



HAL
open science

Femmes victimes de violences sexuelles : étude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes

Yacine Guessoum, Alix Bès de Berc

► To cite this version:

Yacine Guessoum, Alix Bès de Berc. Femmes victimes de violences sexuelles : étude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02497646

HAL Id: dumas-02497646

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02497646>

Submitted on 3 Mar 2020

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES
ANNEE : 2019

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR·E EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement
Le 23/05/2019

Par **Alix BÈS DE BERG**
Née le 14 janvier 1990 à Nantes (44)

Thèse n°62b

Et par **Yacine GUESSOUM**
Né le 07 septembre 1989 à Colombes (92)

Thèse n°62a

Femmes victimes de violences sexuelles : Étude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes

Directrice de thèse
Madame la Docteure Camille LEVEQUE

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président du jury
Monsieur le Professeur William DURIEUX	Rapporteur
Madame la Docteure Karine DABADIE	Juge
Monsieur le Professeur François PETREGNE	Juge
Madame la Docteure Julie-Anne TJONCKE	Juge
Madame la Docteure Camille LEVEQUE	Directrice de thèse

Remerciements au jury

Merci au Professeur Jean-Philippe JOSEPH de nous faire l'honneur de présider notre jury.

Merci au Professeur William DURIEUX d'avoir accepté d'être rapporteur de ce travail.

Merci à la Docteure Karine DABADIE, au Professeur François PETREGNE et à la Docteure Julie-Anne TJONCKE d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse.

Enfin, merci beaucoup à la Docteure Camille LEVEQUE de nous avoir guidé·e·s tout au long de ce travail. Merci pour ta réactivité, tes multiples conseils et relectures.

Remerciements Alix Bès de Berc

Aux personnes bienveillantes croisées sur mon chemin en tant qu'étudiante, puis en tant que médecin remplaçante. Merci en particulier à toute l'équipe du service de l'USCA de Haut Lévéque à Bordeaux, et à mes maîtres de stage de Langon.

A mon binôme de thèse et ami, Yacine ! Merci pour ta persévérance et ton dynamisme auquel aucun obstacle n'a résisté durant ce travail. J'ai beaucoup aimé notre équipe !

Aux femmes qui ont accepté de participer à ce projet, pour leur courage.

A ma famille :

A ma maman, Doumé, pour son amour, sa joie de vivre et sa vaillance. Merci d'avoir pris le temps d'être ma relectrice de thèse ! A mon beau-père, David, pour sa sagesse et son soutien sans faille. Merci à vous deux d'être toujours présent·e·s quand j'en ai besoin !

A ma « sor » Noémie, ma Shakira la Tigresse, je suis fière de toi. A son amoureux, Guillaume, pour sa sérénité et sa gentillesse. A nos futures soirées de Guitar Hero !

A mon père.

A mes amis :

Aux ami·e·s de la tribu de Dana d'Agen, à ceux et celles du clan Mackenzie du Manoir de Bordeaux, aux ami·e·s des vacances en Guadeloupe, à ceux et celles des Bardenas Reales, aux petit·e·s aventurier·ère·s d'Ethiopie, aux Palois·e·s, et aux Marmandais·e·s: Merci d'être toujours présent·e·s pour moi, souriant·e·s et serein·e·s, dans les moments heureux et les autres. Vous m'avez énormément apporté/appris/fait rêver. Impossible de toutes et tous vous ramener avec moi à Nantes, donc vivement les retrouvailles à la Ferme de Lamonzie, en regardant pousser Hanaé (et les semis).

Aux membres du B.U.S de Gaston Veil et aux ami·e·s de Nantes qui sont resté·e·s les mêmes et que je redécouvre avec plaisir !

Aux cocos, Alex et Zoé, pour leur gentillesse !

A Simon, mon ours aux mains sensibles, mon obi ocha. Merci pour ta douceur, ta confiance, ton optimisme. Je t'aime.

Remerciements Yacine Guessoum

Un grand merci à toutes les femmes qui ont accepté de participer à l'étude.
Vous avez permis à ce travail d'exister.

Merci à Alix pour l'échange permanent qu'a été cette thèse ! On aura fini par en voir le bout !

Merci aux Agenais-e-s et à toutes leurs déclinaisons : la coloc de Mont-de Marsan, la Ferme d'Heugas, Tyrosse, Ducos, Le Manoire, Le Manoir 2.0, qui ont rendu mémorables toutes ces années d'internat !
Et en particulier à David malgré son genou, Mathilde et Fabien pour leur bonne humeur constante, Ambre pour son soutien durant ces 6 longs mois. A Rachel pour les jeux !

Et de nouveau à Alix, pour ces années partagées !

A Salman et Marion pour toutes vos invitations !

Merci à Sidonie, Romain et Hanaé de continuer de nous accueillir encore et encore (et encore) !

Merci à Simon et John pour les badmintons endiablés !

Aux palois-e-s, Clément et Lucie, Noam et Inès (Oui, tu en fais partie maintenant) !

A toute la Bois-co team pour son amitié malgré les kilomètres : Johan et Anissa, Philippe et Cécile, Jan et Pauline, Adrien, Cécile et Pierre, Alexandre et Emeline (et Antone !) mais aussi à ceux qui sont plus loin : Louis et Macha, Julien !

Merci à Quentin et Oussama, dont je me sens toujours aussi proche malgré la dispersion !

Merci à Clémence pour l'initiation au tennis !

Aux copains de Momo, qui sont devenus des copains : Lidia, Ophélie et Yannick, Germain et Sylvain !

A Rémi, Viviane, Gwenaëlle et Tiphaine pour m'avoir accueilli parmi vous, fait découvrir un coin de paradis en Bretagne et avoir fait de moi le joueur de volley que je suis aujourd'hui ! Aux tatas, cousins et cousines !

A mes grands-parents et à tous les membres de mes familles, Margottin et Guessoum, que je vois moins souvent que ce que j'aimerais mais qui restent près de mon cœur.

A mes parents pour votre amour et votre soutien indéfectible dans ma vie en général et durant ces longues années de médecine en particulier !

A Sélim et Inès, j'ai souvent l'impression que vieillir nous rend plus proches et j'en suis très heureux !

A Morgane, je n'ai pas grand-chose à te dire qui puisse tenir en quelques lignes...
Merci de continuer à partager ma vie, tu la rends chaque jour plus lumineuse.

L'intérêt qui a motivé mon investissement durant ce travail de thèse est marqué par trois éléments qu'il me semble important de préciser.

Mon parcours durant les différents stages d'internat a participé à ma formation en tant que future médecin généraliste, afin de préparer au mieux un exercice de premier recours. Pourtant, en me confrontant à la réalité du terrain en tant que remplaçante, je n'ai pu que constater mon impuissance et mon désarroi face aux patientes ayant vécu des violences. Les situations de violences subies de façon récentes sont principalement celles auxquelles j'ai été confrontée, mais l'orientation vers la structure du CAUVA, à Bordeaux, n'était, pour certaines raisons, malheureusement pas toujours adaptée aux patientes, ce qui aggravait parfois mon sentiment d'isolement. Peu de patientes ont évoqué des violences plus anciennes, et c'est aussi pourquoi ces traumatismes graves, qui m'étaient fortuitement révélés, me semblaient, de façon erronée, rares.

Au-delà de l'opportunité de pouvoir compléter ma formation concernant les violences faites aux femmes, les multiples enjeux de cette problématique ont fortement renforcé mon intérêt. En effet, les thématiques de ce travail entraînent en résonance avec des débats d'actualité politique, juridique et sociale, qui alimentent des luttes citoyennes et féministes en France et dans le monde. Cet aspect me semblait valoriser ce travail, en apportant une ouverture et une réflexion plus large que le seul champ médical.

Enfin, l'opportunité de réaliser une thèse en binôme était un élément dynamisant et représentatif du mode d'exercice auquel j'aspire actuellement. Je suis en effet convaincue que ce travail de recherche s'est enrichi grâce à la confrontation de nos résultats, de nos idées, et des multiples débats qui ont participé à notre réflexion commune.

En 2017, à l'occasion de mon dernier stage d'internat, j'ai eu la chance de travailler au CeGGID (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles) et au CPEF (Centre d'Education et de Planification Familiale) de Bordeaux.

Durant ces six mois de stage, j'ai été confronté à la prise en charge immédiate ou à distance de victimes de violences sexuelles.

Ces expériences m'ont beaucoup marqué et m'ont sensibilisé à la question de ces violences. Après avoir découvert le court-métrage « Anna », j'ai pu interroger sur les violences de manière systématique tou·te·s les patient·e·s que je rencontrais. Le contexte des consultations était particulièrement favorable à ce type de questions. Cependant, j'ai été effrayé par la proportion de personnes me rapportant avoir été victimes de violences au cours de leur vie, sexuelles ou non.

C'est à partir de cette expérience que j'ai souhaité que mon travail de thèse porte sur les violences sexuelles. En tant que futur médecin généraliste, il paraissait cohérent de s'intéresser aux liens entre les victimes de violences sexuelles et les praticien·ne·s de médecine générale.

Les découvertes, au fur et à mesure de ce travail, de l'ampleur des violences sexuelles au sein de notre société d'une part et de ma méconnaissance à leur égard d'autre part, n'ont fait que conforter mon intérêt pour ce sujet.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis·e 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 et les patientes des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis·e dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu·e 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 consœurs et à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les êtres humains, mes consœurs et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré·e et méprisé·e si j'y manque.

Table des matières

1.	Liste des tableaux et des figures	9
2.	Liste des abréviations	10
3.	Introduction générale.....	11
3.1.	Définitions.....	11
3.2.	Épidémiologie	11
3.3.	Conséquences sur la santé	13
3.4.	Rôle des médecins généralistes.....	14
3.5.	Interlocuteur·rice·s des victimes de violences sexuelles.....	15
3.6.	Justification de l'étude	17
4.	Article - Femmes victimes de violences sexuelles : Étude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes.....	18
4.1.	Introduction	18
4.2.	Méthode	19
4.3.	Résultats	20
4.3.1.	S'identifier comme victime de violences : « Comment peut-on parler d'un problème alors qu'on ne sait pas qu'il existe ? ».....	21
4.3.2.	Une « loi du silence » : un environnement non propice.....	23
4.3.3.	Les freins liés aux MG : « Qu'est-ce que ça va m'apporter de lui dire ? ».....	24
4.3.4.	Un accueil négatif des révélations nuit à la prise en charge.....	26
4.4.	Discussion	26
4.5.	Conclusion	29
5.	Résumé.....	30
6.	Abstract	31
7.	Bibliographie	32
8.	Annexes	34
8.1.	Annexe 1 : Flyer de recrutement.....	34
8.2.	Annexe 2 : Guide d'entretien version initiale.....	35
8.3.	Annexe 3 : Guide d'entretien version finale.....	36
8.4.	Annexe 4 : Document d'information pour les participantes.....	37
8.5.	Annexe 5 : Numéro d'enregistrement ID RCB.....	39
8.6.	Annexe 6 : Déclaration à la CNIL.....	40
8.7.	Annexe 7 : Avis favorable du CPP Île de France 1	41
8.8.	Annexe 8 : Poster Congrès Médecine Générale France 2019.....	43

1. Liste des tableaux et des figures

Figure 1 : Démarches effectuées par les victimes après les faits.....	15
Figure 2 : Les acteur·rice·s de la prise en charge des victimes de violences conjugales	16
Tableau 1 : Caractéristiques des participantes	20
Figure 3 : Principaux freins ressentis au recours aux médecins généralistes par les femmes victimes de violences sexuelles	21

2. Liste des abréviations

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

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

CPP : Comité de Protection des Personnes

CVS : Cadre de Vie et Sécurité

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MG : Médecin Généraliste

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP : Observatoire Nationale de la Délinquance et des Réponses Pénales

SSMI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

VIRAGE : Violences et Rapports de Genre

3. Introduction générale

3.1. Définitions

Les violences sexuelles sont définies par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (1) comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ».

Le viol est défini en France par l'article 222-23 du Code Pénal comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ». Le viol est un crime, jugé par la Cour d'Assises.

Le viol conjugal, quant à lui, est reconnu officiellement par la Cour de Cassation depuis l'arrêt du 11 juin 1992.

L'article 222-22 définit l'agression sexuelle comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». Contrairement au viol, l'agression sexuelle est un délit, jugé par le tribunal correctionnel.

3.2. Épidémiologie

« Les violences sexuelles que subissent les femmes sont non seulement beaucoup plus fréquentes, mais elles se produisent dans tous les espaces de vie et tout au long de la vie ».

Christelle Hamel et al., Population & Société n°538, Ined, novembre 2016

Deux grandes enquêtes nationales de victimation permettent actuellement de décrire la diversité des violences et leurs conséquences. L'enquête « Cadre de vie et sécurité » (2), conduite depuis 2007, mesure la prévalence des atteintes aux biens et aux personnes au sein de la population française âgée de 18 à 75 ans. L'enquête « Violences et rapport de genre » (3), réalisée en 2015, porte sur les violences sexuelles (viols, tentatives de viol, agressions

sexuelles hors harcèlement sexuel et exhibition) subies par les femmes et les hommes âgé-e-s de 20 à 69 ans, sur une année, et sur la vie entière. La violence est abordée dans une perspective de genre, afin de décrire son rôle dans les rapports entre les femmes et les hommes.

Les violences sexuelles sont un phénomène de grande ampleur et touchent principalement les femmes. En moyenne, 94 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de viols et de tentatives de viol au cours d'une année (2).

Au cours de sa vie, une femme sur sept (14,5 %) et un homme sur vingt-cinq (3,9 %) âgé-e-s de 20 à 69 ans déclarent avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle (3).

La moitié des victimes sont mineures, souvent âgée de moins de 15 ans. Parmi les femmes victimes de viols et de tentatives de viol au cours de leur vie, 56 % l'ont été avant leurs 18 ans, dont 40 % avant leurs 15 ans (3).

La quasi-totalité des agresseurs sont des hommes connus des victimes. Dans neuf cas sur dix, les femmes qui déclarent avoir été victimes de viol ou de tentative de viol, connaissent l'agresseur. Dans 45 % des situations, l'agresseur est leur conjoint ou ex-conjoint. Les agresseurs inconnus représentent seulement 9 % de l'ensemble des agresseurs (3).

C'est au sein de l'espace privé que se produisent la plupart des viols et des tentatives de viol.

Trois femmes sur quatre ayant été victimes de viol ou de tentatives de viol au cours de leur vie, l'ont été dans l'espace privé (membre de la famille, proche, conjoint ou ex-conjoint, petit-ami). Avant l'âge de 18 ans, les viols et tentatives de viol ont davantage lieu au sein de la sphère familiale et des proches. A l'âge adulte, les viols et les tentatives de viol se déroulent préférentiellement dans le cadre conjugal (y compris ex-conjoint).

L'espace public, les cadres étudiant et professionnel sont majoritairement les lieux d'agressions sexuelles (hors harcèlement et exhibition) (3).

3.3. Conséquences sur la santé

Dans l'étude « Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'Age adulte » (4), 95 % des 1 214 personnes interrogées considéraient que les violences avaient un réel impact sur leur santé mentale. 69 % déclaraient des conséquences sur leur santé physique.

La revue de la littérature et méta-analyse de Chen et al. (5) retrouvaient une association entre violences sexuelles et troubles anxieux, dépressions, troubles du comportement alimentaire, états de stress post-traumatique, troubles du sommeil et tentatives de suicide. La revue de la littérature de Thomas (6) retrouvait de nombreuses pathologies somatiques en lien avec les violences sexuelles. On notera l'importance des pathologies douloureuses chroniques.

- Troubles gastro-intestinaux : En particulier syndrome du côlon irritable
- Troubles musculo-squelettiques : En particulier fibromyalgie
- Troubles neurologiques : En particulier céphalées
- Troubles métaboliques : Surpoids fréquemment associé à un diabète
- Troubles cardiovasculaires : Hypertension artérielle souvent associée au surpoids
- Troubles gynécologiques : Lésions traumatiques, infection sexuellement transmissible, grossesse non désirée, douleurs pelviennes chroniques
- Troubles oncologiques : Cancer du col de l'utérus, cancer du poumon souvent en lien avec une exposition au tabac plus fréquente

Au vu des lourdes conséquences sur leur santé, aussi bien à court qu'à long terme, le recours à des professionnel·le·s de santé pour des problématiques liées aux violences semble un passage obligatoire pour la plupart des victimes.

3.4. Rôle des médecins généralistes

En 2000, le rapport Henrion (7) décrivait le rôle primordial des professionnel·le·s de santé, et donc des médecins généralistes, dans le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes. Cinq plans interministériels (8) ont été élaborés suite à ce rapport, avec, comme priorité, la prise en charge des victimes de violence.

En 2015, une enquête nationale (9) montrait que plus de 80 % des 1 472 étudiant·e·s en médecine interrogé·e·s ne se considéraient pas formé·e·s aux violences. La formation des médecins évolue depuis quelques années : l’item n°10 du programme du second cycle des études médicales, intitulé « Violences sexuelles » (10) doit apporter des connaissances notamment épidémiologiques et législatives sur les différents types de violences, et sur la prise en charge immédiate d’une personne victime de violences sexuelles.

Cependant, les médecins généralistes ne disposent pas de recommandations officielles concernant le repérage de violences sexuelles plus anciennes, l’accompagnement et l’orientation qui doivent être mis en place dans ce contexte. En 2000, l’Ordre National des médecins a proposé un fascicule « le praticien face aux violences sexuelles » (11). La HAS propose un document sur le repérage des cas d’incestes par le médecin généraliste (12). Face à ce manque de sensibilisation et de formation, la MIPROF a élaboré un plan national de formation des professionnel·le·s sur les violences faites aux femmes et a créé des outils de formation initiale et continue (13).

A ce jour, la réalité de la pratique des médecins généralistes confronté·e·s à des patient·e·s victimes de violences sexuelles laisse encore apparaître de nombreuses difficultés en France.

Le dépistage des violences a montré son intérêt (14) et son acceptabilité (15) par les patientes en France. Pourtant, le dépistage systématique n’est pas de pratique courante chez les médecins de premiers recours. En 2016, une revue de la littérature portant sur 19 études (16) interrogeait les freins au repérage des violences conjugales en soins primaires. Les freins retrouvés étaient surtout liés aux médecins (sentiment d’impuissance et de frustration,

manque de formation et de connaissances sur les violences conjugales, des médecins « contre » le dépistage systématique, l'existence d'un malaise face à cette problématique, sujet tabou, peur d'être intrusif...). D'autres freins retrouvés étaient liés au cadre professionnel (manque de temps et de disponibilité, peur d'un manque d'objectivité du fait de la position de médecin de famille, peur des retombées médico-légales...). Des freins liés aux victimes étaient également abordés du point de vue des médecins (dissimulation des violences par la femme victime, ambivalence des victimes et remise en cause de l'authenticité des violences, crainte des représailles du conjoint pour la victime).

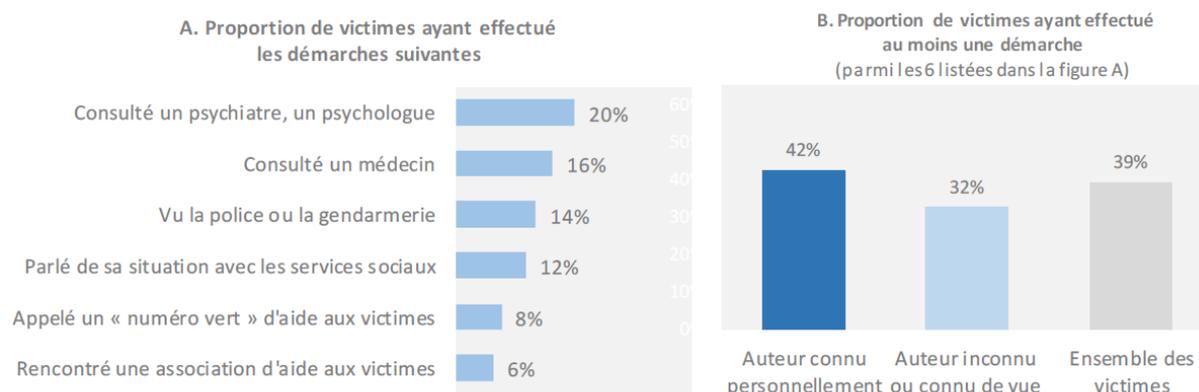
3.5. Interlocuteur·rice·s des victimes de violences sexuelles

Les médecins généralistes font partie des premier·e·s interlocuteur·rice·s des victimes de violences sexuelles (17). Les autres interlocuteur·rice·s des victimes sont les psychiatres ou psychologues, la police ou la gendarmerie, les services sociaux, les plateformes téléphoniques et les associations d'aide aux victimes.

60 % des victimes de violences sexuelles en ont parlé à des proches.

8 % des victimes déposent plainte, mais on note également que 1 plaignante sur 5 retire sa plainte. Seule 1 plainte sur 10 aboutira à une condamnation (18).

Figure 1 : Démarches effectuées par les victimes après les faits



Individus âgés de 18 à 75 ans de France métropolitaine. Source : Enquêtes CVS 2009-2017, Insee-ONDRP-SSMI

Les structures liées à la prise en charge des patientes victimes de violences sont résumées dans le tableau suivant, extrait du site internet de Déclic-Violences.

Figure 2 : Les acteur-ric-e-s de la prise en charge des victimes de violences conjugales

Numéros pour la patiente :

→ Numéros d'urgence

Le 17 : numéro qui vous permet de joindre la police et la gendarmerie.

Le 15 : numéro spécifique aux urgences médicales, qui vous permet de joindre 24h/24 le service d'aide médicale urgente (SAMU).

Le 18 : numéro qui vous permet de joindre les pompiers.

Le 112 : numéro d'appel unique européen pour accéder aux services d'urgence, valable dans l'Union européenne.

Le 115 : numéro qui vous permet de demander un hébergement d'urgence.

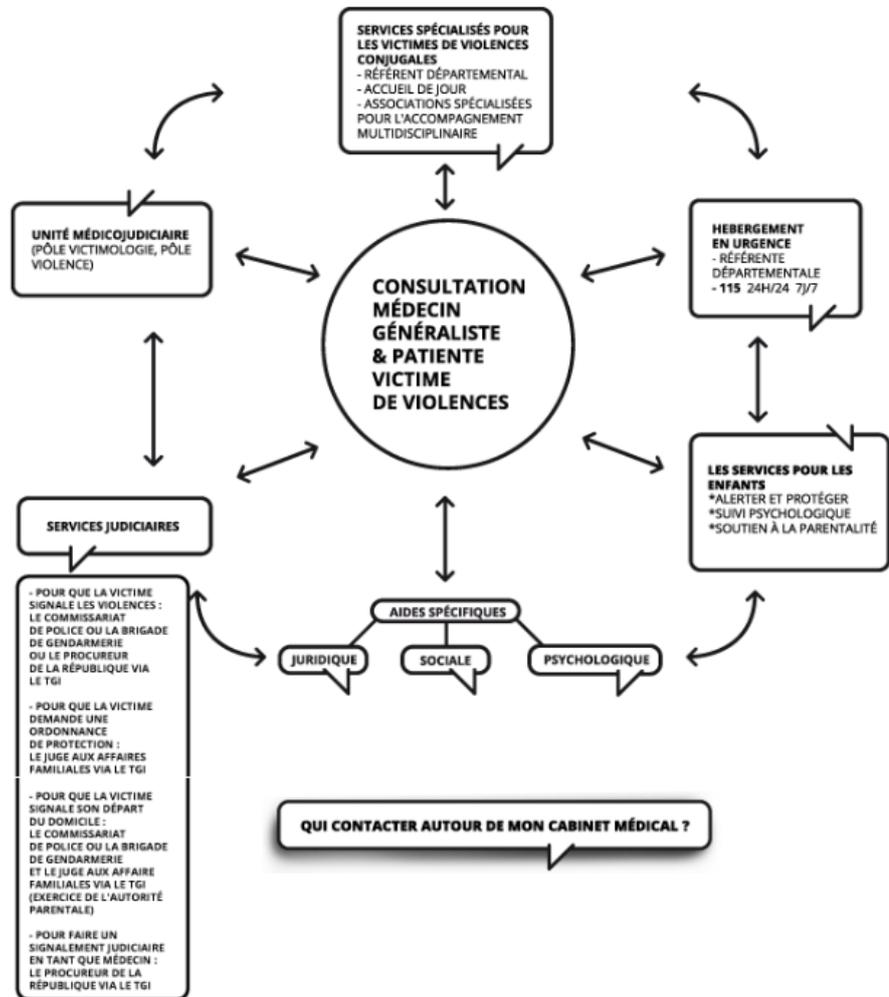
Le 114 : numéro d'urgence pour les personnes sourdes ou malentendantes victimes ou témoins d'une situation d'urgence, afin de solliciter l'intervention des services de secours (en remplacement des 15, 17, 18).

→ Numéros pour une écoute

3919 (du lundi au samedi de 9h à 22h) : Soutien téléphonique anonyme et gratuit pour les femmes victimes de violences

08 842 846 37 (7 jours sur 7 de 9h à 21h) : Numéro national d'aide aux victimes

Remarque : les documents sous format papier peuvent être découverts par le partenaire violent.



Créée en 1999, la Cellule d'accueil d'urgences des victimes d'agression (CAUVA) de Bordeaux est pionnière en France puisque c'est la seule structure institutionnelle qui coordonne l'ensemble des intervenants pour améliorer la prise en charge des victimes d'agressions en urgence. Elle regroupe des médecins légistes, des psychologues, des assistant·e·s sociaux·ales, des infirmier·e·s et des associations d'aide aux victimes. Cette équipe multidisciplinaire travaille en lien avec des services policiers et judiciaires afin de faciliter le dépôt de plainte. Lorsque la victime ne souhaite pas déposer plainte et qu'il s'agit de violences sexuelles ou intrafamiliales, la personne peut toutefois être reçue par le CAUVA dans le cadre d'une procédure conservatoire. Les rapports et prélèvements effectués seront alors conservés pendant 3 ans.

3.6. Justification de l'étude

Pour résumer, les violences sexuelles sont fréquentes dans la population générale, et en particulier chez les femmes. Leurs conséquences sont lourdes sur le plan de la santé physique et psychique, ce qui fait des violences sexuelles un enjeu de santé publique.

Les médecins généralistes apparaissent comme des interlocuteur·rice·s primordiaux·ales dans le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles.

Pourtant, on constate que peu de victimes s'adressent spontanément aux MG et que le dépistage, bien qu'efficace et accepté par la majorité des femmes, ne fait pas partie de la pratique courante des MG.

La plupart des études interrogent le point de vue des médecins pour comprendre les freins au repérage de ces violences. En France, le ressenti des femmes fait rarement l'objet d'études et très peu s'intéressent spécifiquement aux obstacles ressentis pour parler de leur vécu.

L'objectif de cette étude est d'identifier les freins ressentis par les femmes victimes de violences sexuelles au recours aux médecins généralistes.

4. Article - Femmes victimes de violences sexuelles : Étude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes

4.1. Introduction

Le viol est défini par le Code Pénal « *comme tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise* ». L'agression sexuelle correspond à « *toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise, autre que le viol* ».

14.5 % des femmes sont victimes de violences sexuelles au cours de leur vie (3). Les femmes sont plus souvent victimes de violences sexuelles que les hommes. Ces dernières se produisent principalement dans la sphère privée (famille, proches, conjoints) et tout au long de leur vie. 40 % les ont vécues dans l'enfance (avant 15 ans), 16 % pendant l'adolescence et 44 % après 18 ans (3). Les conséquences sur la santé sont multiples à court, moyen et long terme (5), (6). Les médecins généralistes (MG) pourraient apparaître comme les interlocuteurs·rice·s privilégié·e·s des victimes de violences sexuelles, cependant peu d'entre elles leur en parlent. 21 % des victimes de viols se sont confiées à un·e médecin et 19 % n'en n'ont jamais parlé à personne (19).

Malgré cette constatation, peu d'études interrogent le point de vue de ces femmes victimes de violences sexuelles. Le contexte social actuel est propice à un débat public sur les violences sexuelles, qui sont de plus en plus visibles et dénoncées.

L'objectif principal de ce travail était de s'intéresser aux freins ressentis par les femmes victimes de violences sexuelles au recours aux MG. La compréhension des facteurs influençant la prise en charge de ces préjudices graves et fréquents, souvent ignorés des médecins, est nécessaire à l'amélioration de la pratique médicale.

4.2. Méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative auprès de femmes majeures victimes de violences sexuelles. Les majeures protégées et les femmes enceintes étaient exclues.

Un flyer de recrutement (Annexe 1) était relayé par les associations d'aides aux victimes et via Internet, invitant les femmes intéressées à contacter les chercheur-se-s. Une partie du recrutement s'est effectuée par effet « boule de neige ». La prise de contact se faisait par téléphone. 9 des volontaires n'ont pas été inclus-es pour divers motifs (procès en cours, absence de réponse après la prise de contact, période de vie difficile, annulation la veille de l'entretien, victime de genre masculin).

Le guide d'entretien semi-dirigé a été élaboré en comité scientifique (Annexe 2) et remodifié après l'avoir testé lors de deux entretiens (Annexe 3). Il n'était pas remis au préalable aux volontaires. Nous avons questionné successivement, le rapport aux MG, les violences sexuelles subies, le recours potentiel à des tiers et/ou aux MG, les difficultés ressenties lors de ces recours, et enfin le rôle perçu des MG dans la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles.

Des entretiens individuels, semi-dirigés et uniques ont été réalisés par téléphone ou en face à face (domicile des femmes, lieux publics, locaux d'associations), après avoir laissé un temps de réflexion aux participantes, leur avoir remis un document d'information (Annexe 4) et avoir recueilli leur consentement. Les données personnelles ont été notées à part et anonymement. Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone, et le verbatim a été retranscrit mot à mot. Le codage des entretiens s'est fait à l'aide du logiciel Nvivo et a été réalisé par deux chercheur-se-s différent-e-s, permettant la triangulation des données. La saturation des données a été atteinte après 23 entretiens.

L'analyse des verbatims a nécessité deux étapes :

- La « décontextualisation » ou analyse verticale : les verbatims ont été réduits et codés en unités de sens.
- Puis la « recontextualisation » par regroupements thématiques transversaux : les unités de sens ont été réunies en thèmes plus généraux.

Ce travail de recherche a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Annexe 6), et a reçu un avis favorable du CPP Île de France 1 (Annexe 7).

4.3. Résultats

Les entretiens ont été réalisés entre mai et août 2018, leur durée était comprise entre 13 min et 40 min avec une moyenne de 26 min. Les caractéristiques des participantes sont résumées dans le Tableau 1. Les femmes étaient âgées de 41 ans en moyenne, et vivaient en France métropolitaine.

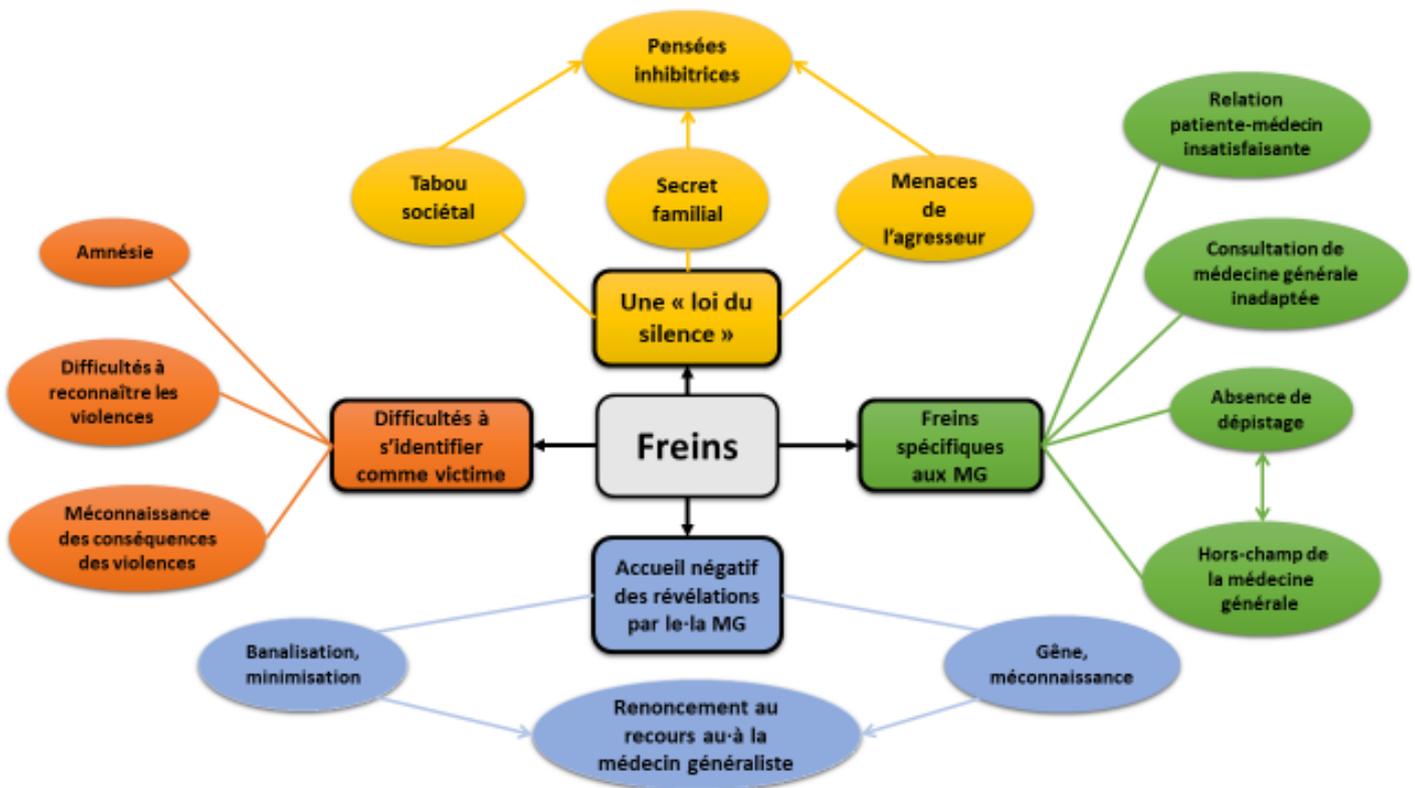
Tableau 1 : Caractéristiques des participantes

	Age	Niveau d'étude	Age de survenue des violences sexuelles*	Violences sexuelles répétées	En a déjà parlé à un MG
A	43 ans	BAC + 3	Enfance et âge adulte	Oui	Oui
B	40 ans	BAC + 4	Adolescence	Non	Oui
C	47 ans	BAC + 3	Enfance	Oui	Oui
D	30 ans	BAC + 2	Age adulte	Oui	Oui
E	23 ans	BAC + 5	Adolescence et âge adulte	Oui	Oui
F	34 ans	BAC + 5	Enfance et âge adulte	Oui	Oui
G	32 ans	BAC + 5	Enfance	Oui	Non
H	57 ans	BAC + 5	Enfance et âge adulte	Oui	Oui
I	53 ans	BAC + 3	Age adulte	Oui	Oui
J	37 ans	BTS	Enfance	Oui	Non
K	31 ans	BAC + 5	Enfance	Non	Non
L	34 ans	BAC + 3	Enfance	Non	Oui
M	33 ans	BAC + 5	Enfance et âge adulte	Oui	Non
N	47 ans	BAC + 2	Age adulte	Non	Oui
O	38 ans	BAC + 5	Adolescence	Oui	Oui
P	58 ans	BAC	Enfance	Oui	Oui
Q	46 ans	BAC + 5	Enfance	Oui	Oui
R	46 ans	BAC + 5	Enfance et adolescence	Oui	Oui
S	50 ans	BEP	Enfance	Oui	Oui
T	31 ans	BAC + 3	Enfance	Oui	Oui
U	48 ans	BAC + 2	Age adulte	Oui	Non
V	61 ans	BAC + 2	Age adulte	Non	Non
W	40 ans	BAC + 3	Enfance	Oui	Oui

*Enfance : < 15 ans ; adolescence : de 15 ans à 17 ans ; âge adulte ≥ 18 ans

L'analyse des transcriptions des entretiens a fait ressortir trois grandes problématiques principales : s'identifier comme victime de violences, une « loi du silence », des freins liés aux MG. Une problématique complémentaire concernait les freins liés à un accueil négatif des révélations par le·la MG. Les résultats sont résumés dans la Figure 3.

Figure 3 : Principaux freins ressentis au recours aux médecins généralistes par les femmes victimes de violences sexuelles



4.3.1. S'identifier comme victime de violences : « Comment peut-on parler d'un problème alors qu'on ne sait pas qu'il existe ? »

Une amnésie transitoire

De nombreuses femmes interrogées mentionnaient une amnésie des faits, surtout lorsque les violences avaient eu lieu pendant l'enfance : « *J'ai subi un inceste. Et en fait, j'ai complètement oublié [...] pendant 27 ans* » (L). La prise de conscience des violences était souvent perçue comme altérée : « *j'aurais même pas été voir un médecin pour ça parce qu'il s'était rien passé* » (B). L'emprise de l'agresseur représentait aussi un obstacle important : « *Mais j'étais sous emprise [...] Je n'avais aucune conscience de subir des viols* » (I).

Difficultés de reconnaissance des violences

Certaines victimes se rappelaient des violences sexuelles subies, mais avaient des difficultés à les repérer, par exemple durant l'enfance : « *je savais pas ce qui était pas normal non plus* » (J), « *Je n'en ai pas parlé car cela ne rentrait pas dans le cadre de violences. [...] Je pensais que ça c'était normal* » (Q). Les difficultés à poser des mots, à pouvoir nommer les faits de violences, étaient un obstacle à l'identification du problème et donc à la parole, y compris à l'âge adulte : « *Je n'arrivais pas à identifier ce que j'étais en train de vivre. [...] j'aurais été incapable de vous dire que j'avais subi des viols [...] je n'arrivais pas à identifier les choses* » (O). Cette difficulté semblait parfois en lien avec le statut de l'agresseur (enfant, femme, conjoint) car « *Je n'arrivais pas à réaliser qu'on pouvait qualifier ça d'un viol, sachant que ça venait d'un enfant* » (W), « *Même quand j'ai déposé plainte, on me parlait de viols [...] « non, ce n'est pas un viol ». [...] dans ma tête un viol c'est dans un parking avec un inconnu. Cela ne peut pas être avec son mari* » (U).

Certaines raisons personnelles liées à des événements de vie les poussaient à mettre les violences sur un plan secondaire : « *J'étais trop focalisée sur l'alcoolisme du père de mon fils [...] c'était en arrière-plan* » (P).

Méconnaissance des conséquences

Être consciente d'avoir vécu des violences sexuelles ne signifiait pas forcément en saisir la gravité et les répercussions possibles sur sa santé : « *C'est difficile de se dire que on a des séquelles en tant que victime [qui] concernent notre santé psychique, physique* » (I). Ce « *déni complet de la situation* » (O), pouvait entraîner une ignorance des conséquences : « *c'était présent en moi [...] mais sans que je sache l'importance que ça avait et les répercussions* » (S). Le recours au·à la MG n'était pas envisagé : « *Adulte, j'aurais pu en parler, mais je ne pensais pas que j'en souffrais !* » (T).

4.3.2. Une « loi du silence » : un environnement non propice

Les violences sexuelles sont un tabou sociétal

« Il y a un déni dans notre société » (K), « un gros tabou [...] La pédophilie on en parlait pas » (L). Le profil de l'agresseur, par exemple s'il s'agit d'une femme, inhibait parfois la parole « *je n'ai pas pu en parler pendant très longtemps, vu que c'est un tabou absolu dans la société* » (O). Les femmes ne se sentaient pas soutenues par la société, elles avaient l'impression que c'était « *toujours inversé : contre la femme victime* » (N).

Le poids du secret familial

« *Ma mère [...] m'a mis la pression pendant presque 20 ans pour que je me taise* » (O). La religion apparaissait parfois comme un facteur aggravant : « *c'est une famille qui est très catholique [...] c'est vraiment l'interdit ça !* » (T). Un « *conflit de loyauté* » très fort freinait les révélations : « *l'inceste vraiment, vous n'avez pas le droit de parler dans la loi familiale* » (A).

Menace de l'agresseur

Pour certaines, l'interdiction de parler émanait directement de l'agresseur : « *Tu n'en parles pas à ta maman, c'est un secret entre nous* » (H). Sa surveillance et ses menaces leur interdisaient de recourir à une aide médicale « *Quand j'allais consulter pour mes problèmes gynécologiques...Il regardait les comptes [...] il vérifiait bien la date, si j'étais allée chez le même médecin, combien de fois...* » (U).

Pensées inhibitrices

Les tabous socio-familiaux et les contraintes de l'agresseur alimentaient des pensées honteuses : « *je me suis dit, bah voilà, j'ai honte ça sert à rien d'en parler* » (K), et culpabilisantes : « *la part de culpabilité, elle est immense* » (I). La peur de ne pas être crue, écoutée ou comprise et la peur des conséquences des révélations faisaient aussi obstacles.

L'expression des violences étaient donc vécue douloureusement : « *je n'arrive pas à lui en parler. Parce que ça me fait trop mal* » (F) ou réactivait un mal-être intense : « *Dès que j'en parlais, je pleurais, je m'écroulais* » (T).

4.3.3. Les freins liés aux MG : « Qu'est-ce que ça va m'apporter de lui dire ? »

Les violences sexuelles ne relèvent pas de la médecine générale

Beaucoup de participantes percevaient une limite du champ d'action et de compétence du·de la MG. Il·elle était perçu·e surtout comme un·e technicien·ne et comme « *un prescripteur* » (G). L'accompagnement psychologique ou psychiatrique ne semblait parfois pas être de son ressort car « *la prise en charge d'un problème psychique, c'était d'emblée le psychiatre* » (Q). Une participante pensait que les violences sexuelles concernaient seulement le champ de la gynécologie (D).

Certaines avaient le sentiment de ne pas être malades : « *c'était pas naturel d'aller me déclarer malade. J'avais été agressée.* » (I). Pour celles qui recherchaient de l'aide, le·la MG n'était pas forcément identifié·e comme une personne-ressource : « *Je trouvais qu'il y avait pas forcément d'intérêt à lui dire puisqu'on ferait rien, on en ferait rien après* » (E).

Une absence de dépistage

Beaucoup des participantes ont regretté l'absence de dépistage de la part du·de la MG. Cela alimentait l'idée qu'il·elle ne sentait pas concerné·e par les violences sexuelles : « *Si on n'amène pas le sujet c'est que ce n'est pas un sujet important [...] Donc je ne vois pas l'intérêt de leur en parler.* » (K). Si le·la MG « *mettait un peu les pieds dans le plat, si elle me posait la question [...] ce serait plus facile* » (J). Dépister un vécu de violences aurait pu conduire certaines victimes à faire le lien entre leurs symptômes et leur histoire : « *s'il m'avait posé la question [...] peut être que je m'en serais rendu compte moi-même à ce moment-là aussi* » (E).

Une relation patiente-médecin insatisfaisante

Le manque de compétences relationnelles et d'écoute du·de la MG fragilisait le recours à ce dernier. Certaines pensaient que leur médecin n'était « *pas à l'écoute de ça* » (R) et n'avaient « *pas une grande confiance* (T) en lui·elle. Il existait « *un gros frein* » (N) car il n'y avait pas « *une prise en considération...ou un respect des émotions* ». Le genre masculin du MG était parfois une barrière : « *On n'a tellement pas envie de voir un homme, à ce moment-là* » (I).

Une consultation de médecine générale inadaptée

« Ce n'est pas le meilleur endroit parce qu'on ne peut pas parler en 15-20 minutes de quelque chose qui est difficile » (P). Le manque de disponibilité était évoqué : « je n'éprouve pas le besoin d'aller lui dire, parce qu'elle a pas le temps. » (V). La traçabilité de la consultation (carte vitale, feuille de soin) posait aussi problème dans le contexte de violences conjugales « *quand son mari surveille tout* » (U). En tant qu'enfant, la présence des parents en consultation nuisait aux possibilités d'expression : « *j'aurais jamais osé parler devant mes parents* » (K).

Un·e médecin de famille perçu·e comme inexistant·e ou au contraire trop proche

Certaines doutaient du respect du secret médical : « *Vu que c'était mon médecin de famille, je me suis dit : « il va en parler à mes parents »* » (T). Le·la MG durant l'adolescence ou l'enfance était perçu·e de façon très différente : soit, il·elle ne représentait pas « *une personne adulte de confiance de l'entourage* » (Q), soit au contraire, la proximité du·de la médecin de famille faisait obstacle à la parole : « *il était devenu papa et maman* » (B). D'autant plus si le ou les agresseurs étaient aussi suivis par le·la MG : « *c'était mon frère et mon cousin, il était impossible de lui en parler* » (T).

4.3.4. Un accueil négatif des révélations nuit à la prise en charge

Banalisation, minimisation et méconnaissance...

Des expériences antérieures décevantes ou inadaptées avec des soignant·e·s, conditionnaient le recours ultérieur au·à la MG. L'accueil des révélations par le-la médecin semblait parfois inapproprié avec « *l'impression que c'était un petit peu banalisé...* » (T). D'autres remarquaient un désarroi, « *une méconnaissance pour la plupart, une gêne* » (A) de certain·e·s médecins face à ce sujet. Certaines percevaient une minimisation des faits : « *c'était pas grave, puisque je m'étais pas faite violée* » (F).

Une attitude qui entraîne un renoncement au recours aux MG

Le manque de considération du vécu des violences, l'absence de réaction (soutien empathique, orientation, suivi) ont parfois amené certaines femmes à renoncer à solliciter leur MG : « *maintenant quand je vais la voir [...] je parle plus de ça* » (F). Une participante exprimait son abandon de toute demande d'aide extérieure suite au refus d'accompagnement de son MG : « *il m'a dit : je ne peux pas faire grand-chose pour toi, parce que je vous connais tous les deux [...] je me suis dit : « si LUI n'est pas capable, alors je me tais* » (U).

4.4. Discussion

Cette étude, ancrée dans l'actualité (affaire « Weinstein », #Metoo, #Balancetonporc...), a permis d'identifier des freins à la révélation des violences sexuelles aux MG et de mieux comprendre le faible recours des victimes auprès de ces acteur·rice·s de santé de première ligne.

Le nombre de femmes interrogées et leur diversité est une force de notre étude. La présence de deux chercheur·se·s de genres différents et le double codage ont permis d'éviter des biais d'information et de confusion.

Nous avons cependant un biais de sélection : 75 % des femmes de notre échantillon avaient déjà parlé des violences à leur MG contre 16 % de la population générale (17). De plus, les

chercheur-se-s se sont présenté-e-s comme médecins généralistes ce qui a pu influencer l'expression des participantes.

La prise de conscience des violences sexuelles comme obstacle est souvent évoquée dans la littérature. L'amnésie des faits est un phénomène connu, décrite sous le nom de « mémoire traumatique » en France par la Docteure Muriel Salmona (20). Une étude prospective américaine (21), menée auprès 129 femmes victimes de violences sexuelles documentées dans l'enfance, a montré que 38 % des femmes ne se souvenaient plus des violences 15 ans plus tard.

Les difficultés d'identification et de reconnaissance des violences sexuelles font obstacle au processus de recherche d'aide, en particulier dans le cadre conjugal au sein duquel il existe un déni des violences (22). De même, l'étude étatsunienne de Spencer et al (23) met en évidence un manque de recours aux structures spécialisées chez les étudiantes victimes de viol au motif que « *ce n'était pas assez grave* ». On retrouve également une minimisation des violences dans le discours de 31 % des victimes de viol en France (19).

Le sentiment que les violences sexuelles ne relèvent pas de la médecine générale, une relation médecin-patiente altérée, le genre masculin du médecin, le manque de temps de consultation de médecine générale sont des freins retrouvés dans la littérature (24), (25), (26), (27).

La peur du non-respect du secret médical liée au statut de médecin de famille était aussi retrouvée dans d'autres études, d'autant plus si l'agresseur était aussi suivi par le-la médecin (25). Ce frein a été constaté dans notre étude, mais il était particulièrement évoqué quand les violences étaient subies dans l'enfance : les victimes redoutaient que leur médecin en informe leur famille (26). Il est marquant de constater que le-la MG apparaissait parfois comme un membre de la famille. Il était inenvisageable de se confier à lui en tant qu'enfant.

L'absence de dépistage des violences sexuelles était regrettable aux yeux de plusieurs participantes de notre étude. Pourtant, l'intérêt et l'acceptabilité du dépistage des violences sexuelles ont été démontrés (14), (28). Les médecins généralistes présentent des difficultés à aborder la sexualité et les violences, alors qu'il semble nécessaire et attendu qu'ils le fassent.

Lorsque les violences sont révélées, la réaction des médecins apparaissait dans notre étude primordiale : une réaction perçue négativement par la patiente inhibait le recours ultérieur à un·e professionnel·le de santé. Cette même tendance est retrouvée dans une étude américaine (réalisée auprès de 102 femmes victimes de violences sexuelles) : 38.7 % ont ressenti une réaction négative à leur première révélation, et 33 % avaient considéré cette réaction comme dommageable au processus de guérison (29). Mais la réaction des MG n'est pas la seule qui est déterminante : une étude scandinave (30) a constaté que la réaction de toute personne impliquée dans la prise en charge de ces victimes (psychiatres ou même policiers) pouvait avoir des répercussions.

Certains facteurs étaient aussi inhérents à l'environnement socio-culturel des femmes. Le secret familial et la pression de l'agresseur étaient fréquemment notifiés, ce qui peut s'expliquer par la fréquence de survenue des violences dans l'enfance. Parmi celles qui ont subi des viols et tentatives de viols, 40 % les ont vécu·e·s avant l'âge de 15 ans (3) et dans 91 % des cas l'agresseur était connu de la victime (2).

La présence des pensées inhibitrices comme la honte, la culpabilité, les différentes peurs liées à la révélation ont été constaté·e·s dans de nombreuses études (24), (25), (26). Beaucoup semblent liées au tabou sociétal que les femmes de notre étude évoquent. Plusieurs évoquaient un « *déni* » de la société, que l'une d'entre elle nommait la « *culture du viol* ».

Cette expression « *désigne une culture [...] dans laquelle le viol et les autres violences sexuelles sont à la fois prégnants et tolérés, avec un décalage entre l'ampleur du phénomène et l'impunité quasi-totale des agresseurs – pas seulement au sens juridique, mais aussi social* » (31). L'évolution récente des mentalités et la médiatisation de travaux sur les rapports de genre, a pu imprégner le discours de nos participantes. A travers l'analyse transversale de nos résultats, nous avons le sentiment que la majorité des freins retrouvés dans notre étude s'inscrivent dans la définition de la « *culture du viol* ».

4.5. Conclusion

Certains freins ressentis par les femmes victimes de violences sexuelles sont liés aux MG. Il est important de sensibiliser et de former les professionnel·le·s de santé au dépistage systématique de ces violences et à prendre en considération leur révélation. Cependant, les MG ne doivent pas rester isolé·e·s : il est aussi nécessaire de former les autres interlocuteur·rice·s de ces victimes (professionnel·le·s médico-sociaux, acteur·rice·s de la Justice, forces de l'ordre) et de déployer des réseaux de prise en charge avec des unités spécialisées. Une action de santé publique de grande ampleur, comme recommandée par le Haut Conseil à l'Égalité (18) et le rapport d'information sur le viol de l'Assemblée Nationale de 2018 (32), permettrait de créer un environnement socio-culturel favorable à l'identification et à la révélation des violences sexuelles. Cela pourrait aussi concourir à mettre fin à la culture du viol. Il sera alors intéressant d'étudier l'impact de ces actions sur le ressenti des femmes victimes de violences sexuelles et sur leur prise en charge.

Les auteur·rice·s déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt concernant cette publication.

5. Résumé

Femmes victimes de violences sexuelles : Etude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes.

Contexte : 14.5 % des femmes sont victimes de violences sexuelles en France au cours de leur vie. Ces violences ont des conséquences à court et long termes sur la santé des victimes. Pourtant seulement 16 % de l'ensemble des victimes de violences sexuelles en France ont consulté un-e médecin.

Objectif : Explorer les freins au recours aux médecins généralistes (MG) ressentis par les femmes victimes de violences sexuelles.

Méthode : 23 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés avec des femmes majeures ayant subi des violences sexuelles (viols, tentatives de viols...) au cours de cette étude qualitative. L'analyse thématique des verbatims a été réalisée par deux chercheur-se-s.

Résultats : Les résultats ont mis en évidence trois problématiques principales. La première concernait les difficultés à s'identifier comme victime : amnésie des violences, difficultés à nommer les violences, méconnaissance de leurs retentissements. Deuxièmement, les freins liés à une « loi du silence », regroupaient le tabou sociétal, le secret familial et les menaces de l'agresseur, qui généraient des pensées inhibitrices fortes (honte, culpabilité, douleur, peur...). La troisième problématique était spécifique aux MG. Les freins étaient la perception des violences sexuelles comme ne relevant pas des soins premiers, une relation médecin-patiente insatisfaisante, l'absence de questions concernant les violences sexuelles, la durée limitée de la consultation. Enfin, la réflexion était complétée par un thème sur l'accueil négatif de cette parole par le-la MG qui nuisait à la poursuite de la prise en charge.

Conclusion : Les résultats de l'étude ont permis de mettre en évidence des freins au recours aux MG liés à la relation patiente-médecin mais aussi des freins psycho-sociaux importants. Une politique de santé publique spécifique aux violences sexuelles semble primordiale pour créer un environnement socio-culturel favorable aux révélations des violences et à la prise en charge des victimes.

Mots-clés : Violences sexuelles, Soins premiers, Santé sexuelle, Freins

Discipline : Médecine Générale

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES, Université de Bordeaux, Sciences de la Santé,

146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex

6. Abstract

Women victims of sexual violences : a qualitative study on the barriers felt at the use of general practitioners.

Introduction : 14.5 % of women are victims of sexual violences in France during their lifetime. These violences have short- and long-term consequences for the health of the victims. Yet, only 16 % of all victims of sexual violences in France consulted a doctor.

Aim : To explore the barriers to using general practitioners (GP) experienced by women who are victims of sexual violences.

Method : 23 semi-structured individual interviews were conducted with women survivors of sexual violences (rape, attempted rape ...) during this qualitative study. The thematic analysis of the verbatims was carried out by two researchers.

Results : The results highlighted three major issues. The first concerned the difficulties in identifying oneself as a victim : amnesia of violence, difficulties in naming violence, lack of knowledge of their repercussions. Secondly, the barriers related to a "silence law", included the societal taboo, the family secret and threats from the agressor, which generated strong inhibitory thoughts (shame, guilt, pain, fear...). The third issue was specific to GP. The barriers were the perception of sexual violence as not falling under primary care, an unsatisfactory doctor-patient relationship, the absence of question about sexual violences, the limited time of the consultation. Finally, the thinking was completed by a theme about the negative reception of this word by the GP which undermined the continuation of care.

Conclusion : The results of the study highlighted obstacles to the use of GP related to the patient-doctor relationship but also important psycho-social barriers. A specific public health policy to sexual violences seems essential to create a beneficial socio-cultural environment to the revelation of violences and the care of victims.

Keywords : Sexual abuse, Primary care, Sexual health, Barriers

Discipline : Family practice

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES, Université de Bordeaux, Sciences de la Santé,
146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex

7. Bibliographie

1. OMS. La violence sexuelle. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. 2012;12.
2. INSEE, SSMSI, ONDRP. Rapport d'enquête « Cadre de Vie et Sécurité » 2018. déc 2018;220.
3. Debauche A, Lebugle A, Brown E. Présentation de l'enquête VIRAGE et premiers résultats sur les violences sexuelles. Documents de travail n°229, Ined. janv 2017;65.
4. Association mémoire traumatique et victimologie. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. mars 2015;368.
5. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. Mayo Clin Proc. juill 2010;85(7):618-29.
6. Thomas J-L. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. Rev Fr Dommage Corp. 2015;3:253-69.
7. Ministère de la Santé. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport du Pr Roger Henrion. févr 2001;81.
8. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. 5ème Plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017 - 2019. :82.
9. Auslender V. Les violences faites aux femmes : Enquête nationale auprès des étudiants en médecine. Thèse de doctorat en médecine. Paris. 2015.
10. Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation. Régime des études en vue du premier et du deuxième cycle. Bulletin officiel N°20 du 16 mai 2013.
11. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Chancellerie, Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Défense. Le praticien face aux violences sexuelles. 2000;75.
12. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. mai 2011;4.
13. MIPROF. Outils de formation sur les violences faites aux femmes [Internet]. Disponible sur: <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html>
14. Lazimi G, Piet E, Casalis M-F. Violences faites aux femmes en France & rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. Les cahiers de santé publique et de protection sociale. sept 2011;9-18.
15. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Thèse de doctorat en médecine. Paris. 2013.
16. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ? : Quelles réponses peut-on apporter ? Thèse de doctorat en médecine. Nancy. 2016.

17. Guedj H. Viols, tentatives de viol et attouchements sexuels. *Interstats Analyse (SSMSI)*. déc 2017;(18).
18. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Avis pour une juste condamnation sociétale et judiciaire du viol et autres agressions sexuelles. Avis n°2016-09-30-VIO-022. Commission « Violences de genre ». 5 oct 2016;48.
19. Vanier C. Les interlocuteurs des victimes de viol - D'après les enquêtes « Cadre de vie et sécurité ». La note de l'ONDRP. févr 2017;(11):4.
20. Salmona M. *Violences sexuelles: Les 40 questions-réponses incontournables*. Dunod; 2015. 287 p.
21. Williams LM. Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol*. déc 1994;62(6):1167-76.
22. Liang B, Goodman L, Tummala-Narra P, Weintraub S. A Theoretical Framework for Understanding Help-Seeking Processes Among Survivors of Intimate Partner Violence. *American Journal of Community Psychology*. 1 sept 2005;36(1-2):71-84.
23. Spencer C, Mallory A, Toews M, Stith S, Wood L. Why Sexual Assault Survivors Do Not Report to Universities: A Feminist Analysis. *Fam Relat*. 1 févr 2017;66(1):166-79.
24. Bergeret M. Les victimes d'inceste face à leur médecin traitant: ententes et attentes. Étude qualitative auprès de 10 patients suivis en consultation de psychotraumatisme en 2013 et 2014 à la Réunion. Thèse de doctorat en médecine. Bordeaux; 2014.
25. Goubert M. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Etude qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. Thèse de doctorat en médecine. Lyon; 2012.
26. Meslin J. Rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuels par les patients. Thèse de doctorat de médecine. Nantes; 2011.
27. Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. *Aust N Z J Public Health*. oct 2001;25(5):433-7.
28. Palisse M, Lazimi G, Soares A, De Beco A, Chastaing J. Violences sexuelles faites aux femmes. Repérage par le médecin généraliste. Une enquête quantitative en région Île-de-France. *Médecine*. avr 2015;11(4):187-9.
29. Ahrens CE, Campbell R, Ternier-Thames NK, Wasco SM, Sefl T. Deciding Whom to Tell: Expectations and Outcomes of Rape Survivors' First Disclosures. *Psychology of Women Quarterly*. 1 mars 2007;31(1):38-49.
30. Prosman G-J, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. mars 2014;28(1):3-11.
31. Renard N. *En finir avec la culture du viol*. Les Petits matins; 2018. 178 p.
32. Assemblée nationale. Rapport d'information au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, sur le viol. 2018 févr p. 85. Report No.: 721.

8. Annexes

8.1. Annexe 1 : Flyer de recrutement

Bonjour,

Nous sommes deux étudiants en médecine : Alix BES DE BERC et Yacine GUESSOUM.

Dans le cadre d'une recherche universitaire en médecine, nous souhaitons rencontrer des femmes majeures, qui ont vécu des violences sexuelles (viol, tentative de viol, agression sexuelle, pratiques sexuelles imposées/non désirées).

Nous aimerions parler de votre expérience et de votre point de vue, afin d'améliorer la pratique des médecins généralistes, et pour mieux répondre aux attentes des patientes. Cette étude est encadrée par des enseignants de médecine générale de l'université de Bordeaux.

En pratique, il s'agit d'un entretien individuel, avec l'un d'entre nous deux, qui est **strictement confidentiel et ANONYME**. Cet entretien se déroulera au moment et dans le lieu votre choix.

Merci par avance pour l'intérêt que vous porterez à notre demande.

Nos coordonnées :

06 75 36 74 77 (Alix Bès de Berc)

06 33 69 82 72 (Yacine Guessoum)

Par mail : thesemedecinebordeaux2018@gmail.com

8.2. Annexe 2 : Guide d'entretien version initiale

Guide d'entretien

- Que représente pour vous votre médecin généraliste ? Que pensez-vous personnellement de votre médecin généraliste ? Quelle est la place de votre médecin traitant dans votre vie de tous les jours ainsi que dans celle de vos proches (famille, conjoint) ?
- Pouvez-vous me parler des violences sexuelles que vous avez subies ?
- En avez-vous déjà parlé à votre médecin généraliste ?

NON ←

→ OUI

<u>N'en a jamais parlé à son médecin traitant</u>	<u>En a déjà parlé à son médecin traitant</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quelles sont les difficultés ou obstacles qui vous ont empêché d'en parler à votre médecin généraliste au moment des violences subies ? ➤ Quelles crainte ou hésitations ressentez-vous encore actuellement ? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A quel moment avez-vous senti le besoin ou la nécessité de révéler les VS à votre médecin traitant ?

- En avez-vous parlé à votre entourage ou à d'autres professionnels de santé (urgentiste, psychologue/psychiatre) ?
- Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge et l'accompagnement des patientes qui ont été victimes de violences sexuelles ?
- Avez-vous des choses à ajouter ?

8.3. Annexe 3 : Guide d'entretien version finale

Guide d'entretien

- **Que représente pour vous votre médecin généraliste ? Que pensez-vous personnellement de votre médecin généraliste ? Quelle est la place de votre médecin traitant dans votre vie de tous les jours ainsi que dans celle de vos proches (famille, conjoint) ?**
- **Pouvez-vous me parler des violences sexuelles que vous avez subies ?**
- **En avez-vous parlé à votre entourage ou à d'autres professionnels de santé (urgentiste, psychologue/psychiatre) ?**
- **En avez-vous déjà parlé à votre médecin généraliste ?**

NON ←

→ OUI

<u>N'en a jamais parlé à son médecin traitant</u>	<u>En a déjà parlé à son médecin traitant</u>
<ul style="list-style-type: none">➤ Quelles sont les difficultés ou obstacles qui vous ont empêché d'en parler à votre médecin généraliste au moment des violences subies ?➤ Quelles crainte ou hésitations ressentez-vous encore actuellement ?	<ul style="list-style-type: none">➤ A quel moment avez-vous senti le besoin ou la nécessité de révéler les VS à votre médecin traitant ?

- **Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge et l'accompagnement des patientes qui ont été victimes de violences sexuelles ?**
- **Avez-vous des choses à ajouter ?**

8.4. Annexe 4 : Document d'information pour les participantes

Fiche d'information

Madame,

Avant de vous demander si vous consentez à participer à ce projet de recherche, je vais vous présenter des renseignements sur cette étude et sur ce qui est attendu de votre participation. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugerez utiles pour bien comprendre ces renseignements.

Nous sommes deux remplaçants de médecine générale, Alix Bes de Berc et Yacine Guessoum et nous menons une enquête dans le cadre d'une recherche universitaire en médecine. Cette étude est en lien avec des enseignants de médecine générale de l'Université de Bordeaux, le Dr Leveque Camille.

Cette recherche s'intéresse au recours au médecin généraliste par les femmes victimes de violences sexuelles.

Votre participation à cette recherche consiste à réaliser un entretien d'environ trente minutes avec un des deux chercheurs et à compléter une courte fiche de données.

L'objectif de cette recherche est de participer à une meilleure prise en charge des patientes victimes de violences sexuelles.

La participation à cette étude peut entraîner au vu du sujet abordé des effets indésirables tels que : stress, anxiété, réactivation de souvenirs douloureux...

Si certaines questions vous mettent mal à l'aise, vous pouvez simplement refuser d'y répondre sans avoir à vous justifier, voire d'interrompre l'entretien si vous le souhaitez.

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche et de vous en retirer à tout moment sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Si vous mettez fin à votre participation, le matériel et les données que vous aurez fournies seront détruits, à moins que vous ne nous autorisiez à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait.

Puisqu'en recherche, les chercheurs sont tenus protéger la vie privée des participants, voici les mesures de qui seront appliqués pour assurer la confidentialité du matériel et des données :

Durant la recherche :

- Votre nom sera remplacé par un pseudonyme de votre choix
- Tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement, la fiche de donnée et les enregistrements seront conservés sous clé
- Les données en format numérique seront conservées sur des ordinateurs protégés par l'utilisation d'un mot de passe
- Seuls les deux chercheurs auront accès aux données collectées

Lors de la diffusion des résultats :

- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport ni dans aucun texte publié
- Les résultats de la recherche seront anonymes

Après la fin de la recherche :

- Tout le matériel et toutes les données seront détruits, au plus tard dans 36 mois

Par ailleurs, je vous signale que nous n'avons pas de financement pour cette étude et que nous n'avons pas de conflit d'intérêt.

Vos données ne seront pas transférées hors de l'Union Européenne.

Je vous invite à me poser toute question qui n'aurait pas trouvé réponse dans cette fiche d'information.

Nous vous ferons parvenir, si vous le souhaitez les résultats de l'étude (via l'association ou le site internet qui vous a fait connaître ce projet).

Ce projet de recherche a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) et d'une demande d'avis au Comité de Protection des Personnes.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) mis en œuvre le 8 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-nous contacter aux coordonnées suivantes :

Alix Bes de Berc 06 75 36 74 77

Yacine Guessoum 06 33 69 82 72

thesemedecinebordeaux2018@gmail.com

8.5. Annexe 5 : Numéro d'enregistrement ID RCB

Date : 12/11/2018

1. INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Raison sociale : alix bès de berc
(ou nom s'il ne s'agit pas d'une personne morale)

Catégorie : Privé

Adresse : 8 rue de cauderan

Ville : bordeaux

Code postal : 33000

Pays : France

Nom du contact : Madame Bès de Berc

Mail : alix.besdeberc@gmail.com

Téléphone : 0675367477

Fax : pas de fax

2. INFORMATIONS SUR LE DOSSIER

Titre complet de la recherche

Freins au recours au médecin généraliste chez des femmes victimes de violences sexuelles: étude qualitative de médecine générale

Numéro ID RCB : 2018-A03047-48

Type RCB : Autres recherches biomédicales

Type de dossier : Dossier initial

8.6. Annexe 6 : Déclaration à la CNIL

 Informatique et Libertés Registre des traitements de données à caractère personnel		université de BORDEAUX
FINALITÉ	MED - Freins au recours du médecin généraliste par les femmes victimes de violences sexuelles physiques : Etude qualitative auprès de X femmes	
DESCRIPTION ET OBJECTIFS (DÉTAILS DES FINALITÉS)	Déterminer les freins au recours du médecin généraliste chez les femmes victimes de violences sexuelles physiques	
CIL DÉSIGNÉ	Chantal Durand	
ENTITÉ	Université de Bordeaux	
RESPONSABLE DE TRAITEMENT	Université de Bordeaux	
RESPONSABLE DE LA MISE EN OEUVRE	Département de médecine générale	
GESTIONNAIRE DU DROIT D'ACCÈS	CIL	
DATE DE MISE EN OEUVRE	14/05/2018	
CATÉGORIES DE PERSONNES CONCERNÉES	Femmes volontaires de plus de 18 ans victimes de violences sexuelles physiques	
Nature des données collectées : 1. Fiche de données (document papier) : Age, situation maritale, niveau d'étude, profession, parentalité, lieu d'habitation (urbain ou rural), sexe du médecin traitant, distance du cabinet du médecin traitant, durée moyenne d'une consultation, consultation seule ou accompagnée, suivi de l'agresseur par le médecin traitant, établissement d'un certificat médical initial descriptif 2. Entretien oral (enregistrement numérique) : Entretiens individuels, semi-dirigés, autour des freins au recours au médecin généraliste Les données d'identité des personnes (noms, prénoms, adresse, numéro de téléphone, adresse email, numéro de sécurité sociale) ne sont pas collectées.		
DATE D'INSCRIPTION AU REGISTRE	14/05/2018	
AUTEUR ORIGINAL DE LA FICHE	Yacine Guessoum	
Type de formalité	DN - Déclaration	
Nom du logiciel		
N° Déclaration CNIL		
Vérification : Information	Remise d'un document écrit avant l'entretien précisant les conditions de recueil des données (pseudonymisation, durée de conservation, droit de modification, accès des données réservés aux deux chercheurs...)	
Vérification : Sécurité	ordinateur personnel sécurisé par mot de passe, sauvegardes régulières sur support externe, pseudonymisation des données	
Pièces jointes		

EN TANT QUE SIGNATAIRE DU TRAITEMENT, JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS PORTÉES SUR CETTE DÉCLARATION. J'AI PRIS CONNAISSANCE DES ÉVENTUELLES ALERTES DU CORRESPONDANT INFORMATIQUE ET LIBERTÉS (CIL).

Date : 18/02/2019

Nom : LEVEQUE Camille

Signature :



CETTE DÉCLARATION SIGNÉE EST À RETOURNER À CIL@U-BORDEAUX.FR AFIN DE VALIDER SON ENREGISTREMENT DANS LE REGISTRE DE L'UNIVERSITÉ. TOUTE MODIFICATION OU SUPPRESSION DES INFORMATIONS CI-DESSUS DEVRA ÊTRE SIGNALÉE À CIL@U-BORDEAUX.FR.

8.7. Annexe 7 : Avis favorable du CPP Île de France 1

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES Ile de France 1

N°IRB / IORG # : IORG0009918

Hélène de Crécy : Responsable administrative - adresse : CPP IDF1 - Hôtel-Dieu - 1, Place du Parvis Notre-Dame - 75181 PARIS cedex 04
Tél. : 01 42 34 80 52 - Port. 06 63 34 80 52 - Fax : 01 42 34 86 11 Mail 1 : cpp.iledefrance1@hfd.aphp.fr - Mail 2 : cppiledefrance1@orange.fr

BUREAU : Catherine GRILLOT-COURVALDN : Présidente - Magali SEASSAU : Vice-Présidente - Elisabeth FRUA : Secrétaire Générale & Secrétaire scientifique - Danielle GOLINELLI : Secrétaire scientifique - Christophe BARDIN : Trésorier & Secrétaire scientifique

Mr Yacine GUESSOUM
Université Bordeaux
68 RUE DES SABLIERES,
RES LES VILLAS, BAT D, APPT 131
33800 Bordeaux

Tel : 0633698272
Email : guessoum.yacine@gmail.com
Copie de cet avis à aec-essaiscliniques@ansm.sante.fr

Paris, le 7 mars 2019

Numéro de tirage au sort ou NTS 18.12.04.50143

Nos références CPP Ile de France 1 - NUMERO DOSSIER : CPPIDF1-2019-ND6 cat.3 – avis final

Le 04/12/2018, le CPP IDF1 a été saisi via le SI d'une demande initiale concernant le projet intitulée : **Freins au recours du médecin généraliste par les femmes victimes de violences sexuelles physiques : Etude qualitative auprès de X femmes**
N° National ou N°N 2018-A03047-48

Classification de l'étude :

Catégorie 3

Produit ou acte objet de la recherche : **Hors produit de santé (produit non mentionné à l'article L.5311-1 du code de la santé publique)**

Domaine thérapeutique : **Autres**

Investigateur Coordonnateur de la recherche en France: **Alix Bès de Berc et Yacine Guessoum, sous la direction du Dr Camille Leveque, Chef de Clinique au département de Médecine Générale.**

Promoteur : **Université Bordeaux**

Documents envoyés au CPP dans le cadre de cette soumission initiale

Courrier de demande d'avis
Formulaire de demande d'avis
Protocole et justification de la recherche
Description de l'utilisation des données
Questionnaire de recherche
Document d'information destiné aux personnes participant à la recherche
Déclaration à la CNIL
CV Alix Bès-de-Berc
CV Yacine Guessoum
Courrier de réponse
CV de la responsable scientifique
Déclaration à la CNIL
Ffiers de recrutement des participantes
Formulaire de demande signé par la responsable scientifique V2
Document d'information à destination des personnes se prêtant à la recherche V2
Protocole de recherche V2
Courrier de réponse
CV de la responsable scientifique
Déclaration à la CNIL
Ffiers de recrutement des participantes
Formulaire de demande signé par la responsable scientifique V2
Document d'information à destination des personnes se prêtant à la recherche V2
Protocole de recherche V2

MEMBRES DU CPP IDF1

Christophe BARDIN ; Marianne BARRIERE ; Bénédicte BOYER-BEVIERE ; Charlotte DENG ; Vianney DESCROIX ; Elisabeth FRUA ; Danielle GOLINELLI ; Catherine GRILLOT-COURVALIN ; jeannette GUEDMI ; Caroline MADAOUJ ; Catherine MAZIN ; Jean-Louis PERIGNON ; Marie-France POIRIER ; Thierry de ROCHEGONDE Magali SEASSAU ; Elisabeth TRAIFFORT ; Jean-Michel ZUCKER

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES Ile de France 1

N°IRB / IORG # : IORG000918

Hélène de Crécy : Responsable administrative - adresse : CPP IDF1 - Hôtel-Dieu - 1, Place du Parvis Notre-Dame - 75181 PARIS cedex 04
Tél. : 01 42 34 80 52 - Port. 06 63 34 80 52 - Fax : 01 42 34 86 11 Mail 1 : cpp.iledefrance1@htd.aphp.fr - Mail 2 : cppiledefrance1@orange.fr

BUREAU : Catherine GRILLOT-COURVALIN : Présidente - Magali SEASSAU : Vice-Présidente - Elisabeth FRIJA : Secrétaire Générale & Secrétaire scientifique - Danielle GOLNELLI : Secrétaire scientifique - Christophe BARDIN : Trésorier & Secrétaire scientifique

La Comité plénier a adopté ce jour mardi 5 mars 2019, la délibération suivante :

AVIS FAVORABLE

Cet avis est valable deux ans à partir de la date de son émission. Il porte sur les éléments initialement soumis au CPP ainsi que les documents modifiés à la demande de celui-ci.

ONT PARTICIPE A LA DELIBERATION :

• PREMIER COLLEGE

- Médecin ou personne qualifiée en matière de recherche biomédicale : Elisabeth TRAFFORT (titulaire)
- Personne qualifiée en raison de ses compétences en matière de biostatistique ou d'épidémiologie : Christophe BARDIN (titulaire)
- Médecin généraliste : Catherine GRILLOT-COURVALIN (titulaire) ; Jean-Louis PERIGNON (suppléant)

• DEUXIEME COLLEGE

- Assistante sociale : Catherine MAZIN (titulaire)
- Personne qualifiée en raison de ses compétences juridiques : Charlotte DENG (titulaire) ; Caroline BEYER (titulaire)
- Représentant des associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé : Marianne BARRIERE (titulaire) ; Jeannette GUEDMI (titulaire)

Pour la soumission des réponses aux remarques émises par le CPP, le Comité souhaite recevoir :

UNE VERSION ELECTRONIQUE CONTENANT :

1. le courrier de réponse avec report des références du CPPIDF1 + le titre complet de l'étude
2. les documents dûment modifiés (qui tiennent compte des remarques émises par le CPP). Veillez à bien mettre en évidence les passages modifiés (en gras, soulignés ou mode corrigé, ou en couleur) en indiquant en préambule et, si besoin est, les numéros de pages concernés
3. la liste des documents soumis au CPP avec la date et le numéro de version si applicable.

Pour toute soumission de Modification Substantielle, le Comité souhaite recevoir :

UNE VERSION ELECTRONIQUE CONTENANT

1. Une lettre rédigée en français (avec report des références CPPIDF1 + le titre complet de l'étude) pour expliciter la rationalité de l'amendement, ainsi que son impact sur les risques et les contraintes notamment si l'amendement entraîne une modification du formulaire du consentement et de la notice d'information.
2. L'ensemble des documents impactés par cette Modification Substantielle
3. la liste des documents soumis au CPP avec la date et le numéro de version si applicable.
 - S'il s'agit d'un amendement important et qui nécessite beaucoup de modifications dans le corps du texte, joindre la partie du document initial afin que le rapporteur puisse s'y référer et comparer les deux textes. Pour toute modification ou correction relatives au protocole, à la notice d'information, ou au formulaire de consentement, bien les mettre en évidence afin de faciliter aux rapporteurs la relecture des documents (par exemple utiliser une autre couleur, le mode souligné ou italique).
 - Dans le cas où la modification substantielle concerne de la soumission d'un ou de nouveaux investigateurs, nous fournir leurs CV datés de moins d'un an, signé, avec le numéro RPPS, ADELI ou CNOM en veillant bien à ce que la date d'obtention du diplôme et le lieu d'activité actuelle soient clairement indiqués.
 - Dans le cas où la modification substantielle concerne l'ajout de nouveau(x) centre(s), nous fournir le document du promoteur certifiant que ce ou ces dits nouveaux centres a(ont) été choisi(s) en raison de leur compétence dans le domaine et qu'ils disposent des moyens nécessaires à la réalisation de l'étude.

Pour tout dossier tiré au sort directement sur la plateforme SI, les préconisations ci-dessus sont identiques à ceci près qu'au lieu d'un envoi par email classique, il faut les poster directement sur la plateforme aux onglets correspondants.

Docteur Catherine Grillot-Courvalin,
Présidente du CPP IDF 1



MEMBRES DU CPP IDF1

Christophe BARDIN ; Marianne BARRIERE ; Bénédicte BOYER-BEVIERE ; Charlotte DENG ; Vianney DESCROIX ; Elisabeth FRIJA ; Danielle GOLNELLI ; Catherine GRILLOT-COURVALIN ; jeannette GUEDMI ; Caroline MADAOU ; Catherine MAZIN ; Jean-Louis PERIGNON ; Marie-France POIRIER ; Thierry de ROCHEGONDE Magali SEASSAU ; Elisabeth TRAFFORT ; Jean-Michel ZUCKER

8.8. Annexe 8 : Poster Congrès Médecine Générale France 2019

A.Bès de Berc, Y.Guessoum, C.Leveque¹
(1) Département de Médecine Générale de Bordeaux
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt
Contact : thesemedecinebordeaux2018@gmail.com

université
de BORDEAUX

Département
de médecine générale

Femmes victimes de violences sexuelles Etude qualitative sur les freins au recours au médecin généraliste

CONTEXTE

14.5 % des femmes sont victimes de violences sexuelles (VIRAGE, 2016).

Les professionnels de santé pourraient apparaître comme les interlocuteurs privilégiés des victimes, cependant peu d'entre elles en parlent.

Seulement 16 % des victimes de violences sexuelles en France ont consulté un médecin (Lettre de l'ONVF, 2016).

Amnésie transitoire

« j'ai complètement oublié [...] pendant 27 ans »

Difficultés à reconnaître et nommer les violences

« je savais pas ce qui était pas normal »

Méconnaissance des conséquences

« j'aurais pu en parler, mais je ne pensais pas que j'en souffrais »

Des difficultés à s'identifier comme victime

« Comment parler d'un problème alors qu'on ne sait pas qu'il existe? »

METHODE

Entretiens individuels, semi-dirigés auprès de 23 femmes majeures victimes de violences sexuelles

Recrutement via associations d'aides aux victimes et réseaux sociaux en France métropolitaine

Tabou sociétal

« C'est le tabou, le silence, le déni »

Secret familial

« Ma mère [...] m'a mis la pression pendant presque 20 ans pour que je me taise »

Pressions de l'agresseur

« Il regardait les comptes [...] il vérifiait bien la date »

Barrières émotionnelles : Peur, honte, culpabilité, douleur

« J'ai honte ça sert à rien d'en parler »
« Le fait d'en parler pour moi c'était trop dur »

La loi du silence

« J'arrive pas à lui en parler. Parce que ça me fait trop mal »

OBJECTIF

Identifier les freins ressentis par les femmes victimes de violences sexuelles au recours au médecin généraliste.

Banalisation, minimisation

« [pour lui] c'était pas grave, puisque je m'étais pas faite violée »

Méconnaissance, gêne

« Il n'a pas su quoi me dire, il n'a jamais su quoi me répondre. »

Renoncement au recours au médecin généraliste

« Maintenant quand je vais la voir je parle plus de ça »

L'accueil décevant des révélations

« Si lui n'est pas capable, alors je me tais »

Des freins liés au médecin généraliste

« Qu'est ce que ça va m'apporter de lui dire? »

Les violences sexuelles ne font pas partie du champ de la médecine générale

« Les problèmes gynécologiques restent avec le gynéco »

Relation médecin-patient insatisfaisante

« Il n'y avait peut-être pas assez d'humain »

Manque de temps

« 15 minutes avec un médecin généraliste qu'est-ce que vous voulez faire ? »

Absence de question sur les violences

« Il n'y a jamais aucun professionnel qui m'a posé la question de la violence. Aucun »

Un médecin de famille trop proche

« C'est un peu comme s'il était devenu papa-maman »

CONCLUSION

Les résultats ont permis de mettre en évidence des freins spécifiquement liés à la relation médecin-patient, mais aussi des freins psycho-sociaux.

Nos résultats s'inscrivent nettement dans l'actualité, en évoquant le poids du tabou sociétal, jusqu'à présent peu retrouvé dans la littérature médicale.

La place du médecin généraliste paraît limitée par le manque des structures médico-sociales spécialisées en France.

Une politique de santé publique spécifique aux violences sexuelles semble primordiale pour renforcer l'action des professionnels de santé.

Résumé

Femmes victimes de violences sexuelles : Etude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes.

Contexte : 14.5 % des femmes sont victimes de violences sexuelles en France au cours de leur vie. Ces violences ont des conséquences à court et long termes sur la santé des victimes. Pourtant seulement 16 % de l'ensemble des victimes de violences sexuelles en France ont consulté un·e médecin.

Objectif : Explorer les freins au recours aux médecins généralistes (MG) ressentis par les femmes victimes de violences sexuelles.

Méthode : 23 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés avec des femmes majeures ayant subi des violences sexuelles (viols, tentatives de viols...) au cours de cette étude qualitative. L'analyse thématique des verbatims a été réalisée par deux chercheur·se·s.

Résultats : Les résultats ont mis en évidence trois problématiques principales. La première concernait les difficultés à s'identifier comme victime : amnésie des violences, difficultés à nommer les violences, méconnaissance de leurs retentissements. Deuxièmement, les freins liés à une « loi du silence », regroupaient le tabou sociétal, le secret familial et les menaces de l'agresseur, qui généraient des pensées inhibitrices fortes (honte, culpabilité, douleur, peur...). La troisième problématique était spécifique aux MG. Les freins étaient la perception des violences sexuelles comme ne relevant pas des soins premiers, une relation médecin-patiente insatisfaisante, l'absence de questions concernant les violences sexuelles, la durée limitée de la consultation. Enfin, la réflexion était complétée par un thème sur l'accueil négatif de cette parole par le·la MG qui nuisait à la poursuite de la prise en charge.

Conclusion : Les résultats de l'étude ont permis de mettre en évidence des freins au recours aux MG liés à la relation patiente-médecin mais aussi des freins psycho-sociaux importants. Une politique de santé publique spécifique aux violences sexuelles semble primordiale pour créer un environnement socio-culturel favorable aux révélations des violences et à la prise en charge des victimes.

Mots-clés : Violences sexuelles, Soins premiers, Santé sexuelle, Freins

Discipline : Médecine Générale

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES, Université de Bordeaux, Sciences de la Santé,
146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex