sujet là est peut être pas facile à aborder, sachez que je suis prêt à... Je suis disponible et je suis là ». Rien que de dire ça, parce que... on peut supposer que les gens puissent être réfractaires au départ, aient besoin au départ de voir et de tester le médecin, euh... Mais en tous cas de dire « je suis là et je sais qu'on peut aborder ce sujet si vous avez besoin, vous me dites quoi ». »

III.2.2. Comment aborder la sexualité avec les femmes victimes de violences ?

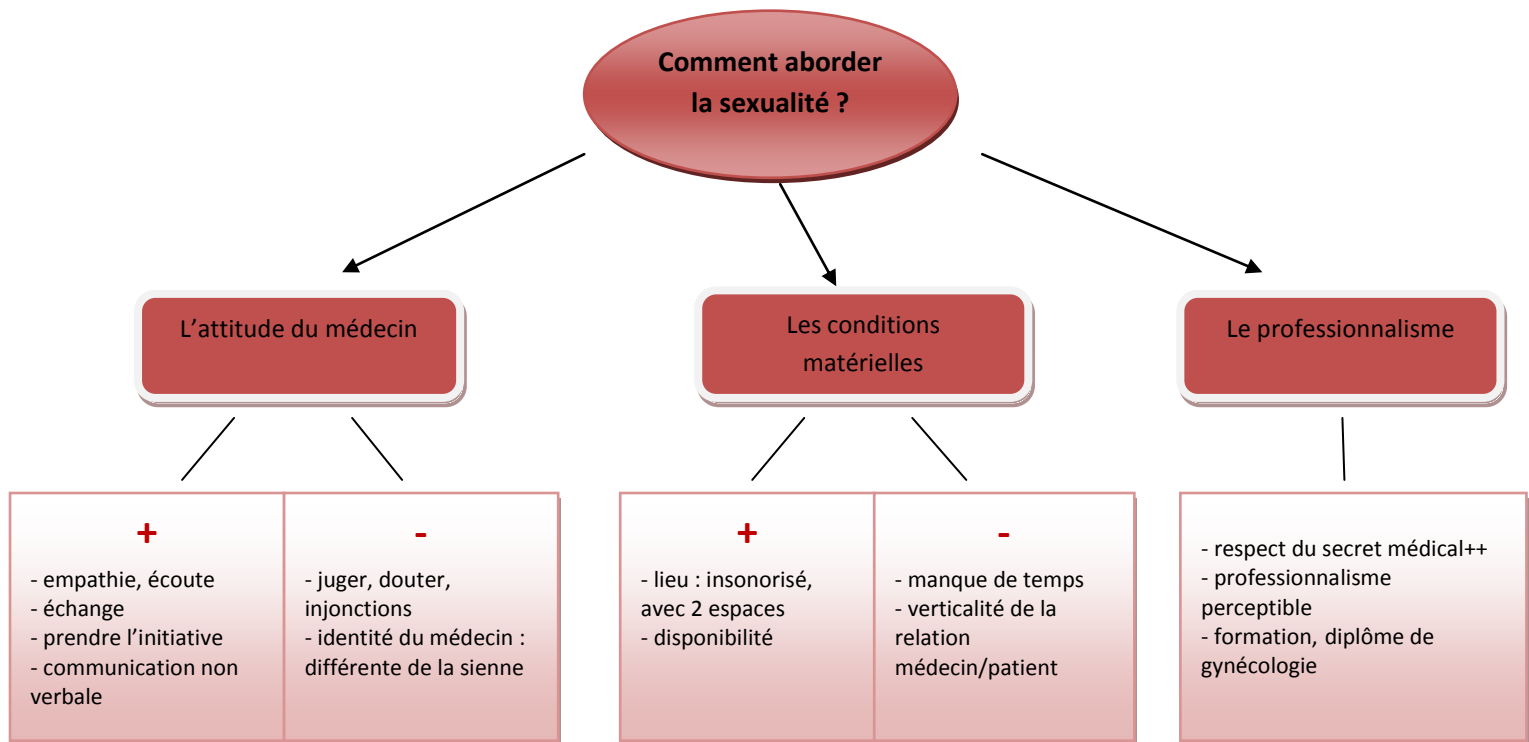


Figure 2 : Comment aborder la sexualité avec les femmes victimes de violences pour le médecin généraliste ?

III.2.2.1.L'attitude du médecin généraliste

III.2.2.1.1. Appropriée

L'empathie, la patience, l'écoute, la compréhension

L'attitude du médecin plébiscitée par les femmes était empathique, bienveillante, douce, à l'écoute et ouverte.

B : « Faut que ce soit délicat quand même. Faut que ce soit aussi délicat que si c'était des gestes. »

C : « Et par contre voilà, une attitude plus douce, plus empathique, qui donne le sentiment que la personne elle a du temps, ce qui est pas toujours le cas des médecins, qui ben objectivement n'ont pas le temps, je pense que ça aide aussi. »

E : « Si la personne est ouverte, j'aurais plus envie de lui parler forcément que si elle ne l'ait pas. Si elle me pose des questions, si elle est avenante. »

F : « Je pense que si vous voulez avoir des relations un peu de fond, en tous cas sur des sujets plutôt on va dire intimistes pour les personnes, et ben voilà, faut être vraiment plus qu'à l'écoute. »

G : « Oui, sentir qu'elle est empathique. Enfin qu'elle a de l'empathie quoi. Sentir de la bienveillance. Euh, voilà. Et euh, pas de jugement, comme ça on a l'impression qu'on peut... se confier. »

L'instauration d'un échange

Savoir créer un échange avec les patientes semblait important, en évitant la relation unilatérale.

E : « Euh, si elle est fermée dans son truc et qu'il y a pas de dialogue, euh, j'aurais pas envie de lui parler. Ça viendra pas de moi, mais, si la personne me pose des questions, s'intéresse à moi euh, là on peut avoir un échange. »

G : « Je n'ai aucun intérêt à lui cacher des choses, au contraire, j'ai tout à y gagner en lui disant. Voilà, j'ai besoin de sentir ça. Ouais, oui l'échange, si l'échange est enrichissant, si ça me fait me poser des questions, si ça peut même aussi me faire remettre certaines choses en questions, certaines habitudes que j'ai, si par exemple je me rends compte que... Enfin voilà, ça passe par des petites choses comme ça. »

I : « La douceur et le respect déjà. L'écoute. Pas de jugement. Pas de jugement ça c'est important quand même. Et du coup après le dialogue en fonction. Justement si ça se passe bien et qu'il a du respect pas de jugement et tout ça, c'est vrai que le thérapeute en face peut orienter ses questions, c'est plus facile de répondre évidemment. »

Prendre l'initiative d'aborder le sujet, voire utiliser une phrase d'accroche

Les femmes attendaient que ce soit le médecin qui initie la discussion sur la sexualité.

C : « Ben là c'est très personnel, mais moi je pense que, qu'on m'en parle, en fait que ça soit pas moi qui doive aborder le sujet. Je me dis que finalement quand quelqu'un nous pose la question, parfois ça ouvre la porte et juste après c'est plus facile. Donc le fait que quelqu'un me pose la question déjà, c'était plus simple. »

E : « Mais si suivant, euh, suivant le problème pour lequel je viens, effectivement si c'est lui qui l'aborde ça ma sera peut être plus facile de lui parler si j'ai un problème plutôt que, euh, plutôt que de lui dire moi-même. »

H : « Après, une fois qu'on connaît son médecin, si je me mets dans cette situation là, euh, euh, et sachant comment je réagis, je pense que je serais pas contre si le médecin vient me chercher. Si je vais pas bien je serais peut être plus à l'aise si le médecin vient me chercher. »

I : « Parce que c'est pas forcément évident d'en parler nous. Euh, et euh, oui, aborder le sujet plus ou moins et en fonction des réponses, orienter euh, du coup les questions peut être, du coup un peu plus ou un peu moins. Enfin je sais pas. »

Quitte à utiliser des phrases d'accroche.

D : « Enfin je sais que ma gynéco elle pose toujours la même question « est ce que je suis en relation en ce moment ? Est ce que ça fait longtemps ? », et après on embraye sur la sexualité. Ça permet de, de démarrer sur quelque chose quoi. Ou alors faut prévenir quoi. Rires. « Là, faut que j'aborde tel sujet, on en a jamais parlé » ou je sais pas, mais amener les choses d'une certaine manière quoi. »

La communication non verbale

La gestuelle, la distance physique sont des éléments qui influençaient la parole de certaines femmes de l'étude.

B : « Quelqu'un qui serait trop près de moi par exemple. Si l'entretien se passe, enfin, il faut la distance, euh, je sais plus en terme de communication en gros là, euh voilà, il faut la distance à respecter.

H : Ben s'il me regarde pas droit dans les yeux, s'il botte en touche sur le sujet, qu'il prend pas la perche, euuuuh, si je le sens mal à l'aise avec le sujet, euh, s'il y a un blanc, euh, voilà des signes dans la communication qui font que euh... Il avait pas prévu. » Rires.

H : « La distance du bureau créé une distance physique, qui peut permettre aussi hum la distance comme pour le vouvoiement et mettre la juste distance pour recevoir objectivement les informations, ça d'accord, plus le fait qu'il soit à l'ordinateur qu'il ait des choses à faire, mais peut être qu'à un moment donné on peut imaginer que voilà, comme il y a deux fauteuils parce qu'on peut recevoir un parent, un enfant ou un couple, euh... Est ce que on pourrait pas imaginer que des fois le médecin se mette à côté pour aborder un autre sujet ? »

III.2.2.1.2. L'attitude du médecin non appropriée

Juger, douter, minimiser, émettre des injonctions

Le jugement, les injonctions, ne pas respecter la parole étaient des éléments choquants pour les femmes victimes de violences.

A : « Ben oui c'est ça, quelqu'un qui est toujours dans le jugement ou un médecin qui va vous dire, euh, vous devez faire ci, vous devez faire ça... Donc à la fois on a besoin de conseils, et à la fois les personnes qui sont trop, qui vous donnent, enfin qui ont ce ton d'injonction, ça heurte profondément. « Fais ci, fais ça, pour aller mieux tu dois faire ci » etc, euh... c'est... très... difficile à entendre et on se dit, bon ben on écoute, on fait oui oui, et en fait on sait très bien qu'on va pas du tout prendre en compte les conseils quoi. »

H : « Euh... Si les éléments euh, ssss, si les éléments sur le sujet sont réutilisés [...]. S'il s'en ressert éventuellement sur le ton de l'humour et en fait que c'est pas, c'est pas approprié quoi. Euh, ou s'il

n'accorde pas l'importance de, de, de ce que j'ai pu confier. Oui s'il minimise, s'il prend à la légère ou si éventuellement il arrive pas à faire le lien. »

I : « Euh, ne pas mettre la parole en doute. Ca c'est énorme. Je pense que ca c'est le premier point. »

Une attitude froide, autoritaire, sévère n'incitait pas les femmes à se livrer.

I : « Ben tout dépend de son attitude en face. Hummm. Si elle est fermée, si elle est euh... autoritaire, parce qu'il y a certains médecins qui sont, euh, qui mettent pas à l'aise du tout donc là on se tait bien évidemment. Pas de jugement. Pas de jugement ça c'est important quand même. »

G : « Et euh, pas de jugement, comme ça on a l'impression qu'on peut... se confier. Ca on le sent pas forcément. Des fois, il y a des médecins ils jugent hein ! Ou une attitude froide, un peu... Oh oui, oui, oui. Une attitude... Oh je sais pas comment dire. Stricte euh... »

J : « Une personne austère, une personne, euh, euh... Ben...pff, une personne dont on a l'impression, j'ai bien dit dont on a l'impression, parce que quelques fois, c'est pas obligatoire, qui n'est pas à l'écoute. »

C : « Par exemple ma gynécologue, celle qui me suit maintenant, euh je lui fais entièrement confiance médicalement. Mais elle est très euh...froide. Voilà, tout est carré, un côté très scientifique, peut-être un peu vieille école aussi, enfin tout ça. Alors je suis très en confiance sur l'aspect santé. Euh... Mais je me sens pas très à l'aise pour parler de choses qui pour moi, euh... »

L'identité du médecin (âge, sexe, valeurs) différente de la sienne

Pour la majorité des femmes victimes de violences, il était beaucoup plus facile d'avoir à faire à un médecin femme. Surtout au décours des violences.

I : « Euh, le sexe alors avant je vous aurais dit non parce que j'ai un gynéco homme donc non. Aujourd'hui je vous dirais oui. De part tout ça oui, un homme c'est compliqué. Mon gynéco non parce que je le connais mais euh devant un homme oui c'est bien plus compliqué. »

A : « J'ai eu la chance de trouver un autre médecin traitant qui faisait partie de mon groupe d'amis justement mais euh... j'attendais pas d'elle euh...c'était encore une femme, heureusement. »

B : « Alors déjà les hommes, pour moi ils comprennent rien. Même s'ils s'efforcent, ils pourront jamais comprendre. »

C : « Instinctivement moi j'ai tendance à dire que je suis plus à l'aise avec les femmes. »

D : « Ben déjà le fait que ce soit une femme, c'est plus facile. Euh... »

G : « J'ai choisi une parce que bon, je me sentais mieux avec une femme quand même. »

Et d'une manière plus large, il semblait plus évident de parler avec un médecin ayant une identité assez proche de la sienne, que ce soit son âge, son sexe, sa culture...

A : « C'était une femme et elle avait pas beaucoup plus que moi au niveau de l'âge donc, oui je me sentie assez libre de discuter avec elle par rapport à ça. »

A : « Bon un médecin généraliste c'est quand même un médecin de famille aussi donc quand on a une famille, il vous suit pour vos enfants etc, et puis vous sentez tout de suite si vous êtes raccord sur les principes éducatifs ou pas... Sur les choses... Les valeurs clés de la famille, par exemple. Donc est ce que vous parlez à une personne plus âgée avec qui vous êtes pas forcément raccord sur les choses enfin voilà, pas forcément. »

C : « Après moi mon médecin généraliste, c'est une femme qui a mon âge et qui me suit depuis 13 ans, et dont le dernier enfant a le même âge que ma fille. Enfin on a été enceintes en même temps quand je la consultais donc je pense aussi que, voilà, on se connaît, il y a une relation de confiance qui s'est établie. »

J : « C'est-à-dire que moi je me vois pas, euh, parler de ça librement avec des personnes, d'un, c'est malheureux à dire hein, 70 ans, d'un air austère, je veux dire que, faut que ce soit des gens quand même qui soient, euh, comment dire, euh ? Je préfère une femme. On vit les mêmes choses. »

G : « Mais je pense que, enfin euh, je sais pas si je peux dire ça, mais je pense que c'est une question de culture aussi... Parce que je pense qu'elle vient, enfin le premier médecin, enfin, bon je sais pas... Je pense qu'elle vient, comment dire... ? Des pays musulmans, vous voyez ? » (avec qui la discussion sur la sexualité ne s'est pas bien passée).

B : « Et euh... une femme qui n'a jamais eu d'enfants ne peut pas compr...enfin, selon moi, ne pourra pas me comprendre. Parce que je pense qu'on est toutes pareilles, tant qu'on a pas eu d'enfants, on sait pas ce que c'est. »

Mais ce n'était pas le cas pour toutes les femmes.

E : « Euh, l'attitude plus. Je pense que, peu importe la personne, que je la connaisse depuis un moment ou pas, l'attitude euh... Si la personne est ouverte, j'aurais plus envie de lui parler forcément que si elle ne l'ait pas. »

H : « Je pense que si la personne en face répond à mes critères dans la communication, où je me sens en confiance, je pense que quelque soit son âge et son sexe, peu importe. En tous cas si je sens que je suis à l'aise pour en parler, à ce moment là, le reste sera occulté, c'est vraiment la capacité d'écoute, euh, qui sera retenue. »

F : « Pour moi pas spécifiquement parce que je vous dis moi je suis très libérée avec ça, j'ai été dans des grandes familles donc homme, femme, ça me dérange pas. »

III.2.2.2. Les conditions matérielles, l'organisation

III.2.2.2.1. Favorisantes

Le lieu idéal : insonorisé, avec 2 espaces, chaleureux

En énumérant les défauts des cabinets médicaux rencontrés, les femmes ont fait émerger un cabinet idéal, où elles pourraient plus facilement parler de leur sexualité : insonorisé, plus chaleureux, avec deux espaces distincts. Le cadre semblait donc jouer un rôle important.

Insonorisation obligatoire.

E : « Euh, les murs fins. Alors ca, (rires) je trouve ca toujours très délicat dans certains cabinets, etc, on entend beaucoup ce qui se passe. Ca je trouve ca pas bien pensé pour des cabinets médicaux, souvent. Et justement quand on est dans la salle d'attente et qu'on entend, le, le patient précédent, on a du mal à, enfin moi en tous cas, j'ai du mal à parler, je parle tout doucement, donc le médecin me répond super fort parce qu'il a l'habitude (rires), et ca je trouve ca très gênant... Si les murs sont très fins, je vais avoir du mal à parler. » (rires)

B : « Déjà c'est très mal isolé phoniquement. Dans tous les cabinets médicaux où j'ai pu aller, hein. Que ca soit à Bordeaux, enfin partout en France. Parce que si à côté on m'entend raconter ce que je dis, ça va pas non plus. »

Un cabinet chaleureux.

C : « Ce qui est certain c'est qu'un cabinet médical tel que c'est fait la plupart de le temps, c'est pas très propice. Ca a un côté clinique un peu froid, c'est pas très chaleureux souvent. »

« Je me rappelle avoir eu une gynécologue, avant d'être enceinte c'est elle qui me suivait à Bordeaux et je l'aimais beaucoup justement parce que son cabinet était pas du tout médical. Il faisait très fille. Euh, il y avait des petits pouf, des petits coussins, plein de tableaux... Donc je trouvais ça super euh... Même la table d'examen elle avait une serviette qui était girly dessus, enfin... Ca avait un côté un peu plus cocon de fille. Et euh, j'aimais bien ça. Je trouvais ça euh... Déjà pendant qu'elle m'examinait je pouvais regarder les tableaux donc déjà ca m'occupait (rires), enfin voilà, c'était sympa. »

B : « Euh... c'est bête hein ce que je vais vous dire mais c'est est, euh, glauque, c'est noir, c'est pas lumineux, euh, c'est pas confortable. On a l'impression que c'est plus un bureau qu'un cabinet d'examen. Il y a des millions de dossiers de patients dans tous les coins, c'est rédhibitoire je trouve pour se laisser aller à la confession, entre guillemets. »

Un espace de discussion et un espace d'examen, distincts.

C : « D'un autre côté je pense que le côté clinique, après était rassurant sur le côté médical. Donc c'est là ou c'est un peu... Je sais pas si ça veut pas dire que dans un cabinet il faudrait qu'il y ait deux parties. Une partie peut être plus propice à la discussion, où il y a pas la table d'examen, le matériel, tout ça... »

B : « Euh, je préfère en discuter comme ça assis à un bureau plutôt que les pattes écartées, en train de se faire ausculter. Ou même juste une auscultation, je viens pour un rhume, il est en train de m'ausculter au niveau pulmonaire, non ça ne m'intéresse pas quoi. Voilà. »

H : « Effectivement si on imagine la gynéco avec le spéculum en train d'observer et là parler sexualité, peut être que c'est pas l'idéal et que c'est mieux quand on est habillé et à la limite, des fois il y a 2 fauteuils, enfin souvent il y a 2 fauteuils chez les médecins et euh... peut être qu'à un moment donné on peut imaginer que voilà, comme il y a deux fauteuils parce qu'on peut recevoir un parent, un enfant ou un couple, euh... Est ce que on pourrait pas imaginer que des fois le médecin se mette à côté pour aborder un autre sujet ? »

La disponibilité : flexibilité du temps de consultation

Il était important pour les femmes que le médecin puisse adapter son temps de consultation en fonction du contexte, puisse déborder du quart d'heure prévu.

B : « Au cours de l'entretien, si le rendez-vous, euh, elle avait prévu, j'en sais rien moi comment c'est calé, si elle prévoit 30 minutes par patiente, si là ça doit prendre 1h30 parce que faut que le morceau sorte, faut attendre. Voilà. »

F : « C'est-à-dire que souvent aujourd'hui dans les cabinets médicaux ils ont 10 minutes montre en main, les rendez vous sont datés, enfin. C'est pour ça qu'on a toujours pris un peu des médecins, essayé de trouver des médecins de famille, des gens qui nous écoutent. Faut vraiment que ça soit un médecin de famille, quelqu'un qui soit en capacité de prendre 1heure s'il y a besoin et pas un quart d'heure. Parce qu'autrement il y a rien de plus frustrant que de commencer quelque chose et puis d'être, enfin j'imagine. »

« Si j'étais généraliste, ce que j'aurais adoré être d'ailleurs, j'aurais fait très attention aux ados, ouais. J'aurais pris beaucoup de temps pour eux. Et pas 5minutes. En fonction de l'âge de mes patients je, je... je pense que je prendrais plus de temps. » Rires.

Il semblait nécessaire de laisser le temps aux patientes de s'exprimer, y compris en respectant les silences.

J : « Et beh, qu'il nous écoute parler, sans euh, 100% intervenir, voilà [...]. Les silences font partie de la réflexion. »

B : « Ben euh, là par exemple, quand il y a des blancs dans une conversation, ne pas dire « bon c'est bon, vous avez fini, vous avez besoin d'autre chose non ? Hop hop hop la carte vitale » et c'est fini. De profiter des moments de blancs justement pour euh, ben soit laisser le blanc se faire et au bout d'un moment la personne, va parler, enfin moi en tous cas, c'est comme ça que je suis, euh... »

III.2.2.2. Les freins dans l'organisation médicale

Le manque de temps : retard, salle d'attente bondée, être pressé

Le manque de temps était un gros frein pour la plupart des femmes. Sentir le médecin pressé, voir une salle d'attente pleine, laissaient peu de place à une discussion approfondie.

F : « Du temps surtout, oui. Parce que si vous voulez, surtout si vous voulez pouvoir parler de façon plus intime avec quelqu'un, c'est pas en 5 minutes euh... sachant que la salle d'attente est pleine etc... Enfin vous voyez, c'est pas... A mon avis c'est un énorme frein. »

B : « Ben déjà quand on est pris à l'heure, on a l'impression qu'on va avoir le temps, alors que si on a déjà 1h30 de retard sur l'horaire qu'on nous avait fixé, on sait que ça va être à la chaîne parce que derrière il y en a encore 20 autres qui vont être en retard. Donc d'être pris à l'heure. Euh, qu'il y ait pas 15 personnes dans la salle d'attente à attendre. »

D : « Sachant qu'aussi il est très très pressé, donc il est toujours dans l'action [...] mais c'est vrai que voilà, on a pas beaucoup d'échanges. »

F : « C'est sûr qu'un médecin qui vous prend 10 minutes dans une salle d'attente bondée, et qui le pauvre, je ne juge pas du tout hein, mais fait essentiellement du rhume, de la grippe, ou des angines, enfin je pense qu'il passe à côté de beaucoup de choses, et même pour son propre métier. »

La verticalité de la relation médecin/patient

La verticalité de la relation médecin/patient, la posture paternaliste pouvaient être des freins à l'abord de sujets personnels.

H : « La distance du bureau créé une distance physique, qui peut permettre aussi hum la distance comme pour le vouvoiement et mettre la juste distance pour recevoir objectivement les informations, ça d'accord, plus le fait qu'il soit à l'ordinateur qu'il ait des choses à faire, mais peut être qu'à un moment donné on peut imaginer que voilà... »

A : Parce que... (plus de facilité à en parler avec son entourage). Je saurais pas vous dire à part pour des raisons évidentes quoi, ben, de partage d'expériences où on va être dans une même posture en fait. Et du coup ça peut, même si c'est faux évidemment, des amis vont toujours juger, mais on se sent moins juger par ses pairs quoi. Enfin on se sent...

D : Et puis il a une relation très pater...paternalisante je sais pas comment on dit, très paternelle avec moi du coup c'est pas possible, quoi.

A : « Fais ci, fais ca, pour aller mieux tu dois faire ci » etc, euh... c'est... très... difficile à entendre »

III.2.2.3. Le professionnalisme

Le respect du secret médical : à rappeler et respecter scrupuleusement

Les femmes victimes de violences doutaient du respect du secret médical par le médecin généraliste.

B : « Je pense que ce qui peut gêner aussi, c'est que, euh...moi en tous cas, c'est que le médecin, rien ne me prouve sa bonne foi concernant, son...le gage du secret professionnel. Comme j'ai déjà eu le cas, comme je vous disais avec la sage-femme pendant ma grossesse, il l'appelait et elle lui disait tout au téléphone quoi ! Mon médecin je pense que je peux avoir confiance en lui dans le cadre du secret médical. Pour autant, comme je sais que l'autre il lui avait téléphoné, j'avais plus confiance en lui. »

D : « Mais euh... J'ai l'impression que du coup il y en a pas forcément quand c'est le médecin généraliste. Parce qu'il me donne, il me demande des nouvelles des autres aussi, donc du coup je... J'ai l'impression que tout est mêlé donc euh... »

H : « Si les éléments euh, ssss, si les éléments sur le sujet sont réutilisés, éventuellement devant euh, mes enfants, mon conjoint, de manière un peu, euh... Euh, alors secret médical, ça semble évident, mais euh... »

Elles avaient besoin d'être rassurées par la confidentialité de leurs propos, par l'absence de jugement, avant de faire confiance. Le respect du secret médical apparaissait comme indispensable, la condition sine qua none à la parole, concernant la sexualité, mais également vis-à-vis des violences.

J : « Ben déjà, déjà, on, on, on a face à nous des gens, hum, un médecin ou une personne du, du milieu médical, donc euh bon, déjà vous êtes, euh, voués là au secret professionnel, bon, déjà on sait ça. Bon on sait déjà que franchir la porte, bon ben, ça va pas aller, euh voilà. Oui déjà, c'est ça, c'est ça, pour moi oui. »

E : « Il y a le secret professionnel, on se sent, on se sent, comment dire, rassuré par le secret professionnel. Parce que je sais qu'il ira pas répéter ce que je lui ai dit. »

G : « Et même euh, elle est vraiment bien, parce que, une fois j'étais pas bien, à cause, enfin voilà, de cette situation, et mon copain il a pu retrouver ses coordonnées. Donc il l'a appelé pour lui dire que j'étais pas bien. Et du coup quand elle a... Mais elle a pas... En fait elle a été très professionnelle, c'est-à-dire, elle a rien dit à mon copain, par rapport à ça, mais du coup par rapport à ce qu'il a dit, elle a pu euh, comment dire ? Savoir, euh, me dire les choses qu'il fallait et m'orienter, voilà. »

Un professionnalisme perceptible

L'attitude appropriée du médecin généraliste décrite précédemment, ainsi que ses connaissances médicales, traduisaient son professionnalisme. Les femmes avaient besoin de percevoir ce professionnalisme, du sérieux.

G : « Ou un manque de sérieux, si je sens un manque de sérieux, un manque de professionnalisme. Sentir que j'ai à faire à quelqu'un de professionnel, qui s'y connaît dans son métier et comment dire ? »

H : « Ca a été un problème médical. Et après je pense que dans son attitude, il y a des choses que je suis allée vérifier, et je n'allais pas voir ce médecin pour ma propre fille, c'est clair. Il est très cool, c'est super, très souriant mais manque de...de professionnalisme. Je pourrais le qualifier de laxiste. C'est-à-dire qu'il était... je ne lui faisais pas confiance totalement en ces diagnostics, donc à partir de là j'allais pas lui confier, euh, des choses très précises. »

I : « C'est un homme donc c'est peut être pas évident pour lui non plus mais euh... C'est son métier quoi !»

La formation

La formation des médecins généralistes en santé sexuelle semblait insuffisante pour certaines femmes, que ce soit en termes de connaissances ou en termes de technique. Un diplôme de gynécologie pouvait être facilitateur.

B : « Oui, à l'écoute et qui comprend ce qu'on dit. Qui soit informé de ce qu'on dit. Parce que c'est bien beau de parler de choses mais si en face on voit que ça résonne pas, moi j'arrête tout de suite. »

B : « Donc si les médecins étaient un peu plus informés des, de la sexualité des femmes dans mon cas, ils se rendraient compte que parfois elles arrêtent la pilule, elles ont pas envie, pas vraiment. Ils nous font croire qu'on a envie mais en fait non. Et que... les informer de leurs droits si jamais elles tombent enceinte, que si elles font des IVG ça peut rester totalement secret, enfin voilà. Je voudrais qu'il y ait aussi quelque chose par rapport à ça. »

F : « J'irais pas voir mon médecin traitant si j'avais un problème alors que je sais qu'il ne peut pas m'examiner, pour qu'il me renvoie vers la gynéco. C'est une perte de temps. Si on sait que le médecin a un diplôme spécialisé, par exemple gynéco en plus de médecine générale, ça facilite la discussion. C'est comme un kiné qui fait de l'ostéopathie. »

III.2.3. Les attentes envers le médecin généraliste concernant l'abord de la sexualité



Figure 3 : Les attentes des femmes victimes de violences envers le médecin généraliste concernant l'abord de la sexualité.

III.2.3.1. Les représentations du médecin généraliste

Une relation forte

Les femmes de cette étude avaient investies leur relation avec leur médecin généraliste, elles en étaient satisfaites pour la plupart. Le médecin généraliste avait une place importante dans leur vie.

C : « même si ca n'est que mon médecin, que je ne la verrais jamais autrement, pour moi elle fait un peu partie de... de l'environnement familial. »

H : « je pense que j'attendrais vraiment de mon médecin qu'il y ait un côté prise en charge et pilier euh... Voilà, je suis là. Le médecin, s'il peut jouer le rôle de super héros ce serait cool. Mais bon j'imagine que (rires), c'est peut être un peu difficile. »

J : « moi mon médecin généraliste c'est une amie. Oui alors on est assez quand même, on est très proches et, et c'est libre quoi je veux dire. »

E : « Mais pour autant c'est un très bon médecin, et euh, on est tous très contents dans la famille, donc je veux pas changer. »

Le premier maillon d'une prise en charge globale

Le médecin traitant apparaissait comme le chef d'orchestre de la santé des femmes : prise en charge initiale, réorientation le cas échéant, synthèse des informations.

C : « C'est important d'avoir quelqu'un qui a un peu cette vision d'ensemble. Et pour le coup, mon médecin généraliste elle a aussi ce type d'attitude aujourd'hui avec moi, c'est-à-dire que voilà, elle m'incite, elle m'oriente vers des organismes le cas échéant... »

E : « En premier peut être, le premier pallier, pour euh, comment dire, pour après orienter vers un gynécologue, etc. »

F : « Si on devait passer par le médecin traitant pour aller voir le gynéco, peut être que vous pourriez régler beaucoup de choses dans un premier temps. »

H : « Et peut être un côté, euh, « Je suis là, je peux pas tout vous apporter » parce que le médecin va pas faire psy etc et qu'il a d'autres choses c'est sûr mais « je suis là, je peux faire le lien avec le reste ». »

Soigner

Le médecin généraliste soigne, traite, prescrit, guérit, y compris en cas de difficultés sexuelles.

A : « d'abord j'ai pas été chez le médecin pendant des années, j'en avais pas besoin, j'avais une santé de fer, enfin voilà, pour moi c'est pas le lieu et la place quoi. Pour moi un médecin c'est, t'as un bobo là, tu y vas, c'est pas mon... Enfin peut être que je me trompe hein dans ma perception. »

E : « Je me vois mal aller chez mon médecin traitant et lui parler de mon problème sans avoir un, un, comment ca s'appelle, une maladie ou quoi que ce soit à diagnostiquer quoi. »

F : « Si c'est pour aller chez le généraliste, en général quand vous y allez c'est que vous êtes malade de façon spécifique. »

Informé, prévenir

Le rôle d'information, de prévention, n'était pas négligé. Il semblait essentiel en santé sexuelle.

B : « Oui je pense que ça permettrait de sensibiliser les femmes. Déjà ça permettrait de passer un message de prévention. Même si elles se sentent pas concernées après elles peuvent répandre l'information autour d'elle en disant « tiens j'ai entendu ça chez mon toubib », et peut être que ça résonnerait chez certaines personnes. »

« Je pense que c'est au médecin, oui, au professionnel de la santé de pouvoir en parler avec les patients, euh parce qu'il y a une action de prévention aussi à mettre en place. »

« Je pense que le médecin peut éduquer les femmes par rapport à ça, qu'il y a des pratiques que voilà si on veut pas, on a le droit de dire non mais il y a des filles qui savent pas. Euh... et à partir de là, peut être après déclencher euh, des actions auprès de euh... des actions d'information en fait pour, je sais pas, parler du Cidff ou des choses comme ça. »

E : « Peut être un premier, voilà, informatif. Un rôle informatif. »

Permettre à la parole de se libérer

Le cabinet de médecine générale apparaissait comme un lieu où la parole pouvait être entendue, respectée. C'était au médecin parfois d'aller chercher cette parole, concernant la sexualité, les violences, le bien-être etc...

C : « Et donc, je me dis que finalement quand quelqu'un nous pose la question, parfois ça ouvre la porte et juste après c'est plus facile. Et en l'occurrence quand la question m'a été posée, euh, moi ça m'a permis justement de, on en a pas parlé longtemps mais de dire des choses sur mon ressenti, justement sur le fait que la sexualité était devenue un espace où il y avait pas d'agression physique mais que je vivais comme une agression psychologique en fait. Et, et... Rien que de pouvoir le formuler à haute voix au médecin, ça m'a permis aussi de prendre conscience... »

H : « C'est vous avez une angine, pourquoi ? Enfin toujours pareil sur ces médecines douces, si, s'il y a des maladies qui reviennent c'est pas juste parce qu'on a pris froid. On est aussi fatigué, on peut être pas fatigué physiquement mais psychiquement fatigué, qu'est ce qui se passe à la maison pour que vous soyez fatigué, qu'est ce qui se passe dans votre vie pour que vous soyez fatigué ? C'est très clairement lire entre les lignes. »

B : « Je pense qu'il faudrait instaurer une relation de confiance, qu'ils sentent qu'ils peuvent nous parler de tout, même si ça a rien à voir avec le thème de la consultation de départ. »

Détecter des situations anormales

Le médecin généraliste devrait être capable pour ces femmes de détecter des situations anormales voire de les alerter, notamment dans le cas de violences subies.

B : « Dans le monde des bisounours, j'imagine que mon médecin traitant aurait décelé que j'étais victime de violences conjugales, qu'il m'aurait alerté à ce sujet, que j'aurais mûri ma réflexion avec lui et que, il m'aurait conduit au Cidff ou à d'autres associations quelles qu'elles soient qui traitent de ce sujet. »

H : « S'il avait pu déceler que je n'avais pas à vivre ça et après du coup avoir le soutien et en revanche avoir toutes les informations derrière, c'est-à-dire le lien avec les associations, les numéros de téléphone pour les violences faites aux femmes et effectivement... Alors effectivement ça peut pas arriver comme ça de but en blanc mais éventuellement supposer que c'est peut être pas normal ce qui se passe ou ce qui se dit, peut être que ce serait bien d'en parler parce qu'il faut semer des graines pour que ça, que ça germe, et il faut avoir ce regard là. »

« Donc ça peut être, peut-être beaucoup demandé aux médecins, c'est possible, il y en a qui pourront pas, euh, être dans cette aide là ou cette attente là ou percevoir ça mais s'il y en a un qui peut le faire, ça sera déjà ça quoi. Et ce sera un soutien sur quelqu'un que l'on voit régulièrement et tous les jours et qui peut effectivement avoir la légitimité pour dire « Je pense que ce que vous vivez là c'est pas tout à fait normal, peut être qu'il faudrait se poser la question et voir autre chose quoi ». »

A : « Ben mon médecin traitant il est pas là pour prendre en charge ce genre de problématique. Enfin pour moi, il doit vraiment m'accompagner, si je lui demande de l'aide effectivement ou s'il détecte une détresse énorme, à ce moment là oui il peut faire la démarche mais faut toujours que moi je sois d'accord. »

III.2.3.2. Eléments favorisant dans le fait d'être médecin généraliste

La qualité de la relation, la relation de confiance

Le terme de confiance était l'un des verbatim apparaissant le plus dans les entretiens, notion essentielle. Les femmes faisaient globalement confiance à leur médecin généraliste. Cette confiance s'instaurait et se construisait au fur et à mesure.

B : « Il faut instaurer une relation de confiance, les patients ont besoin d'avoir confiance en leur praticien quel qu'il soit, euh, pour pouvoir se laisser aller. D'autant plus avec les médecins libéraux généralistes, c'est à eux qu'ils racontent le plus, c'est eux qui vont dans les maisons, euh, en général ils connaissent toute la famille. »

H : « je fonctionne comme ça. C'est-à-dire que j'estime que je dois pouvoir avoir confiance en mon médecin et lui confier ces choses là qui sont médicales ou para médicales. Et si, si je sens que la personne, le médecin en face n'est pas à l'aise, je resterais pas avec ce médecin là. Pas pouvoir recevoir en fait. »

D : « C'est une personne de confiance, c'est pas quelqu'un... C'est pas une inconnue quoi. »

G : « Euh, en tous cas il faut que je sois en confiance pour pouvoir parler. Voilà, ça je dois le sentir. »

H : « Suivant la profondeur des sujets il faudra, en tous cas de la confiance quoi, ça c'est sûr. »

L'ancienneté de la relation, un lien durable, la connaissance de l'autre

Pour certaines, l'ancienneté de la relation comptait beaucoup. Elles avaient l'impression que leur médecin généraliste les connaissait, et ça les rassurait. La relation s'était enrichie au fil du temps, avait évolué au cours de la vie. Ça laissait le temps au médecin généraliste d'aborder les sujets plus difficiles, d'y revenir plus tard si besoin.

C : « Après moi mon médecin généraliste, c'est une femme qui a mon âge et qui me suit depuis 13 ans, et dont le dernier enfant a le même âge que ma fille. Enfin on a été enceintes en même temps quand je la consultais donc je pense aussi que, voilà, on se connaît, il y a une relation de confiance qui s'est établie.

A condition que ca soit vraiment un médecin traitant. C'est-à-dire pas juste un médecin qu'on va voir une fois... Pour moi faut qu'il y ait une relation... Une relation durable et une connaissance. »

F : « D'être en confiance avec son médecin généraliste, qu'il connaisse effectivement la façon dont vous fonctionnez depuis longtemps. Donc une grippe, un truc, enfin, des choses plus banales, donc en fait on en vient pas à parler à ça. Sauf si c'est un médecin qui vous connaît depuis que vous êtes toute petite et avec lequel j'imagine vous avez des relations plus, plus soutenues et auquel ce cas c'est plus facile d'aller dans ce genre de sujets, peut être au fil de la vie. »

H : « Et avec mon médecin à partir du moment où j'ai confiance. Je pense que le médecin de famille est... enfin le médecin généraliste est un médecin de famille et euuhhh, pour moi il a la connaissance et il sait pourquoi la personne elle est malade au bout d'un moment. Parce qu'il la connaît, il finit par savoir qu'elles sont les faiblesses, ou euh... de quelle façon il somatise sur certaines choses, et de temps en temps, enfin pour moi c'est un indice. »

J : « Ca va pas, enfin pour moi, ça va pas être le généraliste euh... qui, qui arrive, qui prend sonnnnn, son cabinet et euh, bon non, non. Non, enfin pas pour moi. Pas pour moi. Il faut justement que ce euh, que cette confiance s'instaure. Et puis d'ailleurs euh, faut apprendre à se connaître aussi, même, euh, faut... Certainement que pour lui aussi ça doit pas peut-être être aussi, aussi facile que ça quoi, je veux dire, hein. Ouais. »

La disponibilité, facilitée de rendez-vous

Le fait de pouvoir obtenir un rendez-vous rapide en cas de problématique concernant sa sexualité jouait en faveur des médecins généralistes. Cela donnait le sentiment aux femmes d'être accompagnées, et de ne pas laisser le problème s'installer.

G : « Après voilà, c'est toujours un problème de temps par rapport au médecin. Le temps. On a pas forcément un rendez-vous quand on veut euh... Enfin bien que le médecin que j'ai elle essaye quand même... Je peux la voir si j'appelle le matin, je peux la voir dans la journée. Donc ça c'est pas mal. »

H : « Alors à la limite il est peut être même plus légitime que tous les autres puisque le gynéco on va le voir une fois par an mais lui on le voit à la limite plus régulièrement. »

D : « Mais le problème c'est qu'on les voit (les gynécologues) qu'une fois tous les 6 mois ou tous les ans donc euh, c'est pas... Ben du coup, on passe outre ce problème qu'il y a eu pendant 6 mois on parle que du problème au moment présent quoi. »

III.2.3.3. Les freins dans le fait d'être médecin généraliste

Un état de fait plutôt négatif

Peu de femmes interrogées avaient déjà parlé de sexualité avec leur médecin généraliste (seules 3 femmes sur 10). Celles qui avaient abordé la question de la sexualité avec un

professionnel de santé avaient souvent vécu une mauvaise expérience (jugement exprimé, absence d'écoute, rapport mercantile ont été ressentis par ces femmes).

G : « Le premier contact, enfin le médecin généraliste que j'avais, ça s'est pas très bien passé. Parce qu'elle m'a fait comprendre que c'était de ma faute. Enfin, c'est très violent. Heureusement que j'étais soutenue par ailleurs. Et euh... Du coup, moi en plus j'avais pas trop confiance en moi. Du coup j'ai pas trop osé lui dire quoique ce soit. J'avais l'impression qu'elle avait pas du tout d'empathie. Elle a pas du tout réalisé ma situation en fait! Et euh... Comment dire ? Parce qu'elle m'a jugé en fait. Elle m'a jugé. Du coup, heureusement que je suis soutenue, enfin j'étais à l'époque, soutenue par ailleurs mais elle, elle m'aurait anéantie, hein. Ah oui, oui, oui. »

I : « au départ ça s'était mal passé avec lui puisque lorsque j'avais euhhh, j'étais allé vers lui pour dire ben voilà ce qui se passe aujourd'hui, il m'avait dit «oui mais euh je vous connais tous les 2 donc je ne peux pas, je ne peux pas faire quoi que ce soit ». Donc après je m'étais tue et je n'avais jamais rien dit. »

E : « j'étais allé voir le gynéco de la, je sais plus comment ça s'appelle, du domaine universitaire, parce que j'avais eu un rapport et que j'avais oublié ma pilule après, et là ça c'est très mal passé. »

H : « Et c'est, enfin dans ce cadre là c'est moi qui me remettait en cause, c'est moi qui avais un problème, c'est moi qui culpabilisais, c'est moi qui suis allée voir un sexothérapeute, euh... Et ça a été une catastrophe. Parce que le sexothérapeute m'a reçu avec du retard, a pris 10 minutes pour me dire ce qu'on allait faire la fois d'après et ensuite il m'a pris 40 euros. Donc euh... J'aurais du ne pas payer, ça c'est une chose, mais une chose est sûre c'est que je n'y suis pas retournée. »

Etre médecin de famille

Le fait que leur médecin traitant suive et connaisse les personnes de leur famille était un vrai frein pour les femmes victimes de violences, pour parler de leur sexualité, que ce soit leurs parents, leur compagnon, ou leurs enfants.

C : « Quand j'étais jeune mon médecin c'était un homme et c'était un copain de mes parents, donc de toute façon je risquais pas de parler avec lui de sexualité. » Rires.

D : « Parce que c'est le médecin généraliste, et que c'est un médecin de famille, qui voit, qui voit ma famille donc c'est... c'est, ouais c'est de l'ordre de l'intime donc c'est un sujet que j'évite. Le fait que voilà, ben qu'ils connaissent mes parents, voilà, c'est compliqué, c'est vraiment le truc qui me bloque. »

A : « Par exemple, comme je vous disais, ce médecin traitant là c'était notre médecin de famille donc à partir du moment où on a été séparés avec mon ex-compagnon, j'ai changé de médecin. Et lui il est resté avec ce médecin là donc pour moi c'était, enfin voilà donc euh... c'est pour lui éviter à elle de devoir faire un choix en fait. »

I : « Et après avec un médecin, ben non c'était le médecin de famille moi à l'époque lorsque j'avais 20 ans donc euh, jamais, il m'a juste dit tu veux prendre la pilule ou pas, il me connaissait depuis toute petite et c'est tout. »

Le fait d'être susceptible de croiser une personne connue dans la salle d'attente et donc ressentir le besoin de justifier sa présence au cabinet était également une barrière.

I : « D'autant plus lorsqu'on est commerçante, tout le monde nous connaît, c'est un petit village, on suit tout le monde et c'est compliqué. Donc euh... On va chez le médecin on va vous dire, « Ah vous êtes malade, vous avez quoi ? », on a pas envie de ça et puis bon... »

Une trop grande proximité, une relation personnelle

Certaines femmes avaient besoin d'une distance relative pour parler plus facilement de sujets délicats. La distance professionnelle n'était pas toujours suffisante, ces femmes ayant besoin de statut « d'inconnu », d'absence de toute forme de familiarité.

C : « Pour le coup je pense que j'ai pas parlé à mon médecin justement parce qu'elle me connaissait. Qu'elle connaissait mon mari et ma fille, enfin voilà. Et même si ça n'est que mon médecin, que je ne la verrais jamais autrement, pour moi elle fait un peu partie de... de l'environnement familial et donc instinctivement j'y allais pas du tout. »

D : « C'est plus facile avec une personne qu'on connaît pas, parfois. Soit c'est quelqu'un, ouais, euh complètement, voilà un professionnel inconnu c'est plus facile ou alors quelqu'un, un professionnel vraiment en qui on a confiance quoi. »

I : « Je crois que l'ancienneté de la relation finalement c'est plus compliqué justement de parler, ça c'est certain. Parce qu'on se connaît plus ou moins donc c'est plus facile de dire les choses à quelqu'un qu'on connaît pas. »

« Après si on le connaît depuis trop longtemps... Ou alors il faut engager la discussion rapidement, ou alors si ça fait un laps de temps je pense que c'est compliqué. Je me vois pas... discuter avec quelqu'un qui me connaît quoi. Enfin c'est peut être ma pudeur qui fait que, mais... ça me dérange plus. »

B : « On voit quelqu'un, si c'est un médecin remplaçant, je vois pas pourquoi il aurait pas son mot à dire là dedans. Et même des fois il y a des médecins remplaçants qui sont, euh... qui prennent plus le temps en fait avec le patient. »

Une relation amicale compliquait la prise en charge.

I : « Même le médecin c'était encore plus délicat parce qu'il était ami mais jamais il ne m'a dit quoi que ce soit quoi. »

J : « alors ce qu'elle me dit quelques fois, parce que je vous dis on est quand même assez franches l'une envers l'autre, ce qu'elle me dit, quelques fois elle me dit « bon, je suis peut-être pas très objective, il faudrait que tu consultes un petit peu, quelques fois à l'extérieur ». Voilà. »

III.2.3.4. La place des médecins généralistes par rapport aux autres

III.2.3.4.1. Professionnels de santé

Gynécologue, sage-femme, sexologue : plus spécialisés, consultations dédiées

Les gynécologues, sages-femmes et sexologues apparaissent comme des professionnels spécialisés dans la question de la santé sexuelle. Ils semblaient être une ressource pour ces femmes, en premier ou deuxième recours.

F : « Avec ma gynéco, comme je vous disais. Les quelques questions que j'ai pu avoir, c'était avec elle. Ben parce que je pensais que c'était plus son domaine en fait. Tout simplement. Plus son domaine. Qu'elle avait plus de pratique et d'expériences, entendues ou vécues, à nous faire partager quand il y a une question qu'on se pose. »

« Je vous dis, pour moi, s'il y a un problème, c'est avec des spécialistes qu'il faut voir donc effectivement si j'avais eu des problèmes d'ordre sexuel je serais peut-être allée voir également un sexologue. Je ne sais pas. »

E : « Alors avec le généraliste, plutôt si j'ai un problème, et avec le gynéco peut être des questions pratiques, est ce que si, comment dire, est ce qu'il y a un risque si etc... Plutôt sur la prévention, voilà. Le médecin généraliste en premier peut être, le premier pallier, pour euh, comment dire, pour après orienter vers un gynécologue, etc. Un rôle informatif. Et un premier diagnostic mais c'est vrai que, après je pense que l'avis d'un gynéco peut être plus important après. »

B : « Depuis que je suis maman, je vais voir une sage-femme pour tout ce qui est gynéco. Pour un renouvellement de pilule par exemple. Parce que du coup, mon renouvellement de pilule et tout ça c'est terminé, enfin je vais plus chez le médecin généraliste, j'y vais que quand je suis malade, autre qu'au niveau gynéco. »

G : « Après j'ai toujours vu que des gynécologues pour la sexualité »

Les consultations dédiées paraissent être facilitatrices, les femmes savaient pour quelles raisons elles consultaient et n'étaient pas prises au dépourvu.

F : « Je vois la gynéco une fois par an pour vérifier que tout va bien. Et du coup, ça permet de parler d'autre chose. »

« Si ça se prêtait et que spécifiquement on y allait pour ça en fait. Vous voyez. »

I : « Ben on sait pourquoi on y va et en face on a quelqu'un qui peut comprendre » (chez le gynécologue)

Psychologues et psychiatres : mettre des mots, estime de soi

Les psychologues et psychiatres avaient pour fonction, pour les femmes victimes de violence, d'aider à mettre des mots sur ce qui avait été vécu, favoriser la reconstruction de l'estime de soi, afin de pouvoir mieux vivre sa sexualité ensuite.

E : « Ben du coup avec mon rapport qui est biaisée par rapport à mon histoire, avec un psychiatre ou un psychologue. Ben par exemple, comment être à l'aise avec ma sexualité ? »

H : « Et du coup, euh, ben du coup, oui, je pense qu'un psychologue on va pouvoir effectivement faire, enfin lui confier, euh, certaines choses, quoi, parce que euh. La sexualité, enfin si je le prends... de la manière la plus factuelle possible, c'est, euh... Un rapport physique entre deux personnes, ou on est sensées être à l'aise avec son corps. Après si on rajoute des sentiments c'est autre chose mais effectivement il doit y avoir une sorte de symbiose, un mieux, et un, un respect de l'un et de l'autre, une estime de soi, enfin tout ce qu'on peut mettre derrière. Et donc effectivement, si on peut en parler avec son médecin, ça traduit son état aussi, ça peut traduire son état. »

I : « Alors oui les psy que je vois maintenant mais avant j'en voyais pas donc euh... La, je, maintenant je pose la question de savoir si c'était des viols. Sur certaines choses. Parce que je suis pas encore sûre de moi. »

Associations : anonymat, pluridisciplinarité

L'anonymat permis par le milieu associatif laissait place à plus de liberté, moins d'inhibitions.

A : Ben dernièrement j'ai abordé, j'ai j'ai intégré un groupe de parole, alors pas le groupe de parole d'ici mais un groupe de parole sur le plaisir et la sexualité féminine. Euh... j'ai assisté à plusieurs séances, euh, l'année dernière, et euh, je me suis sentie très libre de parler, des choses bien comme des choses mal quoi. Et ça c'était extraordinaire. Euh... Et dans ce cadre là, j'étais pas la seule à être totalement libre de parler en fait. Voilà. Et là c'était plus intéressant et plus constructif que des conversations avec des amis parce que effectivement il y a cet, bon, cet anonymat, mais c'est pas vraiment un anonymat parce qu'on fini par se connaître, on échange des choses très intimes mais peut être que oui, il y a cet anonymat au départ qui fait que on sent moins jugée qu'avec des amies où il y a tout le poids effectivement de...

D : « Le milieu associatif est, voilà, on a vraiment une place. C'est, c'est agréable. De pas avoir tout ça. De pas avoir les autres à gérer. On gère que soi même en fait et ça c'est plutôt agréable. »

La pluridisciplinarité, avoir recours à plusieurs professionnels avec plusieurs points de vue, s'avérait enrichissante.

H : Euh... il y a plusieurs professionnels dont des non-médicaux et ça brasse et donc à partir du moment où ça brasse, où il y a plusieurs personnes, euh, il y a des gens qui font un temps ici qui après vont ailleurs, il y a des changements, il y a des remplacements, c'est pas, euh... Il y a pas un turn-over, c'est pas ça que je veux dire mais euh, depuis le temps que je viens, il y a eu quelques petits changements et ça permet aussi un enrichissement puisqu'il y a différentes personnes et différents horizons.

La compétence spécialisée était valorisée.

G : « euh, ben par rapport à une situation bien définie, j'ai l'impression que les associations sont plus compétentes. Ben parce que... Ben comme ils font que ça tout le temps, donc euh, ils savent vraiment comment faire, comment nous guider etc... »

B : « Ici, ils sont formés à ça, et on le sait, et on le ressent. On a notre place ici, plus qu'ailleurs. Euh... Il y a un melting-pot de professionnels au sein d'un même lieu. »

III.2.3.4.2. Non professionnels de santé

Les proches : plus détendu, approche affective

Il se révélait plus facile de parler de sexualité avec ses proches qu'avec un médecin, notamment avec ses amis, pour la quasi-totalité des femmes rencontrées. L'aspect affectif, relationnel, sentimental de la sexualité pouvait être abordé plus volontiers.

C : « Après tout dépend de ce qu'on entend par parler de sexualité aussi, c'est ça qui est un peu... Ouais qui est un peu compliqué, parce qu'en fait, sous un angle j'allais dire santé, médical, ouais presque technique, ça paraît normal de pouvoir poser des questions à un professionnel de santé. Sous l'angle plus de la relation, euh, j'aurais plus tendance je pense à parler avec mes proches. »

D : « Alors qu'avec les amis c'est plus en rapport avec l'autre. »

A : « Quand j'étais dedans, c'est pour ça que j'en parlais avec des copines et d'ailleurs aussi avec des copains hommes très proches hein, mais j'avais beaucoup de mal à mettre des mots quoi. Et donc j'avais pas spécialement de questions, euh. Je pouvais éventuellement raconter ce qui se passe mais en minimisant certains aspects peu glorieux etc...enfin j'ai, voilà. Quand c'était trop insoutenable, j'en parlais avec mes amis oui, c'est ça. Et comme c'était très souvent insoutenable, j'en parlais avec mes amis, ouais. »

La conversion était plus détendue, plus intime, plus « débridée ».

C : « Je pense par exemple que euh, avec des amis, ben voilà chez soi, tranquille, euh, avec la lumière tamisée (rires) et un apéro c'est plus propice, quoi. On est plus détendu. »

E : « Plutôt avec des amis. Beaucoup plus débridée. » Rires.

H : « Autour d'un verre entre copines. Euh.... Ca peut être aussi dans son canapé à la maison, toujours pareil, avec les copines c'est plus facile, enfin au moins avec les personnes proches. Voilà. Euh... Ca peut arriver n'importe quand, et il m'arrive des fois de saisir des, des moments. Ca peut être des fois entre 2 adultes, il y a des enfants qui jouent et il y a un créneau de 5 minutes ils sont un peu plus loin et voilà c'est maintenant parce que le sujet arrive de suite maintenant quoi.»

Internet : anonymat, détails pratiques

Internet a été évoqué par quelques femmes comme source d'information. C'était une solution facilement accessible, utile pour des questions pratiques, permettant de garder un anonymat confortable.

C : « Sur Internet je pense. Parce qu'il y a une forme d'anonymat. Euh, sur... Mais pas n'importe où, euh sur des forums par exemple où, c'est bête parce qu'on a aucune certitude, mais où on a le sentiment que derrière c'est des gynécologues, sexologues enfin voilà, des gens dont c'est le métier, je pense plutôt. »

A : « Je me rappelle juste qu'une fois je suis allée sur Internet (rires), regarder et poser la question parce que c'était tellement ridicule (rires). C'était une question que je pouvais poser à personne, parce que, voilà. Enfin... je savais pas. »

IV. DISCUSSION

Au cours de notre étude, nous avons trouvé quelques spécificités sur les attentes des femmes ayant subi des violences et nous aussi avons pu mettre en relief certains points en les rapprochant de la littérature.

Les circonstances pour aborder la sexualité avec les femmes victimes de violences étaient nombreuses, la plus évidente restant la présence d'un trouble. Le climat de violence rend la parole plus difficile à libérer pour ces femmes.

L'attitude du médecin généraliste ouverte, empathique et sans jugement était un pré-requis pour évoquer ce sujet. Les femmes victimes de violences attendaient que ce soit le médecin qui initie la discussion sur leur sexualité. Le fait d'être un médecin masculin et/ou âgé semblait être un frein au dialogue, particulièrement pour ces femmes, concernant leur sexualité. L'insonorisation du cabinet médical était nécessaire pour les femmes victimes de violences bien plus que dans la population générale, pour pouvoir parler sans retenue. La disponibilité du médecin généraliste, et sa capacité à prendre le temps nécessaire étaient préconisés. Une salle d'attente bondée et un retard important sur l'heure de rendez-vous prévu freinaient leur parole. Le rappel et le respect du secret médical était un point crucial et spécifique pour traiter de sexualité avec les femmes victimes de violences.

Le lien de confiance, la qualité et l'ancienneté de la relation avec le médecin généraliste en faisaient un interlocuteur privilégié, pour les femmes victimes de violences, pour évoquer leur sexualité. Néanmoins, un lien jugé trop « intime » avec le médecin généraliste pouvait être une barrière. Que leur médecin généraliste suive d'autres membres de leur famille semblait compliquer la discussion pour ces femmes. Les attentes envers les autres professionnels de santé (gynécologues, sages-femmes, psychiatres, associations...) et envers l'entourage étaient différentes de celles envers le médecin généraliste.

IV. 1. Les forces de l'étude

IV.1.1. Les choix méthodologiques

Le choix de la méthode qualitative s'est imposé devant la question de recherche où le but était de comprendre un phénomène complexe, lié à des ressentis, au vécu, à de multiples influences

et de mettre en avant la diversité des attentes. Cette méthode permet de laisser émerger des idées que les chercheurs n'avaient pas imaginées initialement, inédites. Il ne s'agissait pas de quantifier ces opinions mais de les faire émaner (53).

L'abord de la sexualité et l'histoire personnelle de violences étaient des sujets délicats, intimes et difficiles à aborder. Il paraissait indispensable d'éviter des entretiens de groupe et de ne réaliser que des entretiens individuels, afin de créer les conditions nécessaires à ce que les femmes interrogées se sentent suffisamment à l'aise et en confiance pour livrer leur vécu et leurs ressentis.

Le mode semi-directif permettait de mener des entretiens en tête à tête, à l'aide d'un guide dont les questions ouvertes permettaient de laisser plus de liberté à la parole des interviewées. C'était à la thésarde de s'adapter au discours, à relancer quand cela paraissait utile, en essayant d'influencer au minimum les réponses. Cela permettait de laisser le temps de la réflexion aux femmes, d'aller plus loin que la réponse spontanée, d'approfondir le sujet.

Aucun entretien n'a été réalisé par téléphone. Cela permettait d'obtenir des entretiens de meilleure qualité avec la prise en compte du langage non verbal, du contexte.

Au fil des entretiens, les femmes ont été questionnées de manière plus explicite sur leur besoin ressenti d'accompagnement concernant leur sexualité. Ce questionnement visait à aider à verbaliser des aspects souvent sous-entendus dans les premiers entretiens.

Les données sociodémographiques étaient recueillies en fin de rencontre pour éviter de commencer par un « interrogatoire » et pour conforter les personnes dans l'anonymat de leur identité.

Les entretiens ne sont pas retranscrits dans leur intégralité et les extraits ont été choisis de telle manière que l'identification de leurs auteurs ne soit pas possible. Même si la compréhension du discours est plus limitée sur des extraits, il semblait en effet prioritaire de respecter de la manière la plus stricte l'anonymat des femmes interrogées ; notamment aux vues des histoires de violences qu'elles avaient vécues.

La population a été décrite de manière la plus précise possible tout en respectant au maximum l'anonymat des personnes interrogées.

IV.1.2. L'instauration d'un climat de confiance

Ces choix méthodologiques ont permis d'instaurer un climat de confiance auprès des femmes interrogées.

La méthode qualitative et les entretiens semi-directifs ont permis d'éviter de faire passer un « interrogatoire » aux femmes victimes de violences. De donner de la valeur à leur parole, en tant qu'individu propre, complexe, et non en tant qu'énième rencontre pour obtenir un pourcentage. Cette démarche était expliquée aux femmes en début d'entretien.

La confiance a été renforcée par le fait que la thésarde ait été introduite auprès des femmes par les psychologues des deux associations, ou, pour l'une des femmes recrutée, par une autre femme victime de violence ayant déjà été vue en entretien. Le fait que la thésarde se présente auprès des femmes au cours d'un groupe de parole a permis également une première rencontre, facilitant pour la suite.

La facilité de prise de rendez-vous a été voulue par la thésarde afin d'éviter d'ajouter des contraintes d'emplois du temps aux femmes recrutées. Ainsi la thésarde a essayé de se rendre la plus disponible possible, en regroupant au maximum les entretiens pour la thèse avec des rendez-vous déjà pris au sein des associations. Le choix d'un lieu connu des femmes mais néanmoins professionnel, à savoir les locaux des associations, avait également pour but de limiter les contraintes mais aussi de rassurer les patientes, de faciliter leur parole.

Au vu des résultats, le fait que la thésarde soit une femme jeune a probablement limité les appréhensions des femmes victimes de violences.

Il était précisé en début d'entretien que les femmes étaient libres d'arrêter à tout moment la rencontre, sans justification, et qu'elles avaient le choix de répondre ou non aux questions, qu'elles ne seraient pas interrogées sur leur histoire personnelle de violence ou sur leur sexualité mais qu'elles pouvaient en parler si elles le souhaitaient. Les détails sur la confidentialité étaient également fournis, tout ceci permettant d'instaurer un climat de confiance et de transparence.

Les femmes rencontrées étaient souvent un peu sur la réserve au début de l'entretien, appréhendaient la discussion, avaient accepté de participer car la plupart voulaient, à ce moment de leur vie, prendre une place plus active dans l'aide envers les autres victimes, mais n'étaient pas très à l'aise. Certaines pensaient n'avoir rien à dire. La conversation devenait plus libérée et détendue au fil du questionnaire et elles étaient en général contentes (et parfois soulagées) en fin d'interview. Une des femmes a même conclu l'entrevue par un «ah ben en fait, ça va ».

Il est apparu assez clairement que les femmes interrogées avaient fait preuve de sincérité, s'étaient livrées et ne s'étaient pas contentées de donner des réponses prévisibles, socialement intégrées. Elles prenaient des temps de réflexion, en acceptant les silences, émettaient des contradictions, revenaient parfois à la question précédente pour enrichir leurs propos, certaines ont pleuré, d'autres rit, les attitudes corporelles s'ouvraient au fil des entretiens...

Ce climat de confiance a probablement permis d'avoir des résultats riches et denses.

IV.1.3. La recherche de validité interne ou crédibilité

La validité interne implique de vérifier si les observations sont effectivement représentatives de la réalité ; crédibles (54).

La thésarde s'est formée à la théorie de la méthode qualitative avant le début des entretiens. Elle a donc été attentive à être la plus neutre et objective possible durant les interviews, que ce soit dans son langage ou dans sa gestuelle, puis durant l'interprétation des données.

Les enregistrements audio numériques permettaient de retranscrire de façon la plus fidèle possible les entretiens réalisés. Une vérification de l'intégrité des données retranscrites était réalisée en réécoutant les interviews. Certaines femmes ont souhaité recevoir la retranscription écrite de leur entretien par mail, aucune n'a émis de réserve à la suite de cela. Les notes de terrain étaient utilisées pour mieux comprendre le sens en intégrant le non-verbal et le contexte.

Pour augmenter cette validité interne, l'arbre de codage a été déterminé par trois personnes différentes : la thésarde, son directeur de thèse et un deuxième chercheur extérieur à la thèse, formé aux méthodes qualitatives. Une triangulation des données (55) a été effectuée avec un double codage du verbatim de l'ensemble des entretiens, par le deuxième chercheur, via les retranscriptions écrites des entretiens préalablement anonymisés.

IV.1.4. La recherche de validité externe ou fidélité

La notion de validité externe renvoie à la possibilité de pouvoir élargir les observations à d'autres sujets ou contextes. Ceci implique d'avoir une diversité, une hétérogénéité de profils et de points de vue dans l'échantillon recruté. Alors que les recherches quantitatives misent sur une représentativité des échantillons d'un point de vue statistique, les recherches qualitatives s'attardent plutôt à appliquer la notion de saturation des données. Le seuil de saturation est atteint lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours, le moment où toute donnée nouvelle n'apporte aucun élément inédit à la compréhension du phénomène à l'étude (55).

Le recrutement mixte (par échantillonnage raisonné et par effet boule de neige) avait pour but d'améliorer la validité externe de l'étude. Il permettait de diversifier la population et d'augmenter les chances de recrutement, la population cible étant assez difficile à atteindre.

La saturation des données a certainement été atteinte dans cette thèse. Cependant, elle n'a pas pu être confirmée par un ou deux entretiens supplémentaires en raison des difficultés de recrutement.

En effet, obtenir la confiance des femmes victimes de violence est difficile, surtout envers une inconnue. Les femmes volontaires ont été peu nombreuses. De plus, à partir d'octobre 2017, suite à l'affaire Weinstein, les associations d'aide aux femmes victimes de violence (où étaient recrutées les femmes de notre étude) ont été submergées par des sollicitations externes (journalistes surtout, étudiants, sociologues etc...). Elles n'ont pu y répondre à toutes et le recrutement s'est donc arrêté à ce moment là.

IV.1.5.L'originalité du sujet

D'après notre recherche bibliographique, aucune étude ou thèse n'avait été faite sur ce sujet et dans cette population. En termes de santé sexuelle, des études ont essayé d'identifier les attentes des patients envers leur médecin généraliste dans la population générale (44), ou plus spécifiquement chez les femmes (57), les hommes (22), les adolescents (11,15), les personnes âgées (13) ou les femmes enceintes (31,58,59).

Les attentes des femmes victimes de violences envers leur médecin généraliste ont été questionnées mais uniquement concernant le dépistage et la révélation des violences, la prise en charge à la suite de ces révélations, la réorientation vers des associations spécialisées, la rédaction d'un certificat médical initial (48,49,60).

A ce titre, ce travail peut donc être considéré comme original et permet d'apporter des connaissances nouvelles utiles en médecine générale.

Cette thèse a été entreprise avant le début de l'affaire Weinstein, alors que le thème des violences envers les femmes restait parfois tabou, souvent silencieux, ou considéré comme secondaire. Il s'agissait d'initier une réflexion et d'apporter des éléments sur un sujet mal connu et pris en compte dans notre société et par les médecins (48,61).

Depuis, un certain nombre de choses ont changé. Ce sujet a « envahi » le débat public et la parole des femmes s'est considérablement « libérée ». Ce travail aura eu l'intérêt de contribuer à dresser un état des lieux, à un moment où la place des femmes dans la société a été une nouvelle fois interrogée et redéfinie.

IV.2. Les limites de l'étude

IV.2.1. Le recrutement

Le recrutement des femmes de cette étude a été fait uniquement via deux associations d'aides aux femmes victimes de violence sur Bordeaux et Libourne. Onze associations avaient été sollicitées mais seulement deux ont pris part au projet. Cela a pu limiter la diversité de l'échantillon, les associations sélectionnées ayant des spécificités propres (différents types de violences, accueil d'urgence...). Les femmes victimes de violences conjugales ont alors été majoritairement représentées. La plupart des femmes ayant été rencontrées dans l'association bordelaise, la population de cette étude était donc très urbaine. En revanche les catégories socio professionnelles étaient variées ainsi que les âges, entre 18 ans et 65 ans.

Le recrutement en cabinets de médecine générale n'a pas été possible, pour plusieurs raisons. Les violences étant un sujet assez peu abordé (48,61), les médecins généralistes y étaient finalement peu confrontés. Dans les cabinets de médecine générale fréquentés par la thésarde, rares étaient les femmes connues pour être victimes de violences, en ayant déjà parlé à leur médecin. Plus rares encore étaient celles volontaires pour rencontrer la thésarde. Deux femmes victimes de violences consultant au cabinet de médecine générale où la thésarde faisait des remplacements réguliers ont été contactées. Elles n'ont pas donné suite aux sollicitations. Peut-être que le fait de les interroger sur leurs attentes envers leur médecin alors qu'il était connu de la thésarde, compliquait la rencontre. Ou encore le fait de se revoir après l'entretien dans un contexte classique de consultation de médecine générale. L'anonymat à travers l'association semblait facilitateur. Pour des problématiques de logistique enfin, la thésarde n'ayant pas de cabinet personnel, où rencontrer ces personnes ? Leur domicile ou celui de la chercheuse ne semblait pas adapté, pas professionnel. Réquisitionner un bureau d'un médecin remplacé pour une heure n'était pas forcément évident non plus.

Il est probable que les femmes suivies par des associations avaient des profils et donc des opinions différents de celles non suivies ou suivies uniquement par leur médecin traitant. On peut imaginer que les femmes interrogées dans cette thèse étaient plus dans la verbalisation que les autres, qu'elles avaient déjà beaucoup analysé leur situation, après un long parcours de psychothérapie, qu'elles étaient venues chercher dans l'association. On peut aussi supposer qu'elles avaient moins d'attentes envers leur médecin traitant que les autres puisqu'elles avaient eu besoin de recourir à d'autres professionnels et structures. Ces hypothèses seraient intéressantes à confirmer par d'autres travaux. Ce type de recrutement a contribué à diminuer l'hétérogénéité des points de vues analysés.

Interroger des femmes encore en situation de violences aurait été probablement intéressant et aurait permis d'avoir d'autres points de vue. Mais cela semblait très compliqué voire impossible. Toutes les femmes interrogées étaient sorties de ce contexte et avaient déjà débuté un suivi spécialisé. Il semblait qu'en situation « aigue », cela aurait pu être violent, trop

intrusif et décalé, l'urgence étant d'abord de « s'en sortir ». Cette période nécessite l'implication de déjà beaucoup d'interlocuteurs (juristes, psy, médecins...) pour décrypter la situation.

IV.2.2. Recueil et interprétation des données

L'attitude et les relances de l'investigatrice ont pu influencer sur les réponses des interviewées, du fait du manque d'expérience de la thésarde en recherche qualitative. Des questions fermées ont parfois été posées, surtout lors des premiers entretiens. Ce biais a été limité par la formation théorique préalable et une posture la plus neutre possible.

Grâce à l'autocritique, à l'analyse en cours de travail et à la supervision du directeur de thèse, la thésarde a amélioré sa technique d'entretien au fil de l'étude.

Les femmes interrogées savaient que la thésarde était médecin généraliste. Cela a pu se répercuter sur les propos des femmes interrogées. Peut-être ont-elles moins osé critiquer ou questionner les rôles et compétences du médecin généraliste. Néanmoins, des discours négatifs à l'encontre des médecins généralistes, ou l'absence d'attente envers ces derniers ont été verbalisés.

La grossesse visible de la thésarde au moment de la plupart des entretiens a pu engendrer des réticences de la part des femmes rencontrées. En effet, la grossesse est régulièrement une période de fragilité chez les femmes victimes de violences conjugales, durant laquelle les violences s'initient ou s'intensifient, rendant cette période habituellement heureuse, très anxiogène et douloureuse. Renvoyer les femmes à cette époque à travers cette grossesse a pu être difficile pour elles, et limiter l'empathie des femmes interrogées envers la thésarde. Une des femmes interrogées a exprimé cette idée.

IV.3. Comparaison des principaux résultats avec la littérature

IV.3.1. Thème 1 : Quand aborder la sexualité ?

IV.3.1.1. Les dispositions personnelles de la patiente

Il existait un souhait, une attente envers le médecin généraliste concernant l'abord de la sexualité, dans cette étude. Les femmes victimes de violences avaient pour la plupart besoin ou eu besoin d'accompagnement concernant leur sexualité. Elle ne semblait pas supérieure à celle observée en population générale où la demande est assez marquée, quelques soient les âges, les sexes, les milieux... (12-15,31,33).

Cette attente n'était pour autant pas unanime, et s'exprimait avec une intensité variable.

Une des dix femmes interrogées n'avait aucune attente envers son médecin généraliste concernant sa sexualité, de quelque nature que ce soit. Ni envers d'autres professionnels de santé. La santé sexuelle n'était pour elle pas un sujet.

Une autre femme estimait que sa sexualité était quelque chose de simple, de facile, avec laquelle elle n'avait jamais eu de difficultés, se trouvait chanceuse, et donc ne concevait pas d'en parler avec son médecin. Elle pouvait imaginer quelles étaient les attentes des femmes en général envers leur médecin concernant ce sujet mais ne l'appliquait pas pour son cas, qu'elle considérait singulier.

La dissociation entre le versant médical de la sexualité, que l'on peut aborder avec son médecin, et le versant émotionnel, relationnel, de l'ordre de l'intime, qui reste dans la sphère privée avait déjà été mise en évidence dans la littérature (22,44).

Les dispositions personnelles de la patiente empêchant la parole de se libérer que sont la peur, l'emprise, la manipulation, la dépréciation etc... étaient, de manière assez logique, spécifiques dans notre étude, concernant la santé sexuelle. On les retrouve, par contre, de façon très nette dans la littérature concernant la prise en charge des violences en médecine générale, où ce sont ces mêmes émotions qui empêchent le dialogue (48,49,60,61).

Le climat de violences freine donc la parole, l'échange quels qu'ils soient.

La vision traumatique de la sexualité représentait une originalité de cette étude, l'intrication entre violences et sexualité étant très forte chez ses femmes, même en l'absence de violences sexuelles. En effet, en cas de violences conjugales, même en l'absence de sévices à caractère sexuel, la sexualité étant apparenté à des rapports de domination, la violence s'y exprime. Les

digressions entre attentes envers le médecin généraliste concernant la sexualité et concernant la prise en charge des violences étaient fréquentes lors des entretiens.

Le thème de la sexualité est donc un sujet très délicat chez les femmes victimes de violences mais néanmoins à ne pas négliger.

IV.3.1.2. Les circonstances

La condition de présence d'un trouble pour aborder la sexualité était répandue dans la littérature. Les patients invoquent cette circonstance en premier lieu, quasi systématiquement (22,57).

Les moments de vie propices que sont l'adolescence, la grossesse et la ménopause avaient déjà été évoqués, tout comme l'interrogatoire sexuel en routine systématique (22,29,31).

En revanche, le contexte de violences comme porte d'entrée, spontanément abordé par nos interviewées, n'apparaissait quasiment nulle part dans la littérature, les personnes n'ayant pas été victimes occultant complètement ce champ de la santé sexuelle. Interroger les femmes victimes de violences sur leur sexualité avant que les violences ne soient verbalisées pouvait être un indice. Une fois les violences révélées, il semblait important pour les femmes de définir leurs répercussions en termes de sexualité, et pour ce fait d'être accompagnées.

Dans sa thèse « Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale », Julie Rose déclarait déjà (44):

« Certains sujets de santé sexuelle ont été perçus comme 'hors champ' pour l'abord avec le médecin généraliste, comme les violences sexuelles, laissant penser que l'interviewé ne l'aborderait pas spontanément si le sujet n'était pas amené par le médecin généraliste. Il semble alors qu'il faille être sensible au repérage de ces sujets considérés hors champ. »

« On peut supposer qu'il existe un 'effet miroir' où, pour les patients, la santé sexuelle évoque ce qui est positif, du ressort de la santé, comme l'épanouissement avec en miroir la contrainte avec la violence. Il est cependant difficile de savoir si l'abord sur ce sujet des violences sexuelles n'a pas été spontané de par une certaine vision de la santé sexuelle ou de part la limitation du rôle du médecin généraliste sur ce sujet par le patient. »

IV.3.2. Thème 2 : Comment aborder la sexualité ?

IV.3.2.1. L'attitude du médecin

L'attitude bienveillante et empathique du médecin généraliste, la capacité d'écoute et de non-jugement, semblent être un pré-requis retrouvé dans l'ensemble de la littérature (27,44,57,63).

Le rôle donné au médecin généraliste de prendre l'initiative d'instaurer le dialogue est également très présent dans la littérature (22,32,33,44,58).

L'identité du médecin est évoquée dans la littérature mais semblait vraiment plus marqué dans notre étude. Le sexe masculin, bien plus que l'âge du médecin, paraissait être un frein supplémentaire concernant les femmes victimes de violence par rapport à la population générale. Certaines femmes interrogées affirmaient avoir été suivies par des médecins hommes avant leur situation violente, mais avaient changé de médecin après, aux profits de femmes. Que ce soit pour être examinées et même pour discuter. Cette information est à mettre en relation avec le fait que la quasi totalité des violences envers les femmes sont commises par des hommes (>90%) (35).

Dans la littérature, lorsque le frein du sexe opposé du médecin était abordé, les patients s'accordaient à dire qu'il n'était pas rédhibitoire en présence d'autres qualités correspondant à leurs attentes (14,44,57). Dans la plupart des cas, il n'était pas considéré comme un frein (15,24,63). En revanche, le sexe masculin du médecin était une énorme barrière pour la prise en charge des victimes d'incestes dans la thèse de Marion Bergeret (49), retrouvée chez quasiment toutes les femmes victimes, avec une impossibilité de révéler leur agression à une personne de même sexe que leur agresseur.

Dans notre étude, il semblait que la majorité des femmes victimes de violences n'arrivaient pas à passer outre cette différence de sexe. Elles avaient choisi une femme comme médecin traitant. Il existait cependant des femmes pour qui ce n'était pas un frein. Les médecins généralistes français masculins pourraient donc aborder la question de la sexualité avec leurs patientes, y compris celles victimes de violences puisque visiblement celles pour qui le sexe opposé est un obstacle changent de médecin.

IV.3.2.2. L'organisation matérielle

Le manque de temps est un des freins majeurs retrouvé dans la littérature pour parler de sexualité, évoqué tant par les patients que par les médecins généralistes eux-mêmes (18,44,63,64).

On peut noter à ce sujet un paradoxe puisque les femmes de cette étude souhaiteraient que le médecin puisse prendre tout le temps nécessaire en consultation, en dépassant si besoin les créneaux horaires prévus mais ne soient pas en retard sous peine d'avoir une salle d'attente pleine. Difficile alors de trouver une organisation optimale. L'avantage de la médecine générale étant la récurrence des consultations, on peut imaginer des occasions manquées (par exemple en cas de journées chargées avec retards), n'interdisant pas l'opportunité ultérieure.

L'influence du lieu semblait être une spécificité de cette thèse, concernant l'abord de la santé sexuelle. Les patients dans la littérature n'ont pas évoqué l'importance du cadre. Pas même la question de l'insonorisation qui est revenue fréquemment dans les entretiens. Cela semblait être une fois de plus à mettre en relation avec le sentiment de méfiance de la part des femmes ayant été victime de violences, ayant besoin probablement d'être plus rassurées et sécurisées que la population générale. D'ailleurs, l'importance du cadre a été retrouvée dans la thèse de Marion Bergeret (49) concernant les patients victimes d'incestes qui décrivent la distance créée par le bureau médical comme un frein à la parole et l'insonorisation du cabinet comme essentielle.

La seule chose décrite dans la littérature concernant le cabinet médical, à propos de la santé sexuelle, était la présence d'affiches ou de brochures en salle d'attente pouvant faciliter l'abord de ce sujet (22,63). Ce point n'a pas été du tout abordé dans notre étude. L'influence des brochures était surtout évoquée par des patients hommes, sans doute à rattacher aux campagnes médiatiques récentes sur les dysfonctions érectiles et éjaculations précoces, n'ayant pas d'équivalent concernant la sexualité féminine. Diffuser des brochures incitant les femmes à parler de leur sexualité en cas de besoin avec leur médecin traitant dans les salles d'attente pourraient sans doute avoir un effet bénéfique.

IV.3.2.3. Le professionnalisme

L'importance du secret médical était très nettement un point majeur et essentiel pour les femmes victimes de violences ; plus marqué que pour la population générale. Si le secret médical a été évoqué dans la littérature, c'est de façon assez anecdotique (33,44). Alors qu'il s'agissait de l'un des thèmes le plus présent de notre étude. Le respect du secret médical semblait être évident pour la population générale alors qu'il était clairement questionné par les femmes victimes de violences et elles avaient besoin de vérifier son infaillibilité. On peut rattacher cela au climat de méfiance, de crainte, de peur dans lequel évoluent les femmes victimes de violences, avec une perte de confiance envers autrui. On peut également penser que le fait d'être un médecin de famille, alors même que la majorité des violences commises envers les femmes ont lieu dans le cadre intrafamilial (35,39), puisse être confusiogène.

Alors que le rappel de la confidentialité fait partie des principes de base d'un interrogatoire standardisé en santé sexuelle d'après la littérature (27,65).

La seule sous-catégorie de population s'interrogeant également de manière plus marquée sur le secret médical dans la littérature, en termes de santé sexuelle, était les adolescents. Il n'était pas clair pour eux que le statut de mineur puisse ouvrir droit au secret médical envers leurs parents (15,66,67).

IV.3.3. Thème 3 : les attentes envers le médecin généraliste concernant l'abord de la sexualité en consultation

IV.3.3.1. Les représentations du médecin généraliste

Les représentations du médecin généraliste retrouvées dans cette thèse sont fidèles à celle retrouvées dans la littérature. Elles correspondent au rôle du médecin généraliste défini par l'organisation européenne des généralistes, la WONCA (68). Les femmes victimes de violences investissent et partagent donc les mêmes projections envers leur médecin que la population générale (44).

IV.3.3.2. Les avantages et inconvénients du statut de médecin généraliste pour parler de sexualité

Le statut du médecin généraliste est ambigu pour aborder les sujets difficiles, comme la santé sexuelle. La relation médecin généraliste/patient est une relation de confiance, investie, durable parfois, permettant une bonne connaissance de l'autre mais une relation parfois trop proche, assez intime, limitant l'abord de sujets délicats. Cette idée est retrouvée dans la littérature (17,44,57). Le fait de connaître socialement son médecin généraliste vécu comme frein était partagé avec d'autres études (44,63).

La notion de médecin de famille présentée comme une entrave à la discussion sur la sexualité est également présente dans la littérature (33,44). On peut supposer que ce soit lié au doute sur le respect du secret médical, la peur que le médecin partage des informations avec les proches. Mais pas seulement. Peut-être est-il plus difficile de parler de difficultés relationnelles, sexuelles voire violentes avec son compagnon à son médecin si le compagnon est connu, surtout sans son accord. Il peut exister sans doute un sentiment de trahison, de violation de l'intimité.

Un des obstacles majeur retrouvé dans la littérature pour parler de sexualité avec son médecin généraliste est la présence d'une tierce personne lors de la consultation (15,33,63). Ce motif n'a été mentionné par aucune des femmes interrogées dans notre étude. Les femmes victimes de violence consulteraient-elles davantage seules que les autres? On peut penser que pendant le contexte de violences, les femmes se laissent l'opportunité consciente ou non de pouvoir en parler à leur médecin. Toujours en raison de la fréquence des violences intrafamiliales cela supposerait donc le tête-à tête. Pourtant, dans le cadre de violences conjugales, les partenaires sont souvent omniprésents, contrôlant la vie privée de leurs femmes, y compris leurs agendas. Une fois sortie de leur situation violente, les femmes auraient-elles besoin de retrouver une autonomie, une liberté plus grande que les autres? Ou gardent-elles une distance plus marquée avec leurs nouveaux compagnons, qui expliquerait leurs absences en consultation? Ceci n'étant que des hypothèses.

IV.3.3.3. La place du médecin généraliste par rapport aux autres

Les femmes évoquaient très nettement le rôle prépondérant des gynécologues dans la santé sexuelle dans la littérature comme dans notre étude. Les hommes, eux, se tournent peu vers des urologues. Ils passent par le médecin généraliste avant d'envisager un avis plus spécialisé (14,28,32,33).

Les psychiatres perçus comme une source d'aide à l'épanouissement sexuel est une spécificité de cette étude. Sans doute que cette notion est peu présente en population générale. C'est au cours d'un suivi déjà établi avec un psychiatre ou psychologue que cette question semble abordée, les femmes n'allant pas chez ces professionnels uniquement pour cette raison.

Les proches sont plébiscités pour échanger autour de sa sexualité. La personne principale avec qui l'on en parle dans la littérature, est le compagnon (16,31,32). Cette notion n'est pas du tout ressortie dans notre étude. Très rares sont les femmes qui ont évoqué le compagnon comme interlocuteur. Même celles qui avaient changé de partenaire suite aux violences. On peut supposer qu'elles se soient situées dans le contexte de violences conjugales auquel cas évidemment le conjoint n'est pas ouvert à la discussion. On peut également présumer à nouveau que les violences, principalement conjugales, ont eu un impact sur la vision du couple, même à distance, imposant une distance entre les deux partenaires. On peut enfin imaginer que les femmes aient plus besoin de dialoguer avec leurs acolytes de même sexe, afin de se comparer, de se rassurer. L'idée que les hommes et les femmes en matière de sexualité aient des besoins et désirs différents reste très ancrée dans la population générale (3).

V. CONCLUSION

Les femmes victimes de violences ont des attentes variées concernant l'abord de leur sexualité.

Les spécificités des femmes victimes de violences sont une parole plus difficile à libérer compte-tenu du climat de peur, d'emprise, dans lequel elles évoluent, la question de la sexualité pouvant être un indice ou une porte d'entrée pour aborder les violences. Le rappel du respect du secret médical et son emploi scrupuleux sont indispensables. Le cadre du cabinet médical influe sur la parole des femmes, son insonorisation, essentielle. Le sexe masculin du médecin généraliste peut être un frein.

Comme dans la population féminine générale, l'attente envers le médecin généraliste concernant l'abord de la sexualité en consultation, est forte. C'est à ce dernier d'en prendre l'initiative. Les circonstances et manières pour faciliter l'abord de cette question ont été bien décrites, et semblent similaires à celles des autres femmes.

Compte tenu de sa place dans la société et dans le système de soins, le médecin généraliste apparaît comme un interlocuteur privilégié pour accompagner les femmes victimes de violences dans leur sexualité. La relation médecin généraliste/patiente influence positivement la parole des femmes sur leur sexualité, eu égard à une relation de confiance, de qualité.

Tous les médecins généralistes pourraient donc dépasser leurs appréhensions pour répondre au mieux aux besoins des patientes, en utilisant une attitude proactive. L'actualité confirme que cet accompagnement est loin d'être un thème secondaire.

Il pourrait être pertinent de réaliser des travaux complémentaires pour approfondir les connaissances sur ce thème : avec des femmes recrutées en cabinet de médecine générale, avec des femmes issues d'un milieu rural (pour lesquelles les problématiques sont sans doute différentes, notamment en termes de logistique et confidentialité)... pour enrichir ces résultats.

Enfin, il serait intéressant d'étudier l'impact de l'affaire Weinstein sur les attentes et représentations des femmes victimes de violences, en réalisant la même étude actuellement pour voir s'il y a eu des changements.

“Il faut savoir ce que l'on veut. Quand on le sait, il faut avoir le courage de le dire ; quand on le dit, il faut avoir le courage de le faire.” Georges Clémenceau.

Références bibliographiques

- (1) Directeur de Santé Publique de Montréal. La sexualité et ses six dimensions. http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/jeunes/thematiques/sexoclic/pourquoi/les_six_dimensions.html. Consulté le 02/02/2018
- (2) Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle. http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/. Consulté le 15/11/2016.
- (3) Bozon M. Sociologie de la sexualité: Domaines et approches. Armand Colin; 2013.
- (4) Cour F. Évolution sociétale de la sexualité. Prog En Urol. 2013;23(9):832-7.
- (5) Organisation Mondiale de la Santé. Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation, et de traitement en sexualité humaine ; 1975. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38316/1/WHO_TRS_572_fre.pdf. Consulté le 28/11/2016.
- (6) Organisation Mondiale de la Santé. Communication brève relative à la sexualité. Recommandations pour une approche de santé publique ; 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/fr/ . Consulté le 03/02/2017.
- (7) Haut Comité de la Santé Publique. Santé sexuelle et reproductive ; 2016. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>. Consulté le 22/01/2018.
- (8) Lamont J. Directive clinique de consensus sur la santé sexuelle de la femme. J Obstet Gynaecol Can. 2012;279:776-783.
- (9) Burnett M. Counseling sur la santé sexuelle et génésique offert par les professionnels de la santé. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39:475-476.
- (10) Wimberly YH. Sexual history taking among primary care physicians. J Natl Med Assoc. 2006;98(12):1924-9.
- (11) Brian L. Les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents ? [Thèse Med]. Université de Toulouse; 2012.
- (12) Meystre-Agustoni G. Taking about sexuality with physician, are patients receiving what they wish ? Swiss Med Wkly. 2011;141.
- (13) Smith LJ, Mulhall JP. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. J Sex Med. 2007;4(5):1247-53.
- (14) Barbaroux A. Prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires : enquête auprès de 88 médecins généralistes et 253 patients [Thèse Med]. Université de Marseille ; 2010.

- (15) Courtois M. Attentes des adolescents concernant l'abord de la sexualité avec leur médecin généraliste [Thèse Med]. Université de Lyon ; 2012.
- (16) Buvat J, Glasser D. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: results of a population-based survey in France. *Int J Urol*. 2009;16(7):632-8.
- (17) Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care, older people. *Fam Pract*. 2003;20:690–695.
- (18) Gavignet R. Le médecin généraliste, la sexualité féminine et ses troubles : enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes des Alpes Maritimes [Thèse Med]. Université de Nice; 2014.
- (19) Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Baromètre Santé Médecins généralistes 2009. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>. Consulté le 15/11/2016).
- (20) Ribeiro S. General practitioners' procedures for sexual history taking and treating sexual dysfunction in primary care. *J Sex Med*. 2014 Feb;11(2):386-93.
- (21) Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. *Am Fam Physician*. 2002;66(9):1705-1712.
- (22) Bartoli S. La sexualité en médecine générale : attentes, opinions et représentations des hommes [Thèse Med]. Université de Poitiers; 2015.
- (23) Partaud L. Stratégies utilisées par les médecins généralistes pour aborder la sexualité avec les hommes [Thèse Med]. Université de Poitiers; 2014.
- (24) Kobel C. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculines [Thèse Med]. Université de Nancy; 2011.
- (25) Maurice WL, Bowman MA. *Sexual medicine in primary care*. St Louis: Mosby ; 1999:15.
- (26) Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP;2010 :147-168.
- (27) Jones R., Barton S. Introduction to history taking and principles of sexual health. *Postgrad Med J*. 2004;80:444–446.
- (28) Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med*. 1997;19(4):387-91.
- (29) Fairchild PS, Haefner JK, Berger MB. Talk about sex: sexual history-taking preferences. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2016;22(5):297-302.

- (30) Lindau ST1, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*.2010;310.
- (31) Jarlier C. Parler de sexualité pendant la grossesse : enquête auprès de 174 accouchées du CHU Estaing de Clermont-Ferrand [Mémoire de Sage femme]. Université de Clermont-Ferrand; 2012.
- (32) Laurens G. Le patient, son médecin traitant, et le médecin sexologue : une étude en région Nord Pas de Calais, auprès de 101 patients et de 23 médecins sexologues [Thèse Med]. Université de Lille ; 2013.
- (33) Lamy-Fénéon P. Abord de la sexualité en médecine générale : enquête qualitative auprès de patients morbihannais en 2015 [Thèse Med]. Université de Rennes ; 2015.
- (34) Amnesty International. Pourquoi la violence contre les femmes persiste-t-elle ? 2004. <https://www.amnesty.be/je-veux-agir/agir-localement/agir-a-l-ecole/l-espace-enseignants/enseignement-secondaire/Dossier-Papiers-Libres-2004-Les/Sommaire>. Consulté le 03/03/2018.
- (35) Debauche A, Lebugle A. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Catalogue Ined 229;2017.
- (36) Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris, La Découverte ; 2008.
- (37) Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé; 2001.
- (38) Organisation mondiale de la santé. La violence à l'égard des femmes. Aide mémoire ; 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>. Consulté le 20/12/2016.
- (39) Délégation aux Droits des Femmes et à l'Égalité. Combattre toutes les violences faites aux femmes, des plus visibles aux plus insidieuses ; 2014. http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2014/FI25_violences_femmes.pdf. Consulté le 20/12/2016.
- (40) Garcia-Moreno C, Watts C. La violence envers les femmes : une urgence de santé publique. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2011;89:2-2.
- (41) Janssen PA, Holt VL. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1341-7.
- (42) Vos T, Astbury J. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bull World Health Organ* 2006; 84: 739-44.
- (43) Association mémoire traumatique et victimologie. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Enquête nationale auprès des victimes ; 2015. <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf>. Consulté le 05/01/2017.

- (44) Rose J. Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale [Thèse Med]. Université de Bordeaux ; 2017.
- (45) Vignocan L, Monti M. Que puis-je faire pour vous ? La consultation de médecine générale : attentes des femmes ayant vécu des violences sexuelles [Thèse Med]. Université Toulouse ; 2016
- (46) Malhanche P. Decliviolence. <http://www.decliviolence.fr/>. Consultée le 05/04/2018.
- (47) Feder G. Women Exposed to Intimate Partner Violence Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. Arch Intern Med. 2006;166(1):22-37.
- (48) Goubert M. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler ». Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône [Thèse Med]. Université de Lyon ; 2012.
- (49) Bergeret M. Les victimes d'inceste face à leur médecin traitant : ententes et attentes. Etude qualitative auprès de 10 patients suivis en consultation de psychotraumatisme en 2013 et 2014 à la Réunion [Thèse Med]. Université de Bordeaux ; 2014.
- (50) Bedeau J., Bellot M. Anna : Dailymotion ; 2015. <https://www.dailymotion.com/video/x2aqqe9>. Consulté le 02/12/2016.
- (51) Déchalotte M. Le livre noir de la gynécologie. Maltraitements gynécologiques et obstétricaux, l'enquête. Paris. First Editions;2017.
- (52) Rocfort-Giovanni. Touchers vaginaux sur patientes endormies : « C'est de la médecine, on n'est pas dans un fantasme de viol ! ». L'Obs ; 03 fev 2015.
- (53) Frappe P. Initiation à la recherche. 2^e éd. Paris : Global Média Santé;2018.
- (54) Drapeau M. « Science-like criteria in qualitative research ». Pratiques psychologiques. 2004 ; 10:79-86
- (55) Côté L., Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine ? Pédagogie Médicale. 2002;3:81-90
- (56) Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5.
- (57) Fievet C. Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale ? Enquête qualitative auprès de patientes de La Réunion [Thèse Med]. Université de Nice ; 2014.
- (58) Zard E. Représentations des femmes enceintes sur la sexualité pendant la grossesse. Attentes en termes d'informations sur le sujet [Thèse Med]. Université de Paris Créteil ; 2015.
- (59) Duchêne AM. Ce que veulent les femmes. Attentes des femmes enceintes au 3^e trimestre envers leurs soignants quant à leurs vécu et représentations de la sexualité pendant la grossesse [Thèse Med]. Université d'Angers ; 2013.

- (60) Nicolaidis C, Gregg J. "You Always End up Feeling Like You're Some Hypochondriac": Intimate Partner Violence Survivors' Experiences Addressing Depression and Pain. *J Gen Intern Med.* 2008;23(8):1157-1163.
- (61) Bonnet P. Etat des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne [Thèse Med]. Université de Poitiers ; 2017.
- (62) Wester W, Wong SL. What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. *Women Health.* 2007;45(1):105-119
- (63) Baker JR, Arnold-Reed DE. Perceptions of barriers to discussing and testing for sexually transmitted infections in a convenience sample of general practice patients. *Aust J Prim Health.* 2013;19(2):98-101.
- (64) Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract.* 2001;18(5):516-518.
- (65) Althof SE, Rosen RC. Standard operating procedures for taking a sexual history. *J Sex Med.* 2013;10(1):26-35.
- (66) Latreille S, Collyer A, Temple-Smith M. Finding a segue into sex: young men's views on discussing sexual health with a GP. *Aust Fam Physician.* 2014;43(4):217-21.
- (67) Ewert C, Collyer A, Temple-Smith M. Most young men think you have to be naked in front of the GP. *Sex Health.* 2015;13:124-30.
- (68) World Organization of Family Doctors. Définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste-médecin de famille ; 2002. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>. Consultée le 01/02/2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée en français et anglais à partir de :

- Bases de données en ligne : Pubmed, Banque de Données en Santé Publique, SUDOC (service de documentation universitaire)
- Sites officiels : OMS, INPES, HAS
- Moteurs de recherche : Google, Google Scholar
- Littérature grise : Documentation fournie par les associations, bibliographie d'articles et de thèses collectés, ouvrages empruntés à la bibliothèque universitaire de Bordeaux

Les mots clés principaux retenus étaient :

-pour le versant santé sexuelle : « Sexualité » « Santé sexuelle » « Anamnèse sexuelle » « Abord sexualité » « Sexuality » « Sexual Health » « Sexual history taking » « Sex counseling »

-pour le versant médecine générale : « Médecine générale » « Médecins généralistes » « Soins primaires » « Primary care » « General practice » « General practitioner » « Family physicians »

- pour le versant violences : « Violence » « Violences conjugales » « Femmes victimes de violence » « Abused women » « Intimate partner violence »

Annexe 2 : Fiche de projet de thèse de médecine générale

université
de BORDEAUX

Département
de médecine générale

Thésarde : LEBATEUX Anna

Directeur de thèse : Dr Nicolas Rousselot

Chef de clinique médecine générale (DMG Bordeaux)

Titre provisoire : Attentes des femmes victimes de violences concernant l'abord de la sexualité avec leur médecin généraliste

Justification :

J'ai fait le DU de gynécologie « Suivi de la femme » en 2015-2016 et la question de la sexualité m'intéresse. Les études internationales montrent que les patients aimeraient en grande majorité discuter de sexualité avec leur médecin traitant mais qu'ils ne le font pas. Ils aimeraient que ce soit lui qui initie le sujet, ce qui est rarement le cas. Pourtant les questions et difficultés sexuelles sont fréquentes et ont un retentissement sur la qualité de vie. Quand la discussion se fait, les patients sont généralement satisfaits par l'attitude de leur médecin. [1-3]

De nombreux travaux ont étudié le point de vue des médecins : freins limitant l'interrogatoire sexuel, méthodes utilisées, intérêt pour cette question, contexte favorable etc...

Quelques thèses se sont posé la question des attentes des patients en population générale ou pour des populations particulières (adolescents, personnes âgées, femmes enceintes, hommes...) [4-6], mais peu concernent les femmes. Une thèse étudiant les attentes des femmes est actuellement en cours à Bordeaux, ce qui nous permettra de comparer nos résultats.. Nous n'en avons trouvé aucune concernant spécifiquement les femmes victimes de violences.

Or 1 femme sur 4 en France, indique avoir été exposée à des violences physiques ou sexuelles à un moment de sa vie, d'après l'OMS. Dans une étude sur 1200 femmes victimes de violences, réalisée par l'association « Mémoire traumatique et victimologie » en 2014, 43% considéraient que ces violences avaient eu un impact très important sur leur vie sexuelle, et 53% déclaraient avoir eu des problèmes sexuels [7].

De plus, les consultations médicales sont 2 fois plus fréquentes chez les femmes victimes de violences conjugales que chez les autres femmes, d'après l'étude de S.Lo Fo Wong en 2004, pour des motifs divers. Les médecins généralistes ont certainement, par leur place de premier recours au soin, un rôle important à jouer en termes de dépistage et de prise en charge. Mais cet aspect est peu enseigné à l'université et il existe très peu de données à ce sujet dans la littérature.

M. Bergeret, dans sa thèse de médecine générale en 2014 à La Réunion, retrouvait que les attentes des victimes d'inceste vis-à-vis de leur médecin traitant pour favoriser la libération de la parole étaient les qualités relationnelles du médecin, sa disponibilité, dans un cadre rassurant et confidentiel, et le fait qu'il ose poser une question sur ce sujet, qu'elle soit directe ou indirecte. Ensuite, il devait pouvoir les orienter. Les obstacles principaux étaient le manque de temps et le fait de ne pas y penser. [8]

Question de recherche : Comment améliorer la prise en charge des femmes victimes de violences en soins de premiers recours ?

Hypothèses :

- Les femmes victimes de violences aimeraient être mieux accompagnées par des professionnels de santé pour mieux appréhender leur sexualité, qui est souvent impactée par leur histoire
- Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié pour cela
- Les femmes victimes de violences ont des besoins spécifiques par rapport aux autres femmes envers leur médecin généraliste concernant l'abord de la sexualité

Objectif principal : Comprendre et explorer les attentes des femmes victimes de violences concernant l'abord de leur sexualité avec leur médecin généraliste.

Objectif secondaire : Pouvoir comparer ces attentes avec celles des autres femmes et comprendre les aspects spécifiques à prendre en compte avec ces femmes victimes de violences lors des prises en charge en médecine générale.

Méthode :

Etude qualitative basée sur des entretiens semi dirigés, jusqu'à saturation des données, de femmes victimes de violence.

Recrutement de patientes informées et volontaires auprès d'associations venant en aide aux victimes de violences, à Bordeaux, durant le premier trimestre 2017.

Recrutement mixte : raisonné et par effet boule de neige (en chaîne).

Enregistrement audio des entretiens avec l'accord des femmes interrogées. Analyse thématique du verbatim (anonyme). Codage par deux personnes indépendantes.

Aspects réglementaires et éthiques :

Information écrite et consentement oral des femmes interrogées. Respect de la confidentialité et de l'anonymat. Déclaration CNIL.

Les violences vécues par les femmes ne seront pas abordées durant l'entretien (sauf abord spontané par la personne interrogée).

Perspectives :

- Prise de conscience de l'importance d'aborder le sujet de la sexualité en médecine générale avec les toutes les femmes, et notamment celles victimes de violences.

- Comprendre les attentes et les besoins de ces femmes pour améliorer leur prise en charge en médecine générale.

Bibliographie:

- [1] Fairchild, Pamela Susan. Talk About Sex: Sexual History-Taking Preferences Among Urogynecology Patients and General Gynecology Controls. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery* 2016;22(5):297-302
- [2] Meystre-Agustoni G. Talking about Sexuality with the Physician: Are Patients Receiving What They Wish? *Swiss Medical Weekly* 2011;141
- [3] Humphery S, Nazareth I. GPs' Views on Their Management of Sexual Dysfunction. *Family Practice* 2001;18:516–518.
- [4] Bartoli S. La sexualité en médecine générale : attentes, opinions et représentations des hommes. *Exercer* 2016;124:52-9.
- [5] Lamy-Fénéon P. Abord de la sexualité en médecine générale : enquête qualitative auprès de patients morbihannais en 2015. Thèse de médecine générale Rennes, 2015.
- [6] Fievet C. Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale ? Enquête qualitative auprès de patientes de La Réunion. Thèse de médecine générale Nice, 2014
- [7] Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête nationale auprès des victimes. Association Mémoire traumatique et Victimologie. Mars 2015, 368 p (Consulté le 15/11/2016), http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/doc_violences_sex/Rapport-enquete-AMTV_mars-2015_BD.pdf
- [8] Bergeret M. Les victimes d'inceste face à leur médecin traitant : ententes et attentes. Etude qualitative auprès de 10 patients suivis en consultation de psychotraumatisme en 2013 et 2014 à la Réunion. Thèse médecine générale Bordeaux, 2014.

Annexe 3 : Lettre d'information destinée aux patientes pour participation à une thèse de médecine

Titre de la recherche : « Quelles sont les attentes des femmes ayant été victimes de violences, envers leur médecin généraliste, concernant l'abord de leur sexualité? »

Madame,

Nous vous proposons de participer à la thèse de médecine générale d'Anna Lebateux, qui finit actuellement ces études de médecine générale à la faculté de Bordeaux.

But de l'étude

Mieux comprendre les attentes et les besoins des femmes qui ont été victimes de violences, concernant l'abord de la question de la sexualité, au cours de leur suivi, afin d'améliorer les pratiques des professionnels de santé.

Contenu et déroulement de l'entretien

Le but de ce travail n'est pas de vous interroger sur votre sexualité actuelle ou passée, ni sur les violences dont vous avez été victimes.

Il s'agit plutôt de comprendre vos attentes envers votre médecin généraliste sur ce thème précis de sexualité.

Votre participation est bien sûr volontaire, et vous êtes libre de refuser de participer ou même de stopper l'entretien à votre convenance, sans avoir à vous justifier.

Nous vous proposons un entretien individuel unique dans les locaux de votre association. Prévoyez une trentaine de minutes environ, mais la durée dépendra de vous et de ce que vous aurez envie de dire.

Si vous êtes d'accord, nous souhaiterions faire un enregistrement audio de l'entretien afin de pouvoir ensuite analyser le plus fidèlement possible ce que vous nous aurez dit. Cet enregistrement sera détruit dès que cette analyse aura été faite.

Confidentialité

Toutes les informations données pendant les entretiens seront traitées de façon confidentielle et anonyme, avec respect du secret médical.

Ce travail de recherche a été déclaré à la CNIL.

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez, par le biais de votre association.

Vous pouvez me joindre à: adresse mail et numéro de téléphone joints

Annexe 4 : Canevas d'entretien 1

Thème 1 : Situations vécues autour de l'abord de la sexualité

Avez-vous déjà été amenée à parler sexualité avec votre médecin généraliste?

Si oui, comment cela s'était-il passé ?

Si non, pour quelles raisons?

Thème 2 : Rôle du médecin généraliste dans l'abord de la sexualité

Si vous aviez des questions, ou envie de parler de sexualité, avec qui le feriez vous ?

Quels vous semblent être les lieux propices pour aborder cette question ? *Qu'en est-il du cabinet médical ?*

Relances sur les facteurs influençant cette parole :

- *Eléments facilitant, mettant à l'aise : attitude de l'interlocuteur, âge, sexe, qualité ou ancienneté de la relation, cadre....*
- *Eléments freinant, limitant*
- *Raisons/circonstances*

Relance éventuelle sur le rôle du médecin généraliste

Qu'est ce que vous êtes venue chercher dans une association que vous ne retrouviez pas chez votre médecin traitant ?

Voulez vous ajouter autre chose?

Annexe 5 : Canevas d'entretien final

Thème 1 : Situations vécues autour de l'abord de la sexualité

Avez-vous déjà été amenée à parler sexualité avec votre médecin généraliste?

Si oui, comment cela s'était-il passé ?

Si non, pour quelles raisons?

Thème 2 : Rôle du médecin généraliste dans l'abord de la sexualité

Si vous aviez des questions, ou envie de parler de sexualité, avec qui le feriez vous ?

Quels vous semblent être les lieux propices pour aborder cette question ? *Qu'en est-il du cabinet médical ?*

Relances sur les facteurs influençant cette parole :

- *Eléments facilitant, mettant à l'aise : attitude de l'interlocuteur, âge, sexe, qualité ou ancienneté de la relation, cadre....*
- *Eléments freinant, limitant*
- *Raisons/circonstances*

Relance éventuelle sur le rôle du médecin généraliste

Thème 3 : Accompagnement

Pensez-vous avoir besoin ou eu besoin au cours de votre vie, d'un accompagnement concernant votre sexualité ?

Qu'est ce que vous êtes venue chercher dans une association que vous ne retrouviez pas chez votre médecin traitant ?

Voulez vous ajouter autre chose?

Annexe 6 : Fiche administrative

- Tranches d'âge :

18-25 ans 26-35ans 36-45ans 46-55ans 56-65ans >65ans

- Catégorie socio -professionnelle :

Agriculteur

Artisan, commerçant, chef d'entreprise

Cadre, professions intellectuelles supérieures (libéraux, ingénieurs...)

Professions intermédiaires (prof, social, techniciens...)

Employés (policier, militaire, aide personne...)

Ouvriers

Retraités

Autres (chômeurs, étudiants, autre)

- Statut marital : célibataire/mariée/pacsée/divorcée/concubinage/veuve

- Avez-vous un médecin traitant déclaré ?

- Avez-vous des consultations régulières avec lui (une fois par an ou plus) ?

Moins d'une fois par an 3-4 fois/an Tous les mois Plus d'une fois par mois

- Environnement rural ou urbain ?

- Uniquement si abordé spontanément par la personne interrogée pendant l'entretien, type de violences :

Pas de recueil de nom, prénom, date de naissance, adresse, nom de l'association

Annexe 7 : Communication orale CMGF 2018

Les principaux résultats de cette étude ont été acceptés, après soumission d'un abstract, pour être présentés lors d'une communication orale de 20 minutes au 12^{ème} Congrès de Médecine Générale France au Palais des Congrès de Paris, le 05 avril 2018. La présentation a été réalisée par la thésarde et son directeur de thèse.

Une des séances plénières de ce congrès était consacrée aux violences faites aux femmes.

Abord de la sexualité en médecine générale : attentes des femmes victimes de violences

Anna Lebateux, Nicolas Rousselot
DMG Bordeaux
Pas de lien d'intérêt sur le sujet

05 - 07 AVRIL



12^e CONGRÈS MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE
Soins • Formation • Recherche
CMGF2018

Sous l'égide du
COLLÈGE
de la
MÉDECINE
GÉNÉRALE

 #CMGF2018
1

SERMENT MEDICAL

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

ABSTRACT

Title: Sexual health in general practice: expectations from women victims of violence.

Objective: Investigate and understand the expectations of women who have been subjected to abuse when addressing their sexuality with their general practitioner.

Method: Qualitative study by individual interviews, semi-directed. Mixed sampling, reasoned sampling and “snowball sampling” amongst women victims of all kinds of violence who were both informed and voluntary. Participants were recruited through charities supporting abused women until data saturation. The interviews were audio recorded, processed through thematic analysis and subjected to double coding.

Results : 10 interviews were conducted amongst women of different profiles. Women subjected to violence display various and specific expectations about approaching the matter of sexuality. Many impediments need to be considered by general practitioners so as to provide relevant care. Women have described in detail both the circumstances and the manner (behaviours, practical settings, office lay-out...) appropriate to discuss an issue equally as difficult as important to them. They also described the role both in society and within the health care system that their general practitioner does and should play for their specific needs to be met when it comes to discussing their sexuality.

Conclusion : Women who have been subjected to violence have significant expectations when it comes to addressing their sexuality with their doctor, and current affairs highlight the importance to pay close attention to this in primary care. These women share common needs with the overall female population but also make specific requests. Such demands are to be taken into consideration to effectively detect these women as well as provide them efficient care.

RESUME

Titre: Santé sexuelle en médecine générale : attentes des femmes victimes de violences.

Objectifs: Comprendre et explorer les attentes des femmes victimes de violences concernant l'abord de leur sexualité avec leur médecin généraliste.

Méthode: Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Echantillonnage raisonné et par effet boule de neige de femmes ayant été victimes de tous types de violences, informées et volontaires, recrutées dans des associations venant en aide aux victimes de violences, jusqu'à saturation des données. Enregistrement audionumérique des entretiens et analyse thématique avec double codage du verbatim. Les autorisations réglementaires nécessaires ont été obtenues.

Résultats: 10 entretiens auprès de femmes aux profils variés ont été réalisés. Les femmes victimes de violences ont des attentes variées et spécifiques concernant l'abord de leur sexualité. De nombreuses difficultés sont cependant à prendre en compte par les médecins généralistes pour des prises en charge adaptées. Les femmes interrogées ont précisément décrit les circonstances et la manière (attitudes, conditions matérielles, organisation du cabinet...) de favoriser l'abord de ce sujet difficile mais important pour elles. Elles ont également décrit la place dans la société et le système de soin qu'avait, ou devrait avoir, leur médecin traitant afin de répondre au mieux à leurs problématiques propres liées à la sexualité.

Conclusion: Les attentes des femmes victimes de violences concernant l'abord de la sexualité avec leur médecin généraliste sont importantes et l'actualité confirme la nécessité d'y être attentifs en médecine générale. Elles comportent des points communs mais aussi des spécificités avec la population féminine générale. Ces spécificités sont à prendre en compte pour un repérage et un accompagnement de qualité.

Mots clés : violences ; femmes ; médecine générale ; santé sexuelle ; sexualité ; attentes