



HAL
open science

Le médecin généraliste face aux violences conjugales à La Réunion

Aurélie Blottiaux

► **To cite this version:**

Aurélie Blottiaux. Le médecin généraliste face aux violences conjugales à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03070842

HAL Id: dumas-03070842

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03070842>

Submitted on 16 Dec 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 LA REUNION
UFR SANTE

Année : 2020

N° : 2020LARE045M

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Le médecin généraliste face aux violences conjugales à La Réunion

Présentée et soutenue publiquement le 5 novembre 2020 à 19H00
à La Réunion

Par Aurélie Blottiaux

JURY

Président :

Monsieur le Professeur FRANCO, Spécialiste en Médecine Générale

Assesseurs :

Madame le Docteur DUMEZ, Spécialiste en Médecine Générale

Madame le Docteur RIQUEL, Spécialiste en Médecine Générale

Monsieur le Docteur SPODENKIEWICZ, Spécialiste en Psychiatrie

Directeurs de Thèse :

Madame le Docteur DJARDEM, Spécialiste en Médecine Légale

Monsieur le Docteur HUMBERT, Spécialiste en Médecine Générale

Table des matières

Liste des abréviations.....	5
Avant-Propos.....	6
1. A propos des violences conjugales.....	8
1.1. Dynamique et processus des violences conjugales	8
a) Le cycle de la violence	8
b) L'emprise.....	10
c) Révéler ou non : les enjeux	11
1.2. Les différents types de violences conjugales	12
1.3. Les conséquences des violences conjugales.....	13
a) Les conséquences sur la santé physique.....	13
b) Les conséquences sur la grossesse.....	14
c) Les conséquences sur la santé mentale	15
d) Les conséquences sur les enfants exposés.....	16
e) Les conséquences au niveau social	18
2. Les violences conjugales en Outre-Mer.....	19
2.1. Spécificités des violences conjugales en Outre-Mer	19
2.2. État des lieux à la Réunion.....	20
a) Les chiffres.....	20
b) Le réseau de prise en charge des victimes à la Réunion	22
3. Justification de l'étude.....	34
4. Matériel et Méthodes.....	36
4.1. Choix de la méthode.....	36
4.2. Recrutement des médecins.....	36
4.3. Déroulement des entretiens	37
4.4. Analyse des données	37
4.5. Aspects règlementaires et éthiques.....	37
5. Résultats.....	38
5.1. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens.....	38

5.2. Analyse ouverte.....	39
5.3. Analyse axiale	39
a) Accueillir la révélation de violences conjugales	39
b) Pouvoir Orienter.....	47
c) Oser aborder le sujet des violences conjugales	49
d) Exercer à la Réunion.....	51
e) Faire évoluer sa pratique.....	54
6. Discussion.....	60
6.1. Résultat principal	60
6.2. Comparaison avec la littérature	63
6.3. Forces et faiblesses de l'étude	68
6.4. Perspectives.....	69
7. Conclusion	72
Bibliographie.....	73
Annexes.....	78
Annexe 1 : Grille d'évaluation du danger (enquêteurs en police et gendarmerie).....	78
Annexe 2 : Fiche de saisine réseau VIF	79
Annexe 3 : Les aprioris de recherche : méthode des 7 questions.....	81
Annexe 4 : Cartographie des zones de soins.....	82
Annexe 5 : Canevas d'entretien	83
Annexe 6 : Extrait du journal de bord, les ressentis de l'intervieweur	84
Annexe 7 : Formulaire de consentement	88
Annexe 8 : Code Book	89
Annexe 9 : Propriétés	93
Annexe 10 : Créer du lien au sein du réseau des violences conjugales	96
Serment d'Hippocrate	100

Sommaire des figures et tableaux

Figure 1: Cycle de la violence.....	8
Figure 2 : Réseau présent à la Réunion en 2020	22
Figure 3 : Marguerite des compétences en médecine générale	34
Figure 4 : Les violences conjugales au cœur de l'exercice du médecin généraliste à la Réunion	60
Tableau 1: Conséquences somatiques des violences conjugales.....	13
Tableau 2 : Conséquences des violences conjugales sur la grossesse	14
Tableau 3 : Conséquences psychologiques des violences conjugales	15
Tableau 4 : Conséquences sur les enfants exposés aux violences conjugales.....	17
Tableau 5 : Conséquences sociales des violences conjugales	18
Tableau 6 : Caractéristiques des médecins interviewés	38

Liste des abréviations

AFPDS : Association familiale de prévention, développement et santé
ARAJUFA : Association Réunionnaise pour l'Aide Juridique aux Familles
ARS : Agence Régional de Santé
CESE : Conseil Économique Social et Environnemental
CHAU : Centres d'hébergement et d'accueil d'urgence
CMI : Certificat Médical Initial
CMP : Centre Médico Psychologique
CNGE ; Comité national des généralistes enseignants
DPC : Développement Professionnel Continu
DTRPN : Direction territoriale au recrutement à la formation de la police nationale
DRDFE : Délégation régionale aux droits des femmes
ENVEFF : Enquête nationale sur les violences faites aux femmes
GUT : Groupement d'unité territoriale
HRP : Hématome rétro placentaire
ISCG : Intervenantes sociales places auprès des services de police et de gendarmerie
ITT : Incapacité Totale de Travail
IVG : interruption volontaire de grossesse
OMS : Organisme mondial de la Santé
ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales
ONED : Observation National de l'Enfance en Danger
ORViFF : Observatoire Réunionnais des Violences Faites aux Femmes
PGH : Pensions-gites-hôtels
RCIU : Retard de croissance intra utérin
Réseau VIF : Réseau violence intra familiale
SIAO : Service intégré de l'accueil et de l'orientation
SAUT : Structures d'accueil et d'hébergement d'urgence temporaire
TJ : Tribunal Judiciaire
TGD : Téléphone grave danger
UMJ : Unité médico judiciaire
VIF : Violences intrafamiliales

Avant-Propos

L'espace familial devrait être un espace privé protecteur. Il peut devenir paradoxalement une sphère où chaque membre de la famille peut être victime de violences. Les femmes et leurs enfants y sont particulièrement exposés.

La violence conjugale est définie comme un processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce, dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui peut s'exprimer par des agressions physiques et/ou psychologiques et/ou sexuelles. ⁽¹⁾

D'abord insidieuse, la violence conjugale s'installe progressivement, se développe à travers des cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps.

Véritable problème de santé publique, selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2017, 35% des femmes indiquent avoir été exposées à des violences au cours de leur vie ; soit une femme sur trois, et souvent de la part de leur partenaire intime. ⁽²⁾ Les femmes étant majoritairement concernées par ce problème, il faut aussi noter que 10% des victimes de violences conjugales sont des hommes.

En France, en 2018, selon le dernier rapport de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), environ 245 000 personnes ont été victimes de violences conjugales : 58% subissaient des violences multiples (physiques, psychologiques, sexuelles), 21% avaient été vus par un médecin (en cabinet ou aux urgences) et seulement 13% ont porté plainte. ⁽⁴⁾

Le nombre de décès recensés en 2018, au sein d'un couple « officiel » (conjoint, concubin, pacsé) et « non officiel » (amants, petit(e) ami(e), relations épisodiques) se chiffrait à 149 dont 121 femmes et 28 hommes, soit en moyenne un décès tous les deux jours et demi. A ces 149 décès s'ajoutent 21 enfants tués dans le cadre de ces morts violentes au sein du couple. ⁽⁵⁾

Dans un rapport de l'Observatoire Réunionnais des Violences Faites aux Femmes (ORViFF) de 2017, la Réunion était classée à la troisième place des régions les plus touchées par les violences conjugales après la Guyane et la Corse. ⁽⁶⁾

L'île de la Réunion est mon île adoptive, celle où j'ai évolué en tant qu'interne puis jeune médecin et femme. C'est au cours de mon internat en 4^{ème} semestre chez le praticien, lors d'une consultation que s'est déclenché en moi l'envie de travailler sur le sujet des violences conjugales. J'étais face à une femme et ses deux plus jeunes enfants, ils avaient été mis à l'abri en structure d'accueil urgent et temporaire (SAUT) suite à des violences de la part de son mari. Cela faisait bien longtemps qu'elle n'avait pas vu de médecin. Très vite j'ai compris à quel point ce moment était important pour elle, ses enfants et pour moi en tant que médecin généraliste.

Mon maître de stage à l'époque, Docteur DENIS Nicolas, par son attitude bienveillante et son expérience a été un des premiers à me guider sur cette réflexion des violences conjugales.

Par ce travail, j'ai évolué et modifié ma vision professionnelle et personnelle dans ce domaine. Il aboutit à des perspectives qui se veulent utiles et adaptées à la pratique du médecin généraliste. Des perspectives que je souhaiterai continuer à développer lors de mon futur exercice professionnel à la Réunion.

1. A propos des violences conjugales

1.1. Dynamique et processus des violences conjugales

a) Le cycle de la violence

La victime et l'auteur sont (ou ont été) dans une relation sentimentale. Pouvant initialement passer inaperçue, la violence conjugale s'installe progressivement et se manifeste de manière cyclique.

Le cycle de la violence conjugale illustré ci-dessous (*Figure 1*) permet de comprendre quels sont les différents mécanismes qui se succèdent. Au fur et à mesure du temps ces cycles s'accélèrent et grandissent en intensité, on parle alors de la spirale de la violence. Ce cycle s'organise en quatre phases.



Figure 1: Cycle de la violence

Source : <https://info-violences-femmes.bordeaux.fr/je-suis-un-e-professionnel-le/reperer/>

Le cycle débute par un « **Climat de tension** » qui s'installe souvent lors d'une divergence entre les partenaires, au sujet par exemple de l'éducation des enfants, de problèmes financiers ou l'annonce d'une grossesse. Le ou la conjoint(e) est irritable, il ou elle exprime sa frustration par des menaces ou reproches envers la victime, ce qui provoque chez elle une anxiété et des doutes sur elle-même. Elle va alors changer son comportement pour ne pas déplaire à l'auteur, pour ne pas le perdre.

Malgré sa tentative d'adaptation, souvent la violence finit par exploser. C'est la phase « **Explosion de la violence** ». L'auteur donne l'impression de perdre le contrôle de lui-même. S'instaure alors un climat de peur, avec des violences verbales, physiques et/ou sexuelles. Ces violences peuvent aboutir à un isolement progressif de la victime, souvent voulu par l'auteur. La victime est humiliée, a honte et se sent impuissante et désespérée.

S'en suit la phase de « **Justification** » où l'auteur va justifier son comportement en minimisant les violences, se trouver des excuses et même culpabiliser la victime. Par ce comportement au fur et à mesure du temps la victime va être persuadée d'être responsable de la situation. La victime ressent un fort sentiment de culpabilité et s'auto accuse « *c'est de ma faute* ». C'est une phase de déni et de transfert de responsabilité. L'auteur minimise ses agissements et se déresponsabilise, en rendant la victime coupable. Elle va alors culpabiliser pour ensuite lui pardonner.

C'est là qu'intervient la phase dite de la « **Lune de miel** » où l'auteur cherche à se faire pardonner et à se réconcilier avec son ou sa partenaire. Il promet de ne plus recommencer ou dans certains cas menace de se suicider si la victime le quitte. Il se montre attentif, bienveillant, il offre des cadeaux et cherche à faire plaisir à la victime. Cette attitude redonne l'espoir à la victime qu'il va changer « *je vais réussir à le changer* ». Elle est alors persuadée que ça sera le dernier épisode...

L'auteur constate qu'il peut recommencer en toute impunité car la victime est isolée, elle n'en a pas parlé ni à son entourage ni à un médecin. L'auteur prend conscience que ses actes n'ont aucune conséquence sur le plan pénal. Les violences vont donc recommencer selon le cycle décrit précédemment.

Vivant dans un climat de tension les victimes vont alors augmenter leur seuil de tolérance parce qu'elles doutent de plus en plus de leurs propres émotions et de leur compréhension de la situation.

Avec le temps et la répétition des cycles, les passages à l'acte sont de plus en plus graves et violents, et peuvent aller jusqu'à mettre la victime en danger pour sa santé voir pour sa vie.

Selon l'auteur M.Barbier ⁽⁸⁾ : « *plus la maltraitance est fréquente et grave, moins les victimes ont les moyens psychologiques de se défendre et encore moins de partir sans l'aide d'une personne extérieure* ».

A l'occasion d'une prise en charge, les professionnels de santé ou acteurs du domaine social peuvent interrompre ce processus évolutif des cycles de la violence.

b) L'emprise

« *Pourquoi ne s'enfuit-elle pas ?* » Voici la première réflexion que l'on pourrait se faire quand sont portées à notre connaissance certaines situations que vivent nos patient(e)s. Comme nous l'avons vu, la violence conjugale est un processus aux mécanismes complexes, qui aboutit à une relation d'emprise dans laquelle les victimes sont véritablement emprisonnées.

Ce phénomène d'emprise est expliqué par la psychiatre française Docteur HIRIGOYEN, comme un conditionnement ⁽⁷⁾. En effet l'emprise est un système de domination psychologique dont le but est de conditionner l'autre à répondre à ses attentes sans aucune considération pour son libre arbitre ni pour son bien-être. ⁽⁸⁾

La peur est un des moteurs de cette maltraitance. La victime sous « emprise » est au service psychique de la personne qui la contrôle par des mécanismes d'appropriation et de domination. Cette force du lien d'emprise est parfois exprimé par l'entourage qui dit : « *elle ne pense et n'existe plus qu'à travers lui* ». Souvent, les proches n'arrivent pas à comprendre et parfois soupçonne d'y trouver son compte « *parce qu'elle le veut bien* ».

c) Révéler ou non : les enjeux

Il est intéressant d'étudier quels sont les enjeux pour la victime de révéler ou ne pas révéler sa situation à son entourage ou à son médecin généraliste.

Comme nous l'avons vu précédemment, les victimes sont plongées dans un climat de peur. Le chantage au suicide et les menaces, que peut exercer l'auteur, aboutissent souvent à une inversion de la culpabilité. La victime est alors convaincue que c'est elle qui est responsable de ses difficultés de couple.

Mettre un tiers dans la confidence peut l'exposer à une augmentation des violences, mais en même temps elle a besoin d'aide pour s'en sortir.

Souvent les victimes sont empreintes de culpabilité et de honte ; certaines d'entre elles auront peur d'être incomprises et ne veulent pas s'exposer au jugement des professionnels.

Professionnels qui, selon elles, pourraient leur porter un regard critique, ne pas accepter leur rythme de décisions, ou bien faire pression pour qu'elle porte plainte voire engager des actions judiciaires à leur place.

Révéler c'est aussi la crainte de voir placer ses enfants, de s'exposer à des pertes matérielles et financières comme le logement, d'être exclue de la famille, de s'exposer à une situation de précarité, notamment lorsqu'elle ne travaille plus à la demande du conjoint violent. L'ensemble de ces facteurs pourraient augmenter le sentiment d'isolement qu'elles ont déjà.

Le médecin généraliste, par un climat de confiance propice à la révélation, a la complexe tâche d'accueillir la parole de la victime. Il doit être prêt à tout entendre même ce qui pourrait heurter ses convictions professionnelles, personnelles et intimes.

Il pourra ainsi permettre à la victime d'être écoutée et crue, et lui rappeler que c'est elle la victime, et qu'il accepte ses choix de vie.

Les victimes sont souvent terrorisées, avec une faible estime d'elles-mêmes, ce qui peut aboutir à une remise en question de toutes les décisions qu'elles prennent. Cette ambivalence affective liée à l'emprise, peut parfois mettre en difficulté ou empêcher une intervention efficace du professionnel de santé.

1.2. Les différents types de violences conjugales

Comme nous l'avons vu précédemment les victimes sont emprisonnées dans un processus aux mécanismes complexes. Elles sont alors régulièrement victimes de violences de différents types :

- Les violences verbales : ce sont des cris, des hurlements, des menaces, des insultes, ou des silences. Souvent banalisées par la victime et son entourage, elles ont pourtant un impact grave sur l'estime de soi des victimes. Chaque violence verbale est une blessure.
- Les violences psychologiques : dans un processus de domination voulu par l'auteur, la victime subit des humiliations, des menaces, elle est dénigrée et isolée, l'auteur contrôle tous ses faits et gestes et lui interdit de fréquenter amis, famille, lui confisque son téléphone, l'oblige à arrêter de travailler.
- Les violences sexuelles : elles regroupent toutes les atteintes à l'intégrité sexuelle : attouchements, agressions sexuelles et viols. Elles peuvent ne pas être identifiées comme telle par la victime. Ces violences concernent également le recours ou non à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) imposée et/ou contrôlée par le partenaire.
- Les violences économiques : la victime peut être privée de l'accès à son salaire, doit demander l'accord pour chaque dépense, rendre des comptes. Si l'auteur contracte des dettes il pourra la rendre solidaire, là aussi elle est prise au piège.
- Les violences administratives : l'auteur peut confisquer tous les papiers administratifs indispensables à la victime (carte d'identité, permis de conduire, passeport, livret de famille).
- Les violences matérielles : casser des objets, briser des affaires personnelles notamment son téléphone, lui refuser l'accès aux soins.
- Les violences physiques : elles concernent l'ensemble des atteintes à l'intégrité du corps : les coups, les gifles, les tentatives de strangulation, lui tirer les cheveux, l'immobiliser de force, les griffures, les morsures et les bousculades (souvent banalisées par les victimes).

1.3. Les conséquences des violences conjugales

En 2013, l'OMS précise dans un rapport que les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une à quatre années de vie en bonne santé ⁽⁹⁾. On estime aujourd'hui que les femmes victimes auraient globalement 60% de problèmes de santé en plus ⁽¹⁰⁾, ce qui entraîne des coûts socioéconomiques élevés.

Selon L.Daligand ⁽¹¹⁾, « *quelle que soit la victime, femme ou homme, il s'agit toujours d'une personne vulnérable, c'est-à-dire d'un être dans la difficulté ou l'incapacité de se défendre en raison de ce qu'il subit* ». Cette notion de vulnérabilité est importante à prendre en compte, pour comprendre le vécu et les conséquences des violences conjugales.

a) Les conséquences sur la santé physique

Conséquences sur la santé physique	
Lésions traumatiques d'âge différent	Troubles de la sexualité
Pathologies chroniques aggravées ou mal suivies	Risque de grossesse non désiré, fausse couche
Syndromes de douleurs chroniques	Complications de la grossesse
Addictions (OH, tabac),	Infections sexuellement transmissibles

Tableau 1: Conséquences somatiques des violences conjugales

- Les lésions traumatiques : débutant souvent par de simples « bousculades » elles peuvent être caractérisées par des fractures, contusions ou hématomes. Si ces lésions sont d'âges différents, elles sont un argument sur le plan médico-légal pour évoquer de violences répétées. Leurs localisations parfois dans des zones typiques, appelées zone de défense (mains, bras), sont souvent dissimulées sous des vêtements longs. Elles peuvent être expliquées au médecin par des chutes accidentelles, la victime se décrivant alors comme maladroite.
- Non-accès au médecin traitant : du fait de leur état d'isolement, souvent ces patient(e)s annulent ou ne se présentent pas à leurs rendez-vous.

Du fait de non accès au médecin traitant et de leur état de stress permanent, les pathologies chroniques sont alors souvent plus graves.

- Syndrome douloureux chronique et troubles psychosomatiques : « *ce qui ne peut être parlé s'exprime avec le corps* » ⁽⁷⁾. Cela se caractérise par des douleurs chroniques, des céphalées, des lombalgies, des palpitations, des difficultés à respirer. La répétition de ces symptômes sans causes organiques identifiées, peut permettre au médecin généraliste de suspecter des violences conjugales.
- Troubles de la sexualité : conséquences directes de violences sexuelles, la dyspareunie ou bien le vaginisme peuvent être des signes d'alerte pour le médecin.

b) Les conséquences sur la grossesse

Quand une femme est enceinte, elle est plus « exposée » aux yeux de tous. Pour l'homme violent, garder sa compagne sous sa domination est alors plus difficile.

Par ailleurs, ce bébé fait effraction dans le couple et peut être ressenti par le père comme un rival. La grossesse est alors une période propice à l'instauration ou à l'aggravation des violences.

Conséquences sur la grossesse	
Accès aux soins prénataux tardifs	Rupture prématurée des membranes
Abus de substances toxiques (tabac, OH)	Pathologies placentaires (HRP)
Métrorragies, traumatismes abdominaux	RCIU, petit poids de naissance
Menaces d'accouchement prématuré	Mort in utero

Tableau 2 : Conséquences des violences conjugales sur la grossesse

Les effets de la violence conjugale au cours de la grossesse sont :

- Chez la femme : un accès tardif aux soins, des infections urinaires et génitales, une exacerbation de maladies chroniques, des abus de substances liées à l'anxiété et/ou au stress, une dépression, des avortements (interruption volontaire de grossesse ou interruption médicale de grossesse).

- Pour la grossesse : des diagnostics tardifs de grossesse, des risques de fausses couches, des traumatismes abdominaux, des métrorragies, une rupture prématurée des membranes, une menace d'accouchement prématuré, des pathologies placentaires dont hématome rétro-placentaire (HRP).
- Pour le fœtus : un retard de croissance intra-utérin (RCIU), un petit poids de naissance, une mort in utero

c) Les conséquences sur la santé mentale

Les violences conjugales débutent souvent par des violences psychologiques. La répétition de paroles ou de critiques humiliantes peut aboutir à un processus très destructeur de l'estime de soi.

Conséquences sur la santé mentale	
Dépression	Troubles du comportement alimentaire
Tentatives de suicide, Suicide	Addictions (alcool, tabac, drogues)
Perte d'estime de soi, repli sur soi	Troubles anxieux avec mésusage de médicaments
État de stress aigu et post traumatique	Troubles du sommeil

Tableau 3 : Conséquences psychologiques des violences conjugales

Les conséquences sur la santé mentale sont donc majeures :

- Syndrome dépressif : plus de la moitié des victimes de violences conjugales en seraient atteintes, avec des dépressions plus sévères lorsque le climat de violence est plus grave.
- Automutilations, tentative de suicide et suicide : la victime étant réduite au silence et non considérée en tant que personne par son agresseur, elle peut ne plus supporter cette situation et avoir des comportements d'automutilation, tenter de se suicider voir réussir à se suicider.
- Incitation au suicide : l'auteur fait en sorte que la victime se sente responsable de la situation. En détresse psychologique, elle n'a qu'une seule issue : le passage à l'acte. Ce fait est désormais reconnu et condamnable par la loi depuis avril 2020.

- Addictions et médicaments psychotropes : pour pallier à l'anxiété, les troubles du sommeil, ou les attaques de panique, beaucoup de victimes peuvent développer des addictions : l'alcool, le tabac ou la prise de médicaments psychotropes. Ces derniers sont prescrits par leur médecin pour les aider à supporter leur mal-être.
- État de stress aigu et état de stress post traumatique : les violences conjugales par leur caractère répétitif sont des psychotraumatismes complexes. Le psychotraumatisme est un événement brutal soudain et inattendu, véritable expérience de mort imminente qui provoque l'effroi chez le sujet accompagné de phénomènes de dissociation quand l'angoisse est majeure.
Selon le manuel DSM-V ⁽¹²⁾, l'état de stress aigu peut se traduire par : des symptômes dissociatifs (amnésie à son environnement, incapacité à se souvenir), d'évitement (éviter les rappels externes qui ravivent des blessures), d'activation (perturbation du sommeil, hypervigilance, troubles de la concentration), d'intrusion (souvenirs récurrents, flash-back, rêves répétitifs, détresse psychologique intense) et des symptômes d'humeur négative (incapacité à ressentir des émotions positives).
Si cet état perdure plus d'un mois, on parle alors d'état de stress post traumatique ⁽¹³⁾ avec notamment des symptômes comme la reviviscence, l'évitement (elle va refuser d'en parler), l'hyperactivité et les altérations négatives sur l'humeur et les cognitions. On comprend alors l'intérêt d'une prise en charge précoce et spécialisée.

d) Les conséquences sur les enfants exposés

Au sein du foyer, l'enfant exposé aux violences conjugales est une victime à part entière. Dans un rapport de l'Observation national de l'enfance en danger (ONED) en 2012, il sera convenu de retenir le terme d'enfant « exposé » plutôt qu'enfant « témoin » ⁽¹⁴⁾. En effet, qu'il soit témoin visuel ou parfois victime indirecte, cet enfant n'est pas protégé dans son environnement. Ces violences visibles ou devinées (ainsi que le poids du silence qui lui est imposé) peuvent entraîner des impacts majeurs sur sa santé mentale, physique, sur son comportement social ainsi que son développement psycho-affectif.

Ces effets peuvent être observables dès la naissance s'il y a une exposition lors de la période fœtale. Il y a une atteinte à ses besoins fondamentaux, notamment de sécurité selon la pyramide de Maslow ⁽¹⁵⁾, l'enfant se retrouve dans une relation d'attachement dit « insecure » ⁽¹⁶⁾.

Conséquences sur les enfants exposés	
Refus de s'alimenter, pleurs inconsolables	Troubles de la relation à l'autre
Retard staturo-pondéral	Tendance au repli sur soi
Troubles de l'attention	Faible estime de soi, tristesse, anxiété
Somatisation liée à l'anxiété	Conduites addictives à l'adolescence
Difficultés d'apprentissage	À risque de reproduire le schéma à l'âge adulte

Tableau 4 : Conséquences sur les enfants exposés aux violences conjugales

En tant que médecin généraliste, après avoir éliminé des causes organiques, certains signes d'alerte peuvent aider à repérer des situations de violences conjugales :

- Chez le nouveau-né : des pleurs excessifs, des troubles de l'alimentation et du sommeil, un retard staturo-pondéral.
- Chez le jeune enfant (2-4 ans) : anxiété, cauchemars, encoprésie, énurésie, retard d'acquisition du langage et de la compréhension, agressivité envers les autres enfants, destruction des biens.
- Chez l'enfant entre 5 et 12 ans : difficultés scolaires avec troubles de l'attention et troubles des apprentissages, rupture dans le comportement, régression dans les acquisitions ou bien maturité précoce (enfant mini parents), repli sur soi, faible estime de soi, plaintes somatiques multiples, attitude de séduction ou bien d'opposition, culpabilité et sentiment d'insécurité.
- Chez l'adolescent : infléchissement des résultats scolaires, recherche d'une famille de substitution chez ses amis, pouvant être à l'origine d'addictions, de fugues, faits de délinquance, de tentative de suicide voire d'un suicide.

Arrivés à l'âge adulte, il y a un réel risque de reproduction intergénérationnelle de la violence dans ses futures relations amoureuses ou conjugales. ⁽¹⁷⁾

Bien que peu spécifiques, ces signes d'alerte peuvent permettre au médecin généraliste d'ouvrir le dialogue avec ces enfants et adolescents. Cet espace de confiance et de parole pourrait les amener à révéler des situations qu'ils taisent depuis petits. Ainsi le médecin généraliste pourra organiser un suivi spécifique de ces enfants ou les orienter vers des spécialistes.

e) Les conséquences au niveau social

Conséquences sociales	
Difficultés de concentration au travail	Déscolarisation des enfants
Perte d'emploi	Perte d'indépendance financière
Isolement entourage familial et amical	Atteinte aux libertés fondamentales

Tableau 5 : Conséquences sociales des violences conjugales

Les situations de violences conjugales ont également un impact au niveau social :

- Capacité à travailler : l'état de stress et d'anxiété peut engendrer des troubles de la concentration peuvent amener les victimes à rencontrer des difficultés au travail. Elles peuvent également subir des harcèlements téléphoniques de la part de l'auteur de violences. Cela peut aussi engendrer une perte d'emploi alors que celui-ci est un gage d'autonomie et peut être crucial dans des décisions de séparation. L'intervention d'un médecin du travail peut être décisive dans ces cas-là.
- Perte d'emploi : parfois secondaire à la diminution de sa capacité de travailler, l'arrêt du travail de la victime peut être aussi décidé par l'auteur des violences. Il s'assure alors une domination sur sa victime, entièrement sous emprise et isolée de l'extérieur.
- Perte d'indépendance financière : les violences financières font partie des violences conjugales, les agresseurs peuvent en effet exiger de récupérer les économies de la victime, avoir la main mise sur son salaire, faire souscrire des prêts ou assurances diverses, être propriétaire exclusif de la maison familiale.
- Isolement de l'entourage amical et familial : loin de tout contrôle et regard, l'isolement est entretenu par l'agresseur par des sentiments de honte et culpabilité.

- Atteinte aux libertés fondamentales : par les violences psychologiques qu'elle subit, la victime perd toute liberté, elle n'a plus le droit de s'exprimer librement, d'avoir son opinion, de se déplacer librement (contrôle permanent des déplacements par l'agresseur).

2. Les violences conjugales en Outre-Mer

2.1. Spécificités des violences conjugales en Outre-Mer

En mars 2017, un avis du Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) « *Combattre les violences faites aux femmes dans les Outre-Mer* » a abordé le sujet des spécificités liés aux départements d'Outre-Mer, les comparant entre eux et avec l'Hexagone. Certaines de ces spécificités peuvent constituer des facteurs aggravants aux violences faites aux femmes. ⁽¹⁷⁾

On peut notamment relever de cet avis quelques données socioéconomiques et démographiques intéressantes :

- Les populations ultramarines sont plus jeunes et les familles monoparentales plus nombreuses qu'en Hexagone.
- Les grossesses sont plus précoces et plus nombreuses, malgré des progrès importants dans le domaine de la prévention.
- L'accès à la contraception reste inégal.
- Le taux de chômage est plus élevé qu'en Hexagone, les femmes étant plus touchées que les hommes.
- La promiscuité liée à des lieux de vie partagés par plusieurs générations peut être facteur de violence.
- Les problématiques toxicologiques notamment alcool et substances illicites pouvant être impliquées dans les situations de violences.

Dans les Outre-mer comme en Hexagone, les stéréotypes sexistes induisent une vision inégalitaire de la relation homme-femme. En lien avec la culture, les traditions et les histoires locales (coloniales, passé d'esclavagisme), certains stéréotypes peuvent représenter des facteurs aggravants de la violence. Malgré le métissage culturel et l'évolution sociétale rapide, le poids du modèle social local reste important et le seuil de tolérance aux violences demeure élevé.

Du fait de sa médiatisation, l'avis du CESE de 2017 « *Combattre les violences faites aux femmes dans les Outre-Mer* » a permis de promouvoir la première étude dite « *Virage* » pour « *Violences et rapport de genre* » en outre-mer. ⁽¹⁸⁾

2.2. État des lieux à la Réunion

a) Les chiffres

En 2018, en France, 1 femme mourait tous les 3 jours et un homme tous les 13 jours. ⁽⁵⁾
À la Réunion, en 2016 le nombre de femmes tuées par leur partenaire ou ex-partenaire était de 5 femmes par an. ⁽¹⁹⁾

L'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes (ENVEFF) en 2003 a été la première enquête importante dans le domaine menée à la Réunion. ⁽²⁰⁾

Ses principaux résultats étaient les suivants :

- La prévalence des violences faites aux femmes à la Réunion était équivalente à celle de la métropole. Cependant les violences physiques et sexuelles étaient plus prépondérantes.
- Les catégories socio-professionnelles plus élevées (cadres) paraissaient plus protégées.
- L'index global (statistique) des violences conjugales était de 15% à la Réunion versus 9% en métropole.
- Le silence des femmes était encore important (peu de révélations de faits de violences).

Les premiers résultats de l'enquête Virage Dom en 2019 permettent d'actualiser ceux apportés par l'enquête ENVEFF de 2003. ⁽²¹⁾

- Les femmes ont moins de difficultés à parler. En 2002 une femme sur deux en parlait contre trois femmes sur quatre en 2018.
- La prévalence globale des violences conjugales reste stable par rapport à 2003 mais les prévalences pour chaque type de violences restent plus importantes qu'en métropole. Cependant cette notion de stabilité est à nuancer, car la parole des femmes est plus libérée en 2018, ce qui peut laisser sous-entendre une « diminution » de la prévalence par rapport à 2003.
- Les violences psychologiques restent les plus importantes et concernent une femme sur trois à La Réunion.
- Changement des rapports sociaux avec des femmes plus émancipées et libres, qui travaillent.
- L'emploi et le nombre d'enfants sont des facteurs déterminants dans la survenue des violences.
- Les femmes concernées sont plus jeunes (catégorie de 20-29 ans) et les faits surviennent le plus souvent lors de séparation récente.

Cette enquête, bien que déclarative, a permis d'étudier quels sont les recours activés par les victimes de violences conjugales :

- 70% en ont parlé à des proches, amis ou dans leur entourage familial.
- **16% ont consulté leur médecin.**
- 7% ont consulté les services de police et de gendarmerie (en 2018 selon l'ORViFF, il y avait 5 plaintes par jour en moyenne pour des faits de violences conjugales ⁽¹³⁾, soit un taux de 21% de déclaration en 2018 contre 12 % en 2002).
- 5% ont été conseillés par les services sociaux.
- 3% se sont tournés vers les associations.

b) Le réseau de prise en charge des victimes à la Réunion

De la révélation des faits à l'accompagnement des auteurs, le réseau de prise en charge à la Réunion implique de nombreux acteurs (*Figure 2*).

Lors de ce travail, il nous a paru nécessaire d'aller à la rencontre des acteurs phares du réseau. Leur rencontre a été l'occasion de les découvrir mais aussi d'enrichir la réflexion sur la problématique des violences conjugales à la Réunion.

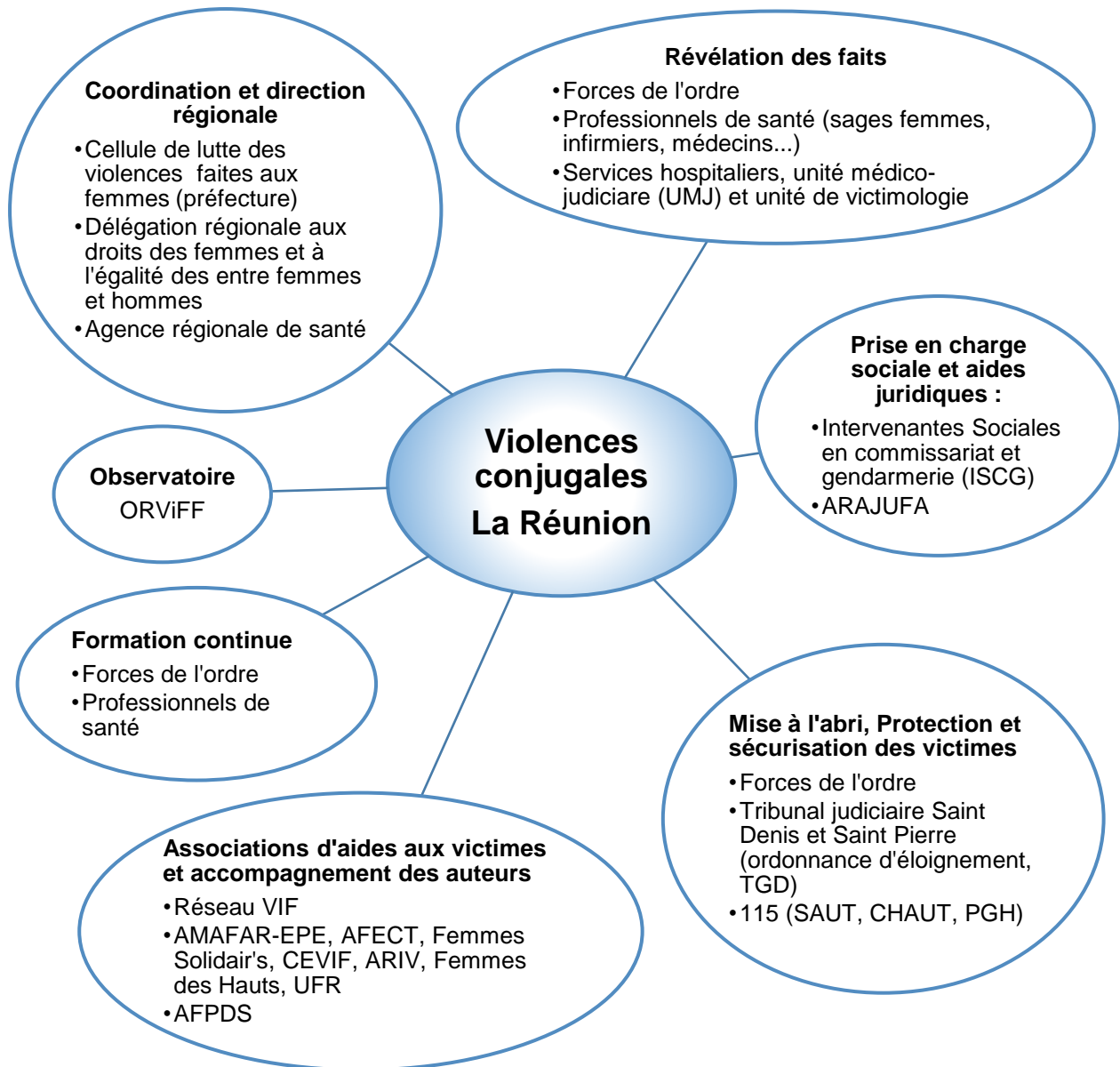


Figure 2 : Réseau présent à la Réunion en 2020

- Coordination et direction régionale

Au fur et à mesure des plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes et des événements importants tels que le Grenelle des violences conjugales de septembre 2019, le réseau de prise en charge des victimes de violences conjugales à la Réunion est en perpétuelle progression.

Pour représenter et veiller à l'application des décisions gouvernementales et politiques régionales, de multiples acteurs sont engagés :

Cellule de lutte des violences faites aux femmes - Mme GOYET, directrice de cabinet du préfet de la Réunion.

Depuis le Grenelle des violences conjugales de 2019, plusieurs partenaires du réseau se réunissent afin d'évoquer ensemble des « situations complexes individuelles » rapportées par les intervenants sociaux en commissariat et gendarmerie (ISCG).

Sous l'impulsion de Monsieur le Préfet de la Réunion et de sa directrice de cabinet Madame GOYET, ces cellules se déroulent de façon mensuelle, dans quatre arrondissements de l'île (Nord, Est, Ouest, Sud).

Ces réunions, animées par Madame GOYET dans le Nord, permettent de mettre en avant les difficultés rencontrées par les partenaires lors de situations particulières. Ce débriefing permet la mise en place d'actions concrètes pour l'avenir et ainsi améliorer de futures prises en charge.

Comme me le disait Madame GOYER, lors de notre entretien téléphonique « *ces cellules c'est aussi l'occasion de faire émerger des idées novatrices, des projets de territoire, afin d'améliorer les prises en charge des victimes à la Réunion.* » .

La délégation régionale aux droits des femmes et égalité hommes et femmes (DRDFE)- Mme CAROUPANIN

Huitième délégué régionale, Mme CAROUPANIN et son équipe, contribuent à impulser et animer la politique nationale du gouvernement actuel.

Les principales missions de la délégation sont de coordonner et mettre en cohérence ces missions en signant des conventions individuelles ou collectives, afin d'engager des actions concrètes sur le terrain. Elle travaille aussi en partenariat avec les collectivités et les communes.

La délégation a également un rôle d'observation et de suivi des dispositifs en place à la Réunion via notamment l'ORVIF.

Enfin, elle joue un rôle important dans la promotion de la lutte contre les violences conjugales et la prévention, et participe à la communication au grand public.

C'est « *faire en sorte que chaque partenaire travaille main dans la main* » comme le résumait Mme CAROUPANIN lors de notre entretien téléphonique du 9 juin 2020.

L'Agence régionale de Santé (ARS) - Dr NGUYEN

La mission de l'ARS est la construction et l'organisation des soins. Une des thématiques du plan régional de santé (PRS) est celle d'améliorer la santé des femmes, du couple et des enfants. ⁽²²⁾⁽²³⁾

C'est dans ce domaine qu'intervient le Dr NGUYEN, médecin inspecteur de Santé Publique. Lors de notre entretien téléphonique du 2 juin 2020, elle m'a expliqué les différents axes d'intervention de l'ARS concernant « *la problématique des victimes de violences (pour les adultes, et aussi pour au niveau périnatal, pédiatrique)* ».

L'ORVIF : (Observation Réunionnais des Violences Faites aux Femmes) – Mme BLANPIN

Créé en 2014, cet observatoire a pour principale vocation d'être une plateforme d'échange et de sensibilisation sur les violences faites aux femmes, dont les violences conjugales. Il a quatre missions : fournir des indicateurs de santé, diffuser les informations au public, aider à la formation et organiser des rencontres régulières pour favoriser des échanges entre acteurs. Dans un souci d'amélioration des prises en charge, des études sont mises en place comme celle des Féminicides à la Réunion publiée en février 2020 ⁽²⁴⁾. L'observatoire travaille de manière proche avec l'ARS et la délégation aux droits des femmes.

Comme le rappelait Mme BLANPIN lors de notre entretien téléphonique du 27 mai 2020 cet observatoire a fait partie de l'organisation des premiers états généraux des violences faites aux femmes à la Réunion en 2016.

- Révélation des faits et situations de potentiel danger

Les professionnels de santé :

D'après l'enquête Virage de 2019, les médecins sont les premiers professionnels consultés par les victimes après leur entourage familial. Ils ont donc une place primordiale dans la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Les infirmiers, les sages-femmes sont aussi des interlocuteurs privilégiés pour dépister des situations de violences intrafamiliales.

Services hospitaliers :

Les structures d'urgence (adultes ou pédiatriques) ou autres services spécialisés comme la gynécologie prennent régulièrement en charge des situations de violences conjugales. Pour les adultes, l'unité médico-judiciaire (UMJ) du CHU de la Réunion (site Nord et site Sud) est sous la responsabilité du Dr BERTHEZENE.

Les médecins légistes interviennent :

- après avoir été alertée par des médecins hospitaliers (service des urgences, maternité),
- après avoir été alertée par des médecins généralistes,
- sur réquisitions.

L'UMJ permet aussi un accueil des victimes et participe à la dynamique du réseau en partenariat avec de nombreux intervenants.

Pour la prise en charge spécifique des enfants, l'unité victimologie du CHU de la Réunion intervient sur les sites Nord et Sud. Cette unité est sous la responsabilité du Docteur MONTBRUN pédiatre et médecin légiste.

Les forces de l'ordre

Après les professionnels de santé, les forces de l'ordre sont les deuxièmes professionnels à être consultés par les victimes ⁽²¹⁾.

Que ce soit en commissariat de police ou en gendarmerie, les forces de l'ordre sont régulièrement sensibilisées et formées à la problématique des violences intrafamiliales (VIF) et par conséquent des violences au sein du couple.

Le lieutenant-colonel LENNE (en gendarmerie) et le commandant FASAN (en police), sont les référents principaux dans ce domaine (VIF). Ils s'assurent de la formation de leurs équipes afin qu'elles puissent accueillir de façon optimale ces victimes.

Lorsque la victime arrive en commissariat ou gendarmerie, elle est reçue dans un lieu sécurisant et respectant la confidentialité. Si elle le souhaite elle peut être accompagnée par un tiers (membre de sa famille ou d'une association).

Le policier ou le gendarme écoutent la victime et prennent ses déclarations. Les violences conjugales étant considérées comme un délit, une procédure sera systématiquement ouverte, que la victime veuille porter plainte ou non.

Cette procédure permet aux forces de l'ordre d'avertir le Procureur de la situation, ce dernier décidera des suites à donner à cette procédure. En cas de violences au sein du couple, à la Réunion, le magistrat du parquet donne très souvent des suites pénales à ces procédures. L'accusé sera alors convoqué à comparaître devant le magistrat et soumis à un contrôle judiciaire en fonction des faits rapportés.

Depuis le Grenelle des violences conjugales de 2019, l'enquêteur de permanence qui reçoit la victime dispose d'une grille d'évaluation du danger (*Annexe 1*). Avec cet outil, si une situation de danger est identifiée, les forces de l'ordre pourront s'assurer la mise en sécurité de la victime, prendre un avis rapide auprès du magistrat du parquet et si besoin procéder à l'interpellation et la garde à vue de l'auteur présumé.

Hors situation de danger, à l'issue de l'entretien avec l'enquêteur, il sera proposé à la victime un rendez-vous avec l'ISCG ainsi que des coordonnées d'associations qui pourront l'accompagner.

- Mise à l'abri, structures d'hébergement - Mme PAI NAYE

Le service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) assure la gestion du numéro d'appel du 115. Comme indiqué, c'est un service d'orientation uniquement.

De façon globale, il donne la priorité aux demandes de mise à l'abri. Après étude du degré de dangerosité, le SIAO « *proposera toujours une solution d'hébergement à la victime et ses enfants* », comme me l'indiquait Mme PAI NAYE lors de notre entretien téléphonique du 29 mai 2020.

À la Réunion il existe trois solutions d'hébergement :

- Les structures d'accueil et d'hébergement d'urgence temporaires (SAUT) : il en existe 3 sur l'île pour 22 places au total. Seul le secteur Est en est dépourvu. Elles sont spécifiquement prévues pour les violences conjugales.
- Les centres d'hébergement et d'accueil d'urgence (CHAU) : plus généralistes ils ne sont pas dédiés uniquement aux violences intrafamiliales, avec 133 places sur l'île.
- Système de pensions-gîtes-hôtel (PGH) : spécifiquement créés pour les violences conjugales. Ce système est dépourvu de travailleurs sociaux, ce qui représente un risque d'un retour rapide des victimes à leur domicile faute de soutien.

- Protection des victimes

Tribunal judiciaire (rencontres avec les référentes violences Mesdames les magistrates – substitute du procureur Mme DUMAS et vice-procureure Mme PETITJEAN)

Avec deux antennes à Saint Denis et Saint Pierre, le tribunal judiciaire (TJ) enregistre en moyenne 3 affaires de violences conjugales par jour dont la majorité concerne des femmes. Cette moyenne est stable depuis 2016.

Deux magistrates Madame DUMAS et Madame PETITJEAN sont les référentes violences sur l'île.

Parfois contactées directement par des médecins généralistes ou autres professionnels de santé, elles peuvent, selon le caractère urgent des situations signalées, demander aux forces de l'ordre de diligenter une enquête.

Travaillant dans l'intérêt des victimes, les autorités juridiques peuvent rencontrer les mêmes problématiques que les professionnels de santé en termes de suivi des victimes. Rencontrées lors de notre travail Mme DUMAS et Mme PETITJEAN militent pour une meilleure sensibilisation de l'ensemble des acteurs et ainsi une meilleure détection des situations de violences conjugales que ce soit les professionnels de santé, les forces de l'ordre ou les personnels de l'éducation nationale.

Ordonnance de protection, Téléphone Grave Danger

L'ordonnance de protection est une mesure de protection décidée par le juge des affaires familiales à la demande de la victime. Cette décision de justice est indépendante d'un dépôt de plainte, elle vise à protéger la victime. Cette mesure permet de maintenir la victime et son entourage à leur domicile. Dans ces cas, l'auteur peut être hébergé via le 115 sur la demande de la justice.

Pour les cas les plus préoccupants, il a été décidé depuis juillet 2015 de la mise à disposition de téléphone grand danger (TGD). Les TGD sont remis à la victime après évaluation conjointe du réseau VIF (référente Mme CLEMENTE) et de l'ARAJUFA ; soumis à validation du magistrat référent. Initialement au nombre de 25, ils sont au nombre de 40 depuis le Grenelle des violences conjugales. En mai 2020, 31 étaient en circulation, un seul TGD a été déclenché, ayant permis une intervention rapide des forces de l'ordre au domicile. ⁽²⁵⁾ Les forces de l'ordre détiennent la liste des TGD en circulation sur l'île, cette liste est actualisée tous les mois.

- Prise en charge sociale et aides juridiques

*ISCG, assistantes sociales auprès des services de police et de gendarmerie
(rencontres avec Mme LUCAS et Mme HOARAU MOLLY)*

Depuis 2011 quatre intervenantes sociales ont été mis en place, une par arrondissement, en gendarmerie ou commissariat. Cet effectif a été récemment augmenté à huit intervenants depuis le Grenelle des violences conjugales en 2019. Les assistantes sociales ont un rôle d'accueil, d'écoute et d'orientation des victimes.

Elles travaillent avec plusieurs partenaires que ce soit éducateurs, psychologues, bailleurs sociaux, juridiques et associatifs.

Elles font un travail considérable, aident la victime à trouver des solutions d'hébergement via le 115 et sont aussi là pour les accompagner dans leur dépôt de plainte, mais aussi lorsqu'elles décident de retirer leur plainte. Elles proposent un entretien systématique à toute personne qui arrive au commissariat même en cas de refus de dépôt de plainte. Une victime met en moyenne 6 ans avant de réussir à porter plainte.

*L'Association Réunionnaise pour l'aide juridique aux familles et aux victimes
(ARAJUFA)*

L'Association Réunionnaise pour l'aide juridique aux familles et aux victimes, nouvellement ARAJUFA France Victimes Réunion, a été créée il y a 50 ans, en 1969.

Elle propose gratuitement à toute personne, sans condition de ressources, une aide juridique aux victimes. Grâce à ces nombreuses antennes présentes sur l'île, elle permet de proposer aux victimes un lieu d'écoute où elles peuvent avoir des informations gratuites et personnalisées sur les démarches possibles.

Si une procédure est engagée, elle permet d'assurer un soutien juridique et psychologique tout le long de la procédure, faire valoir les droits de la victime et aider à la compréhension et l'exécution des décisions de justice.

Travaillant en partenariat avec les institutions (parquet), les professionnels et les associations, elle a un rôle important au sein du réseau de prise en charge des victimes de violences conjugales.

Elle participe notamment, avec le réseau VIF, à l'évaluation des situations de potentiel « grand danger » du côté juridique (étude du parcours juridique de l'auteur présumé, démarches déjà entreprises par la victime).

- Associations d'aides aux victimes, accompagnement des auteurs

Réseau VIF

Créée en octobre 2013, cette association a été bâtie avec l'aide de 5 associations dans l'idée de vouloir s'occuper des hommes et des situations de grand danger pour les victimes de violences conjugales.

Depuis sa création, elle s'est enrichie de manière progressive de 3 pôles : un pôle victime, un pôle auteur et un pôle enfant-parentalité. Aujourd'hui, son action se veut avant tout globale.

Elle agit sur toute l'île, et travaille avec des acteurs de la santé, de la justice, du domaine associatif et pénitentiaire.

En coordination avec l'association ARAJUFA, elle est compétente pour l'évaluation de situation de danger potentiel. Dans ce but, elle met à disposition des professionnels de santé une fiche de saisine (*Annexe 2*), qui permet de porter à leur connaissance des situations constatées par le médecin généraliste, par exemple.

Lorsque le réseau VIF et l'ARAJUFA sont saisis pour évaluer une situation de potentiel danger, ils fournissent un rapport conjoint aux magistrates référentes des actes de violences (Mme DUMAS, substitue du procureur dans le Nord et Mme PETITJEAN, vice-procureure dans le Sud) qui valideront au niveau juridique la délivrance d'un téléphone grand danger (TGD) pour une durée de 6 mois renouvelable une fois.

Lors de notre entretien du 28 mai 2020, Madame PAYET, présidente du réseau VIF, m'expliquait que : « *à l'heure actuelle le réseau VIF a traité 1503 dossiers avec une augmentation forte depuis 2018* ».

Associations d'aides aux victimes

Les associations présentes à la Réunion sont nombreuses.

Leur présence est une grande aide pour les victimes et pour les professionnels. Elles assurent un accompagnement très important, psychologique et/ou d'ordre « institutionnel » en aidant la victime dans ses démarches sociales et juridiques.

Elles assurent aussi des lieux d'accueil, d'écoute et d'orientation, avec un système de permanences. Ce sont pour l'essentiel les associations comme l'AMAFAR-EPE, l'ARIV, le CEVIF, AFECT, Femmes Solid'Air, l'UFR et le Réseau VIF.

Deux associations proposent également des accueils de jour : AMAFAR-EPE dans le Nord et les « Femmes des Hauts Femmes d'Outre-Mer » dans le Sud de l'île.

D'autres apportent une écoute et une orientation : Les Iris, AFEVV, Osons réagir, Planning Familial AD 974 et Inseranoo.

Accompagnement des auteurs

L'accompagnement des auteurs est principalement assuré par l'Association familiale de prévention, développement et santé (AFPDS) et le réseau VIF.

L'AFPDS, fondée en 2007, propose un programme familial de prévention des violences conjugales destiné aux auteurs. Le réseau VIF organise des stages de citoyenneté et des stages de responsabilisation.

- Formation continue

Forces de l'ordre-

- En gendarmerie (Monsieur le LCL LENNE – officier adjoint prévention)

La brigade de protection des familles, sous la coupe du LCL LENNE est composée de 49 référents VIF répartis dans toutes les unités territoriales.

Les référents VIF spécifiquement formés aux VIF sont chargés de compléter la formation initiale des militaires.

En effet, les gendarmes bénéficient de formations au sujet des VIF dès leur formation initiale en école de gendarmerie. Par la suite, la formation continue fait partie de leurs obligations professionnelles tout au long de leurs carrières.

A la Réunion, en 2019, grâce au LCL LENNE, 45 des référents VIF de l'île ont bénéficié d'une formation au kit « Anna » sur les violences au sein du couple. ⁽²⁶⁾ Les référents VIF sont également formés une fois par an par le LCL LENNE, afin de pouvoir réactualiser leurs connaissances et échanger sur leurs pratiques.

Enfin, ils peuvent également prendre part à la formation organisée par la direction territoriale au recrutement à la formation de la police nation (DTRPN), organisée par Madame WONG WAH de façon bisannuelle.

- En police (Mme WONG WAH – psychologue à la DTRPN)

Comme les gendarmes, les policiers ont également l'obligation de formation continue en plus de leur formation initiale en école y compris quand ils ont reçu une formation très spécifique aux gestions des situations de violences.

Depuis 2008 à la Réunion, Madame WONG WAH, psychologue, a mis en place une formation au sujet des violences au sein du couple, qui se déroule deux fois par an, sur 3 journées. Cette formation obligatoire pour les policiers est également ouverte aux gendarmes (comme expliqué précédemment). Elle fait intervenir différents acteurs phares du réseau dont la délégation régionale aux droits des femmes (DRDFE), le parquet, le juge des affaires familiales, l'ARAJUFA, l'UMJ et le réseau VIF.

Comme me l'expliquait Mme WONG WAH ; lors de notre entretien du 1^{er} juillet 2020, le but de cette formation : « *c'est d'avoir un fil directeur, savoir qui fait quoi et à qui je passe le relai, car chacun a un rôle à jouer dans la chaîne, comme on dit chaque maillon est important.* »

Professionnels de santé :

Alors que les forces de l'ordre et les autres travailleurs sociaux bénéficient de formations spécifiques, les médecins et les autres professionnels de santé semblent être ceux qui en bénéficient le moins, que ce soit lors de leur cursus initial ou en formation continue.

Même si le professionnel de santé, dont le médecin généraliste, peut être sensibilisé par sa pratique, il n'existe pas de formation spécifique à ce sujet à la Réunion actuellement. Or on estime qu'un médecin examine entre 2 et 3 femmes battues par jour en consultation. ⁽²⁷⁾ Cette situation montre le besoin d'une sensibilisation sur le sujet d'une formation spécifique.

Prochainement en métropole, la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) proposera une formation reconnue en Développement Professionnel Continu (DPC) sur le sujet des violences faites aux femmes. ⁽²⁸⁾

3. Justification de l'étude

Le médecin généraliste, souvent médecin de famille, est un interlocuteur privilégié dans la prise en charge des violences conjugales.

Par la relation de confiance et « du fait que le patient partage une partie relativement intime de sa vie avec « son » médecin » ⁽¹⁾, il se crée un climat propice aux confidences.

La place du médecin généraliste est centrale dans la prise en charge des victimes.

On pourrait voir à travers la problématique des violences conjugales, une véritable illustration de la marguerite des compétences en médecine générale comme elle a été décrite par le Comité national des généralistes enseignants (CNGE). (Figure 3)

En effet médecin de premier recours, son rôle peut être déterminant dans le dépistage et l'accompagnement des victimes, lors de la révélation des faits par la (les) victime(s), par la rédaction du certificat médical et du suivi des complications somatiques et/ou psychologiques.

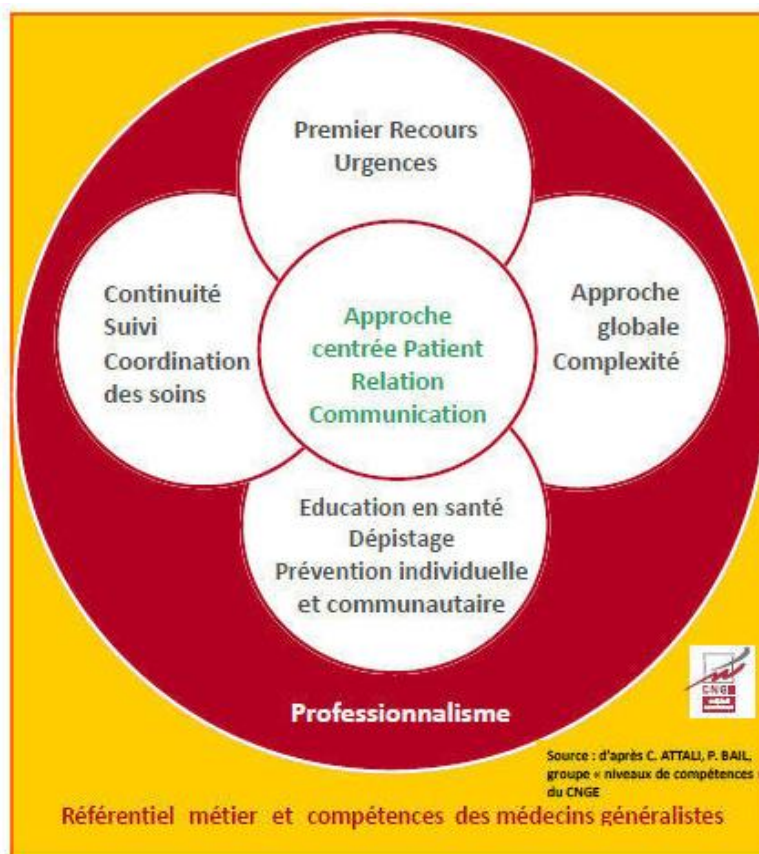


Figure 3 : Marguerite des compétences en médecine générale

Le médecin généraliste, bien qu'acteur majeur de la prise en charge, n'est pas le seul. Pourtant « *face à ces situations, le médecin se sent isolé, mal formé pour assurer cette prise en charge* » écrivait Bernard Kouchner en 2001 dans la préface du rapport Henrion⁽¹⁾. Comme nous avons pu le voir, à la Réunion comme ailleurs, de nombreux acteurs œuvrent sur le terrain pour apporter un soutien considérable à ces victimes. Or une méconnaissance du réseau aboutit parfois à des prises en charge non optimales pour les victimes adultes ou enfants.

À l'heure actuelle, la principale difficulté du médecin généraliste est de savoir comment orienter les victimes, les accompagner et les protéger. Même lorsqu'elles choisissent de ne pas révéler les faits à l'autorité judiciaire.

D'autres facteurs limitants peuvent intervenir dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales.

Dans une revue systémique de la littérature, le Docteur M.DAUTREVAUX ⁽²⁹⁾ , en a identifié plusieurs :

- Ceux liés aux professionnels de santé : manque d'habilité à aborder le sujet, peur d'être intrusif dans la vie privée, thème générateur d'angoisse, représentations réductrices communes, craintes de représailles du conjoint...
- Ceux liés au cadre professionnel : temps de consultation, disponibilité personnelle, peur de retombées médico-légales, difficultés à la rédaction du certificat médical initial...
- Ceux liés à la victime : dissimulation de la violence, ou ne s'identifie pas comme victime, l'ambivalence, la crainte pour leurs enfants, la crainte financière...

Il semble que le travail de thèse du Docteur DUPRAY ⁽³⁰⁾, au travers de son enquête DEVIFFE 2014, soit le premier à étudier le sujet des violences faites aux femmes en Outre-Mer (à Mayotte).

L'objectif de notre étude est de déterminer comment le médecin généraliste prend en charge les situations de violences conjugales à la Réunion. Notre étude explore notamment les différentes ressources à sa disposition (humaines comme matérielles) dans son environnement d'exercice (La Réunion), la perception de son rôle, les difficultés qu'il rencontre ainsi que les améliorations qu'il souhaite apporter à sa pratique.

4. Matériel et Méthodes

4.1. Choix de la méthode

Pour répondre à la question de recherche, la décision d'une étude qualitative était la plus appropriée car il s'agissait d'explorer des expériences vécues par les médecins généralistes face à des prises en charge de violences conjugales. Afin de modéliser au mieux les résultats et processus mis en jeu, une approche par théorisation ancrée a été décidée. Les aprioris de recherche des chercheurs ont été consignés au préalable du travail par la méthode des sept questions. (*Annexe 3*)

Toutes les étapes du travail ont été consignées dans un journal de bord.

4.2. Recrutement des médecins

La population étudiée était des médecins généralistes installés à la Réunion y compris les collaborateurs.

Nos critères d'exclusion ont été les médecins remplaçants non installés et les médecins exerçant en structures type SOS afin de se concentrer sur le rôle de suivi sur le long terme du médecin traitant.

Le recrutement s'est fait de façon aléatoire, au hasard via l'annuaire téléphonique ou dans le réseau de connaissance de l'intervieweur.

Contactés par téléphone, les refus de participations à l'étude étaient justifiés essentiellement par un manque de disponibilité des médecins sollicités.

L'échantillonnage a été raisonné à partir de la population d'intérêt. Ainsi nous avons obtenu un ratio homme/femme équilibré (le genre n'ayant pas montré d'influence dans l'analyse des données), dans des zones géographiquement différentes. La répartition géographique en quatre zones a été définie en se référant à partir de la carte des établissements de santé à la Réunion et la carte de répartition des arrondissements. Ainsi nous avons dégagé quatre zones à étudier : Nord, Ouest, Sud et Est. (*Annexe 4*).

Les variables types : sexe, âge, ancienneté d'installation ont été récoltés en fin d'interview.

4.3. Déroutement des entretiens

Des entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés et ce jusqu'à saturation des données.

Un guide d'entretien a été préalablement établi à partir d'une recherche bibliographique. Il contenait les différentes thématiques liées au sujet étudié : le rôle du médecin généraliste, l'orientation des victimes, le suivi des victimes, les propositions d'amélioration de la prise en charge, ainsi que la perception du problème à la Réunion.

Ce guide a été modifié au cours de l'étude en fonction de l'analyse itérative et des faits d'actualité concernant le sujet. (*Annexe 5*)

En début d'interview, l'enquêteur se présentait en tant qu'interne en médecine générale et exposait l'objet de l'étude, puis l'entretien débutait avec une question choisie intitulée « brise-glace » pour remettre en situation le médecin interviewé.

Nous évoquons donc d'abord une situation de violences conjugales qu'il aurait pu prendre en charge au cabinet. L'enquêteur relançait ensuite sur les thèmes plus précis issus du guide. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits en verbatim.

4.4. Analyse des données

Après chaque entretien, l'intervieweur consignait ses ressentis immédiats de l'échange dans son carnet de bord. (*Annexe 6*)

Le codage initial a été réalisé séparément par deux chercheurs (Aurélien BLOTTIAUX et Mary LEBLEU). Les codes ont été ensuite mis en commun et discutés.

Les catégories ont été créées à partir du codage initial par les deux chercheurs (AB et ML) séparément puis mises en commun et finalisées.

4.5. Aspects règlementaires et éthiques

Tous les participants ont donné leur accord oral et écrit à l'étude via un formulaire de consentement proposé à chaque début d'entretien. (*Annexe 7*)

Toutes les données ont été anonymisées, et les fichiers audios détruits à l'issue de l'étude. Aucun fichier nominatif n'a été consulté. Cette étude ne nécessitait pas de déclaration auprès de la CNIL ni d'avis du comité d'éthique.

5. Résultats

5.1. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Au total 14 médecins généralistes ont été interviewés entre septembre 2019 et mars 2020. Les profils des médecins interrogés sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	Sexe	Âge	Zone	Ancienneté d'installation
Médecin 1 (M1)	H	64 ans	Nord	35 ans
Médecin 2 (M2)	F	> 50 ans	Est	10 ans
Médecin 3 (M3)	H	> 50 ans	Est	>20 ans
Médecin 4 (M4)	H	55 ans	Est	8 ans
Médecin 5 (M5)	H	31 ans	Nord	9 mois
Médecin 6 (M6)	F	36 ans	Nord	2 ans
Médecin 7 (M7)	H	43 ans	Est	10 ans
Médecin 8 (M8)	F	44 ans	Nord	10 ans
Médecin 9 (M9)	H	64 ans	Ouest	32 ans
Médecin 10 (M10)	F	46 ans	Ouest	4 ans
Médecin 11 (M11)	H	55 ans	Ouest	10 ans
Médecin 12 (M12)	F	44 ans	Sud	12 ans
Médecin 13 (M13)	F	40 ans	Ouest	1 an
Médecin 14 (M14)	F	38 ans	Sud	2 ans

Tableau 6 : Caractéristiques des médecins interviewés

La durée moyenne des entretiens était de 17 minutes (de 11 minutes à 37 minutes).

Les durées courtes d'entretien peuvent être expliquées par des réponses courtes ou fermées du médecin interrogé et des difficultés de l'intervieweur à réaliser de bonnes relances, difficultés plus présentes en début d'étude que sur la fin de l'étude.

Les zones géographiques ont été étudiées dans un ordre Est, Nord, Ouest et enfin Sud pour des modalités pratiques des déplacements de l'intervieweur. Seule la zone Sud est moins représentée du fait de l'arrivée à saturation des données, obtenu au 13^{ème} entretien. Un entretien supplémentaire n'a pas apporté de nouvelles données.

5.2. Analyse ouverte

L'analyse ouverte et l'étiquetage initial ont permis d'aboutir à un livre de codes contenant 100 codes (*Annexe 8*).

5.3. Analyse axiale

À partir des données recueillies, l'analyse des codes ouverts a permis d'identifier 78 propriétés (*Annexe 9*) pour finalement faire émerger **5 catégories** : accueillir la révélation, pouvoir orienter, oser aborder le sujet des violences conjugales, exercer à la Réunion, et faire évoluer sa pratique.

a) Accueillir la révélation de violences conjugales

- Soutenir et accompagner

Lorsqu'ils sont face à une révélation de situations de violences conjugales, la plupart des médecins interrogés mettent en avant l'importance de marquer ce moment pour la victime.

C'est avant tout prendre le temps d'écouter, lui proposer un espace de confiance et de paroles. C'est aussi réussir à dialoguer, lui faire verbaliser ses problèmes, afin d'évaluer aussi l'état psychologique de la victime. Certains médecins précisent également l'importance de valoriser la victime et de la faire déculpabiliser.

M6 : « Alors déjà je l'ai laissé parler, parce que c'est une chose qui je pense est compliquée à faire, donc je pense que le jour où quelqu'un le fait il faut déjà lui laisser ce temps-là, un temps important. Dans un second temps il faut aussi évaluer l'ambivalence, parce qu'il y a une ambivalence qui est très compliquée [...]. J'ai l'impression qu'il y a aussi en fonction de la réaction du médecin des choses qui vont être dites ou pas. »

M10 : « on le prend le temps on peut pas la mettre dehors au bout de cinq minutes, lui prendre la tension et lui dire on va faire un signalement ou je vais vous envoyer... parce qu'on sent un peu la femme hésitante qui vit ça depuis longtemps, pour cette dame-là c'était libérateur quelque part qu'elle en parle, mais c'était que le début »

M1 : « Ecouter la souffrance, la comprendre [...] moi je leur propose d'en parler [...] ne pas supporter ça, ne pas accepter, ne jamais accepter, ne surtout pas se culpabiliser. »

M5 : « C'est plus souvent des consultations qui sont faites à distance de l'agression et du coup [...] je prends beaucoup plus de temps sur la discussion et la consultation sur l'aspect psychologique plutôt que sur l'examen clinique. [...] Il me semble quand même que de temps en temps elles viennent demander de l'aide mais sans parler de l'agression initialement et que en fait ça vient au fur et à mesure. »

M9 : « C'est une jeune femme de 25 ans qui a 4 enfants et qui commençait à venir me voir en me disant « Docteur ça va pas je comprends pas, on se dispute avec mon mari » tout ça [...], alors je fais un interrogatoire de maltraitance et elle commence à me raconter des choses où elle était à la fois sous emprise, c'est-à-dire qu'elle était sans arrêt entrain d'excuser ce qu'il était entrain de faire, et la description d'une maltraitance [...] une situation incroyable où je lui dis « mais vous savez comment ça s'appelle ? » « ah bon vous croyez docteur ? » « vous êtes violenté, vous êtes maltraité par votre mari ». »

M11 : « Bah on est déjà beaucoup dans l'entretien moi je leur demande quand même, enfin je les aide à exprimer, je les aide à verbaliser un peu leurs problèmes. »

Face à la victime, les médecins tentent de garder une attitude neutre, ils souhaitent être impartial, tout en étant empathique à la fois. Pour l'un d'entre eux c'est important ne pas chercher l'origine des violences

M2 : « J'essaye d'être le plus neutre possible. »

M10 : « Toujours on va dire bienveillant et sans jugement. »

M9 : « Je reste dans l'empathie je suis pas dans la plainte. »

M1 : « Je ne cherche pas forcément à savoir les raisons des disputes, parce que ça leur appartient, la violence est inacceptable, donc je ne leur fais pas raconter pourquoi il t'a frappé et pourquoi... Je ne cherche pas forcément à savoir la cause, parce qu'il n'y a pas forcément de raisons à ça. »

Dès la révélation, il va s'agir pour certains médecins d'essayer de mettre en place un suivi et de réussir à y faire adhérer la patiente. Au contraire pour d'autres, il s'agira de laisser la victime revenir en consultation selon ses besoins, comme nous pourrons le voir plus tard.

M5 : « Je les encourage à ce qu'on mette en place un suivi [...] Leur proposer moi-même de les revoir quand il y avait une détresse psychologique pour l'accompagnement psychologique, dépister un syndrome dépressif sous-jacent et le prendre en charge... »

M11 : « Quand des situations sont importantes je leur dis pas « vous venez dans quinze jours » non je leur dis « vous venez demain, repassez demain, on va voir si ça va un peu mieux » je leur donne des rendez-vous vraiment très proches pour pouvoir suivre un peu, avancer un peu. »

M13 : « En général moi je les reconvoque, je leur dis de revenir comme ça on fixe un rendez-vous, ce qui leur permet de revenir et qui ne laisse pas la porte ouverte à un grand flou, donc en général je les reconvoque. »

Pour d'autres médecins, il est important dès le début de réussir à mettre en place des stratégies pour aider la victime à combattre ses violences et la banalisation de celles-ci, afin de prévenir une récurrence dans certains cas.

M8 : « j'ai vraiment essayé de lui faire comprendre que c'était pas normal, qu'il y a un problème de respect de la personne, qu'elle méritait l'amour comme toutes femmes, de respect, qu'il y en avait beaucoup dans sa situation, qu'il y en avait beaucoup qui n'osait pas porter plainte de peur d'avoir des répercussions. »

M9 : « Je mets en place des stratégies, par exemple avec elle je lui ai demandé quel est l'endroit où vous êtes sûr qu'il va pas [...]. Et la consultation d'après alors ? elle avait mis une autre stratégie en place, mais en tout cas il y avait quelque chose de constructif qui avait été mis en place, elle comprenant qu'il fallait qu'elle sorte de ce piège, mais elle savait pas comment, je lui ai donné entre guillemets des devoirs à la maison, « on va essayé ça on va essayé ça, on en reparle et on se revoit dans 15 jours ». »

M10 : « et je lui dis à nouveau l'anormalité, que personne n'a le droit de porter la main sur elle, vraiment personne personne et pour aucune raison et que s'il a fait il y a quelques mois il va le refaire »

M11 : « souvent il y en a qui ont des syndromes anxieux donc forcément donc il y en qui vont demander un médicament ou anxiolytique parce qu'ils peuvent pas dormir ou quoique ce soit, mais il faut vraiment entendre que c'est pas l'essentiel de la plainte quoi, [...] ce qu'il faut c'est pas forcément effacer vos symptômes c'est les comprendre, pouvoir rebondir, pouvoir faire quelque chose pour vous sortir de là donc on va pas vous endormir pour pouvoir oublier ce que vous avez à faire, enfin ce que vous pouvez faire. »

- Evaluer le danger

Lors d'une révélation de situation de violences conjugales, évaluer le danger est l'un des premiers réflexes évoqués par les médecins interviewés.

Il s'agit de pouvoir s'assurer d'une mise à l'abri de la victime et de son entourage, en évaluant le contexte de vie de la victime, et si besoin en orientant vers une structure hospitalière ou vers les forces de l'ordre.

M2 : « Je dois sentir la dangerosité de la situation [...] si je veux que ça aille un peu plus loin sa protection je fais carrément un certificat à part comme quoi son état nécessite une protection de mise en sécurité »

M10 : « Une jeune femme mère de deux jeunes [...] arrive un jour en me disant qu'effectivement elle a été battue par son mari voir plus et sur le moment elle est hors du domicile, parce que ma question était de savoir si elle vivait toujours chez le domicile de son mari parce qu'elle avait deux jeunes enfants avec elle. »

« Ce que j'ai fait une fois aussi, j'ai appelé la police, je lui ai dit vous restez dans la salle d'attente avec vos deux enfants.[...] je la fais patienter mais c'est quelqu'un qui potentiellement peut partir très vite du cabinet parce qu'elle est très instable par la peur et va retourner chez son bourreau. »

M13 : « en fait elle a été hospitalisée pour un problème gynéco dans le cadre de sa grossesse et c'est dans ce cadre-là qu'elle a pu être mise en sécurité [...] en tout cas je sais qu'à posteriori j'étais rassurée, car je savais qu'elle était en sécurité et prise en charge. »

M5 : Le seul danger imminent dont je me souviens c'était cette histoire quand j'étais interne aux urgences et là je lui avais proposé de la garder en observation, hospitalisation pendant la nuit

Par ailleurs, lorsque on interroge les médecins sur le sujet des enfants exposés aux violences conjugales : quatre médecins s'intéressent de façon systématique aux répercussions sur les enfants et plus de la moitié des médecins interviewés s'assurent aussi de les protéger en réalisant parfois des signalements.

M6 : « Toujours, je me demande toujours s'il y a des enfants, [...], je demande l'âge parce qu'en fonction de l'âge aussi c'est pas le même vécu [...] ça m'est arrivé une fois que une dame dise que, alors c'était pas de violences physiques sur l'enfant mais en fait l'enfant assistait donc c'est une violence aussi. »

« Après moi je m'affole surtout quand il y a des enfants en bas âge et tout ça, normalement il devrait pas y avoir de différences mais en même temps les signalements sont bien plus, enfin je suis plus ... »

M7 : « Dès qu'il y a un enfant entre guillemets c'est limite plus simple parce que on peut faire un signalement, une information préoccupante. »

M12 : « Quand les enfants sont en danger ça pose pas de problème, on peut faire un signalement au procureur ou quelque chose comme ça. »

M13 : Alors dans l'urgence c'est facile, il faut qu'ils soient mis à l'abri de façon immédiate avec leur mère, donc moi là j'en sais rien, je sais pas qui fait quoi, moi je fais un signalement surtout quand c'est des mineurs.

- Expliquer les démarches

Après accueilli la révélation et évaluer un danger potentiel, les médecins prennent souvent le temps d'expliquer à la victime quels sont les différents recours auxquels elle peut avoir accès.

M6 : « Je lui dis ce qu'il existe, je lui dis qu'il y a des assistantes sociales, il y a les centres d'hébergement en urgence ou les urgences simples, il y a aussi les relais familiaux ou les choses comme ça. »

M7 : « Alors moi j'ai, on a les coordonnées de Femmes Solidair', [...] après bah euh normalement je sais que les forces de l'ordre ils sont censé avoir une personne dédiée à ce système, enfin à l'aide, à l'écoute pour les violences conjugales, après il y a aussi un numéro de téléphone mais je suis pas sûr que ça marche ici, plutôt en métropole, moi je préfère plutôt donner ce petit papier avec les coordonnées en insistant d'aller jusqu'au bout de la démarche. »

M8 : « Je lui ai dit, que si un jour elle voulait qu'on l'aide on avait des professionnels qui étaient habitués à ça et donc qu'il fallait pas qu'elle hésite à nous contacter parce qu'elle était loin d'être la seule et qu'il fallait pas qu'elle reste dans son cocon. »

M10 : « Je lui donne le 115 et le 119, je lui dis ça existe, c'est anonyme vous pouvez appeler si vous ne savez pas où aller et qu'il faut pas hésiter à le faire et je sais pas si elle le connaissait. »

Parmi ces recours, pour l'ensemble des médecins interrogés, le plus important c'est d'inciter la victime à porter plainte ou « seulement » réaliser une main courante.

M1 : « Les encourager de toute façon à porter plainte systématiquement même si elles ne veulent pas, il faut aller jusqu'au bout. »

M3 : « Après moi je les encourage à porter plainte, mais elles sont dans le bon chemin parce qu'elles viennent souvent pour ça, c'est plus un encouragement. »

M5 : « Je les encourage systématiquement à porter plainte et dans le processus de la plainte, je leur propose systématiquement le certificat de coups et blessures. »

M8 : « Juste faire une main courante, dès qu'il y a un coup quoique ce soit même si elle veut pas porter plainte, de laisser une trace à la gendarmerie quand même, elle a le droit de laisser juste des traces comme ça si un jour elle décide tout est mis en place. »

Dans la démarche d'aller porter plainte, les médecins sont souvent sollicités par les victimes pour la réalisation d'un certificat médical initial (CMI), mais ils peuvent aussi leur arriver d'en proposer un s'ils constatent des violences physiques.

M1 : « Dès qu'il y a des coups je le propose, des fois les femmes quand elles viennent c'est qu'elles demandent un certificat, je le fais systématiquement. »

M5 : « En fait elle venait à la demande des gendarmes et elle ne venait pas de son plein gré, ce n'était pas une aide qu'elle me demandait c'était vraiment purement administratif pour le certificat médical. »

M7 : « Bah c'est surtout quand les femmes veulent porter plainte, la plupart du temps, c'est les forces de l'ordre qui en veulent un pour agréer la plainte. »

M9 : « C'est toujours la même chose, elles viennent elles veulent un certificat pour aller déposer plainte, mais ça m'arrive de le proposer si je vois des choses, on leur dit « vous savez si vous allez voir la loi il faut quand même que ce soit appliqué avec un certificat ». Donc même un certificat où j'atteste que la personne a une situation de traumatisme psychologique même si il y a pas de bleus. »

M13 : « La consultation type c'est la femme qui vient après avoir reçu des coups et bien évidemment c'est pas la première fois ou alors c'est la première fois et elles sont arrivées à un point où elles acceptent plus donc elles viennent demander un certificat. »

Dans la rédaction du certificat, la majorité des médecins, sont attentifs à notifier dans leur écrit, après l'examen clinique et les faits rapportés, les complications psychologiques qu'ils ont pu constater chez la victime.

M1 : « Toujours dans mes certificats je mets en premier souffrance morale, traumatisme psychologique, pour moi c'est très important. Et après je détaille traumatisme psychologique sévère voilà, donc ce n'est pas que les coups c'est quelque chose de moral aussi donc je l'écris toujours et puis je détaille tous les coups visibles ou suspects ou pas forcément visible tout ce dont elle se plaint. »

M5 : « La rédaction du certificat ça c'est quelque chose qui ne me pose pas de soucis, je fais des descriptions assez détaillées quand il y a des signes cliniques et je met systématiquement un mot sur l'atteinte psychologique. »

M13 : « Ce certificat type c'est descriptif et évidemment il y a toujours une ligne sur le choc psychologique c'est ça qui fait peser dans la balance mon ITT en général. »

Bien que souvent flou pour certains médecins interviewés, le calcul de jours d'Incapacité Total de Travail (ITT) est souvent réalisé par les médecins. Trois médecins évoqueront un seuil de huit jours considéré comme « significatif » en termes de poursuites judiciaires.

M1 : « En général je mets toujours au moins une semaine pour que ce soit pris en considération, plus de sept jours parce que sinon ça passe à la trappe. »

M8 : « Je sais que quand c'est vraiment quelque chose de très violent et qu'il faut que ça passe au pénal je mets plus de 8 jours parce que je sais qu'il faut qu'il y ait des répercussions »

M9 : « Je sais juste que c'est plus de 8 jours ça passe en expertise. »

- Prendre des décisions

Après avoir écouté, évalué le danger, parfois rédigé un certificat, quelles décisions prendre ? Voici ici une notion intéressante qui a émergé de la recherche du fait de visions très variées voire parfois opposées à ce sujet parmi les médecins interrogés.

En effet, après avoir expliqué les démarches possibles, beaucoup de médecins laissent l'initiative aux victimes y compris celle de revenir consulter au cabinet.

M4 : « on leur dit qu'on est là évidemment mais je ne propose pas un rendez-vous. »

M7 : « A part que la porte est ouverte, faut qu'elle revienne discuter au cabinet, je propose mais c'est à elle de prendre son rendez-vous. »

M14 : « je laisse la personne revenir quand même [...] laisse la porte ouverte, je n'imposerai pas un suivi non, je pense que c'est pas une bonne idée. »

M10 : « Elle revient si elle a besoin, je lui laisse le libre arbitre de revenir, je laisse la porte ouverte. [...] elle est le libre arbitre de ses choix, donc elle décide d'y aller ou pas, je peux pas l'emmener par la main. »

M13 : « Je me suis jamais penchée précisément sur la psychologie de la femme victime de violences, mais je pense que c'est quelque chose de très très spécifique [...] il y a un cheminement qui prend très probablement beaucoup beaucoup de temps avant que des décisions soient prises. »

D'autre part, interrogés sur le sujet de l'entourage de la victime, pour quelques médecins il s'agira, si des enfants ont été exposés à des violences, de réussir à convaincre la victime de réaliser ses démarches et ainsi de décider ensemble.

La majorité des médecins préciseront que pour eux, la prise en charge est facilitée s'ils doivent protéger des enfants, notamment en réalisant des signalements sans l'accord de leurs parents.

M7 : « Le fait qu'il y ait un enfant témoin ça donne des arguments d'avancer sur les démarches, les procédures, de verbaliser le problème. »

M10 : « Il faut lui montrer que si il a parlé ou agit comme ça en face des enfants ou qu'il a eu un acte déplacé envers des enfants ou possiblement des coups c'est qu'il est capable de plus du tout se contrôler, déjà il s'est pas contrôler avec elle, mais aussi avec ses enfants.

« Après j'ai envie de prendre une décision à la place de la mère qui veut pas faire les démarches comme quoi elle est en danger, mais j'ai presque envie de dire si je devais le faire c'était pour sécuriser les enfants, parce que si les enfants ont des marques sur le corps c'est tout de suite les urgences et le 15 et faut pas les laisser là. »

M11 : « peut-être les personnes prennent plus facilement des décisions par rapport à d'autres personnes qu'eux-mêmes, notamment les enfants. »

Enfin, en cours d'étude, nous avons interrogés également les six médecins restant sur la possibilité de « décider à la place de la victime » suite à l'annonce du premier ministre Mr Edouard PHILIPPE lors du grenelle des violences conjugales en 2019.

La proposition est de pouvoir déroger au secret médical en signalant aux autorités judiciaires une victime de violences conjugales, surtout si elle est en situation de danger. Questionnés sur cette annonce, trois médecins y étaient fortement favorables, les trois autres restants étant plus mitigés, évoquant notamment la peur de répercussions en tant que médecin de famille (que nous verrons plus loin).

M7 : « si on est pas obligé d'avoir l'accord des personnes qui subissent des violences pour déclarer aux forces de l'ordre, je pense que ça va changer un peu la donne. »

M11 : « Bah moi de toute façon j'ai spécialement de doute dans la mesure où il y a justement le secret médical et puis il y a le refus d'aide ... comment on dit ça ? La non-assistance à personne en danger ? Donc de toute façon la non-assistance à personne en danger si on est persuadé du danger imminent, immédiat, etc ça passe devant le secret médical pour moi. »

M9 : Bien sûr c'est ce qu'on appelle la réduction des risques. [...] c'est pareil pour les femmes « ah oui, mais si on ne respecte pas le secret elles vont plus venir », tu parles on va faire un me too, ça va faire boule de neige. Après peut être que certaines seront choquées et reviendront plus, mais la plupart diront « enfin on prend en compte ».

b) Pouvoir Orienter

- Connaître le réseau à la Réunion

Afin d'être aidé dans les prises en charge, il est nécessaire pour certains médecins d'orienter ces patients. Lorsque la situation est perçue comme trop complexe, qu'il y a des enfants exposés ou bien quand il y a eu des violences sexuelles, quelques médecins orientent leurs patient(e)s vers l'unité médico-judiciaire (UMJ) du CHU de la Réunion.

M5 : « Je me souviens d'un contexte compliqué [...] où j'avais adressé la patiente au centre de victimologie je crois du CHU de Bellepierre pour justement qu'elle soit examinée par, il me semble que c'est un médecin, une assistante sociale qui sont formés pour la victimologie. »

M6 : « De toute façon le côté psychologique il est compliqué, dans ces cas là il vaut mieux avoir un suivi, il y a la victimo qui existe aux urgences, il y a ce genre de consultations qui peuvent nous aider à étayer un petit peu. »

M10 : « Lorsqu'elle me dit [...] qu'il y a eu une agression physique et sexuelle, là je lui dis que c'est très sérieux et il faut que vous soyez pris en charge par un spécialiste, il faut que vous voyiez la victimologie et pour moi c'est mon seul réseau [...] je lui dis on va prendre en compte votre crainte, votre peur, la sécurité de vos enfants. »

M12 : « Je vais envoyer en victimologie, après ça m'empêche pas d'en parler quand je les vois en consultation, mais je suis pas spécialisée, je suis pas psychologue, je me sens pas capable de prendre en charge que ce soit l'enfant ou la femme. »

Les médecins sollicitent assez souvent l'aide pour la prise en charge psychologique via des centres médico-psychologiques (CMP), certains d'entre-deux se tournent également vers des structures comme les groupements d'unités territoriales (GUT) lorsqu'ils ont besoin de conseils d'ordre « social ».

M13 : « Je vais essayer de contacter le GUT ou l'équivalent pour savoir ce que je dois faire. En fait moi je demande de l'aide, parce que en gros je sais pas exactement, j'ai pas de protocole clair dans ma tête, mais je sais qui appeler pour avoir des informations. »

M12 : « Je délègue parce que je ne connais pas trop la prise en charge les choses comme ça, j'envoie très souvent en victimologie, le psychologue ou le psychiatre plutôt, j'envoyais au CMP. »

M11 : « Je leur propose d'avoir une consultation spécialisée type psychiatre [...], psychologue quand je sens que c'est un petit peu moins urgent on va dire. »

Pour une partie des médecins une méconnaissance des acteurs présents dans leur secteur est ressentie comme une difficulté à la prise en charge de ces victimes comme nous pourrions le voir prochainement

M10 : « Une structure type CMP, assistante sociale euh... peut être comme les AA, les alcooliques anonymes un suivi avec des femmes aussi qui s'en sont sortis, avoir l'exemple d'un parcours de transformation et de réussite par rapport, aux gens qui ont été dans les mêmes situations, je crois que ça existe à la Réunion, mais je connais pas, je connais pas ce réseau-là. »

M13 : « j'ai l'impression que l'offre de pour la prise en charge de ces personnes-là est hyper dispatchée [...] ce qui me manque c'est un numéro unique pour pouvoir demander ce que je fais, parce que c'est pareil l'offre associative dans pleins de domaines elle est hyper riche, mais on ne sait jamais rien, il y a pas d'annuaire qui rassemble ou alors il y en a un, mais c'est tellement mal communiqué que on est pas au courant. »

- Avoir un relai efficace pour la prise charge

Pour l'ensemble des médecins interviewés, pouvoir orienter c'est pouvoir avoir des interlocuteurs directs à qui demander des conseils. C'est aussi avoir un réseau ou « micro-réseau » réactif et disponible afin pour assurer un relai efficace dans la prise en charge.

M9 : « elle ne voulait pas porter plainte donc moi j'ai été chez les gendarmes et j'ai demandé aux gendarmes qu'est qu'ils en pensaient, ils m'ont dit « docteur faite un mot au procureur », donc j'ai fait une lettre au procureur. »
« Les gendarmes ils nous connaissent [...] donc quand ils nous voient débarquer pour ça, on s'assoit on discute [...] on travaille ensemble, on est là pour protéger les gens que ça soit eux au niveau de la loi et moi au niveau médical. »

M14 : « Moi je préfère appeler pour rien que de laisser partir quelqu'un alors que j'ai un doute donc voilà, bon pour l'instant ça n'a freiné personne que je propose d'appeler ou d'avoir un avis. »

M6 : « un réseau très réactif et pas un rendez-vous dans un mois et demi, je pense que ça pourrait être utile. »

Une partie des médecins, évoquent le fait de vouloir connaître plus de référents dans le domaine associatif et social.

M6 : « ce qu'il me manque c'est plus le côté social c'est-à-dire les assistantes sociales de secteur et tout ça, j'avoue que je les connais pas [...] c'est vrai que de travailler en réseau. »

M13 : « l'idée c'est de les protéger donc il faut qu'elles aient une prise en charge sociale [...] après ça dépend c'est l'assistante sociale de secteur si elles vont à la mairie, elles font un super boulot les assistantes sociales [...] par contre je connais pas d'associations. »

c) Oser aborder le sujet des violences conjugales

- Être disponible

Quelques médecins abordent aussi la notion de disponibilité. Pour eux il faut réussir à avoir du temps pour ses patients, afin de pouvoir oser aborder le sujet (et donc « s'exposer » à « accueillir une révélation ») et/ou réaborder le sujet quand les victimes reviennent.

M7 : « C'est un peu toujours pareil on serait censé y penser un peu tout le temps mais après c'est en fonction du nombre de consultations, du nombre de temps, on va poser ou pas la question. »

« Si c'est pas verbalisé mais que l'on suspecte, bah qu'est ce qu'on va faire de ça comme information derrière ça dépendra un peu de son humeur, du temps que on a et de voilà entre guillemets l'envie de mettre les pieds dans le plat. »

M3 : « Après c'est difficile d'aborder ça, des femmes qui ont des sévices et qui n'en parlent pas [...] à partir du moment où elles en parlent ça me met pas trop en difficulté, si elle aborde le sujet, je vois ce qui se passe. »

M11 : « C'est super important que le généraliste soit là et en plus soit disponible, moi je leur dis toujours vous venez quand vous voulez. »

Lorsque on demandait aux médecins de raconter une situation de violences conjugales, cinq d'entre eux ont reconnu avoir été étonnés par des révélations tardives de leurs patient(e)s, malgré un suivi de plusieurs années.

M4 : Une fois on a discuté un petit peu parce que on ne s'en aperçoit pas tout de suite, et en discutant effectivement le mari la frappait et ça durait depuis de nombreuses années.

M8 : J'étais vachement étonnée par ce que je suis toute la famille et lui aussi et j'aurai jamais imaginé qu'il soit violent en fait, et puis même elle en fait, si elle me l'avait pas confié j'aurai pas dépisté un problème de comportement ou quoique ce soit.

- Dépister

Oser aborder le sujet, c'est aussi se donner les moyens de dépister. C'est d'ailleurs un des rôles majeurs du médecin généraliste, identifié par les médecins interrogés. C'est être attentif à toutes les catégories socio-professionnelles, toutes les catégories d'âges, que soient des femmes ou bien des hommes.

M14 : « C'est important de poser des questions, dépister. »

M9 : « Qui peut dépister avant le médecin généraliste ? Si les amis qui sont sensibilisés et à qui on raconte les choses ou bien la famille quelquefois et après c'est le médecin généraliste. »

« Malheureusement ce n'est pas seulement dû à l'éducation. On peut avoir une femme maltraitée qui sont..... Une fois une femme de gendarme qui arrive, CRS [...] . »

M11 : « C'est pas seulement dans des endroits reculés, c'est un peu partout, [...] parce que j'ai eu plusieurs cas avec [...] des hommes, qui vont à Mada et qui ramènent quelqu'un et puis que cette personne est maltraitante [...] et qui se fait battre par la personne. »

Pour certains médecins, réussir à dépister c'est savoir repérer les motifs cachés lors des consultations, ou bien savoir aborder le sujet de manière détournée.

M14 : « Elle venait parce qu'elle avait mal à l'oreille, [...] et en fait effectivement en l'examinant, elle me le montrait pas très clairement, mais elle m'a montré sa joue et c'était clairement un coup qu'elle avait reçu, et puis il y avait des traces importantes, je crois des ecchymoses et donc je me suis quand même lancée à lui poser la question sur ce qu'il s'était passé, elle a fini par m'expliquer qu'effectivement c'était son conjoint. »

M4 : « Une dame qui vient et qui a souvent des hématomes, qui dit qu'elle est tombée et puis une fois on a discuté un petit peu. »

M10 : « Il y a eu des maux physiques, il y a eu des souffrances psychologiques, psychosomatiques qui montrent que c'est une personne en souffrance, mais jusqu'à ce que les mots sortent et là c'est vrai qu'on a notre place. »

M13 : « On est là pour dépister [...] je fais ça beaucoup aussi, lorsqu'elles viennent pour des plaintes de fatigue, quand elles viennent faire leur frottis, c'est toujours une question qui fait partie de mon interrogatoire, violences sexuelles aussi [...] ou quand il y a une consultation hyper tendue avec d'autres membres de la famille ou avec les enfants, que je vois que ça crie ou qu'il y a quelque chose j'essaye de les voir seule et de parler un peu et voir ce qu'il se passe à la maison. »

M6 : c'est vrai qu'il y a des confidences qui sont lâchées comme ça d'une manière assez brutale lors de conversation sur une question plutôt anodine.

d) Exercer à la Réunion

- Être médecin de famille

Selon la majorité des médecins interviewés, être médecin généraliste à la Réunion c'est aussi être médecin de famille. Tous sont unanimes sur le fait qu'ils seront souvent le premier recours pour les victimes et que leur place en tant médecin de famille est une place centrale dans la prise en charge.

M5 : « Je pense que on est les premiers, on fait partie des premiers acteurs vers qui les femmes vont se tourner pour oser en parler, parce que déjà c'est une honte pour elle [...] on fait partie des premiers acteurs du maillon. »

M14 : « On est le premier recours et puis justement il y a le secret médical, il y a la confiance, on suit plusieurs membres de la famille.

M13 : « C'est le premier maillon, donc c'est essentiel, c'est même pas privilégié, c'est indispensable. »

M8 : « On a vraiment une place centrale. »

Du fait de son positionnement particulier, le médecin généraliste peut appréhender le contexte global de la famille, et évaluer au mieux le soutien familial et amical des victimes.

M6 : « Je pense qu'il a une place importante parce que l'air de rien souvent il y a pas que le patient ou la patiente, il y a aussi tout l'univers familial [...] je trouve que on a beaucoup plus de petits éléments qui nous permettent de voir le contexte par rapport aux urgences où on arrive juste pour une petite demi-heure. »
« J'essaie d'évaluer l'entourage un petit peu aussi et la validation que peut avoir l'entourage par rapport à la personne, parce que souvent il y a aussi un problème de d'isolement progressif ou alors de normalisation de la violence dans la famille. »

Certains médecins sont aussi attentifs à bien garder une trace écrite dans le dossier du patient. Pour eux il est primordial de préserver le lien de confiance avec leurs patients.

M2 : « Le certificat c'est la patiente qui le récupère, après il y a toujours un double dans le dossier. »

M10 : « Je l'examine quand même physiquement, [...] il y avait deux bleus sur les fesses ou sur les reins je sais plus trop, sur le visage il n'y avait pas de contusions et c'était plutôt le maintien par les bras, je crois, et je spécifie sur mon dossier ce que je constate. »

M14 : « J'ai regardé dans l'historique et j'ai vu qu'elle était déjà venue et qu'il y avait déjà eu, une trace où c'était noté quelque part. »

M13 : « Elle voulait rien faire d'immédiat, mais en fait à ce moment-là j'ai considéré qu'il valait mieux que je garde la relation proche, que j'ai la possibilité de l'appeler et de la revoir très rapidement etc et de conserver un lien de confiance plutôt que de faire un signalement, parce que évidemment j'ai essayé de savoir s'il n'allait pas sortir avec un flingue, mais dans l'immédiat il me semblait, enfin mon jugement de la situation était que il était préférable pour elle de garder le lien. »

Ce statut de médecin de famille peut aussi représenter un frein à la prise en charge pour certains médecins. Suivre l'ensemble de la famille peut, dans des situations de violences conjugales, les mettre dans une position délicate vis-à-vis de la victime et de l'agresseur présumé qui peut être également leur patient.

M7 : « le souci c'est que l'on soigne la famille aussi donc c'est une position très délicate, et puis après on est dans l'intimité de chacun donc oui on est à la fois sur le premier plan pour l'individu mais la problématique de la gestion de la famille elle est très difficile c'est pour ça que on peut faire du diagnostic mais la prise en charge c'est très délicat par rapport à ça .»

Encore plus à la Réunion, les médecins décrivent des familles grandes et soudées formant presque des « clans », ce qui pourrait représenter parfois une menace pour le médecin de famille s'il devait déroger au secret médical pour protéger une victime.

M14 : « C'est pas évident à dépister, car c'est très caché et les familles, ce sont de grandes familles presque des clans donc c'est compliqué, il faut du temps avant que les gens parlent. »

M10 : « Souvent ça peut emmener à ce que toute la famille si il y a un lien familial vous arrive sur le dos et là c'est encore plus compliqué. Donc le secret médical quand il est rompu, alors il faut nous mettre du monde pour nous sécuriser nous, parce que ça peut avoir des conséquences quand même. »

- Prendre en compte les particularités locales

Un des intérêts de la recherche était de connaître la vision des médecins relative au problème des violences conjugales à la Réunion. Pour quatre d'entre eux, la prévalence du problème n'était pas différente du reste de la métropole.

M1 : « Je ne pense pas que ce soit forcément spécifiques à la Réunion parce qu'avant de m'installer j'ai remplacé en métropole et j'ai vu des cas des sévices aussi, je pense pas que ce soit un problème réunionnais. »

M9 : « Je pense que c'est pareil, j'ai pas de désespoir ou espoir particulier l'âme humaine, je pense qu'elle est pareille où qu'elle soit. La Réunion n'est pas épargnée. »

Les dix autres médecins interviewés, ont tous insisté sur la place importante de ce problème, qu'ils estiment méconnu. Pour certains d'entre-deux, ils l'expliquent par une tolérance à la violence, ou un problème « culturel », tout en identifiant des facteurs favorisants comme la précarité ou l'alcoolisme.

M8 : « C'est une situation normale pour les gens, c'est énormément fréquent, c'est horrible. »

M13 : « C'est d'une banalité les violences dans le couple, dans la famille, partout enfin c'est hallucinant. »

M4 : « C'est une habitude, ça fait partie des mœurs, regardez les journaux « tu m'as quitté je te mets un coup de couteau quoi » quand je travaillais au SAMU j'en ai fait plusieurs des femmes assassinées... Donc c'est très important comme problème. »

M5 : « Ça fait partie malheureusement du quotidien de beaucoup de femmes [...] quand on discute avec les mamies que l'on suit pour des problèmes chroniques j'ai l'impression que plus de la moitié étaient victimes de violences conjugales et donc ça faisait partie des habitudes et donc c'est aggravé je pense par le problème d'alcoolisme que on a à la Réunion... mais c'est complètement sous-estimé et c'est un problème majeur. »

M6 : « Il y a une histoire d'honneur et de possession des maris que je ne connaissais pas forcément [...] mais c'est vrai que le fait que une femme [...] qu'elle décide de partir , il y a beaucoup beaucoup de menaces, je vais te tuer et je vais tuer les enfants. »
« j'ai réalisé qu'il y avait quand même plus qu'un problème, une culture de la violence chez la femme et souvent même enfant [...] c'était une norme de subir ça. »

M3 : « Souvent dans les violences c'est l'alcool qui déclenche les bagarres. »

M5 : « Son compagnon avait pris un accès de colère a priori habituel sauf que là l'alcool l'aidant il l'avait attrapé par le cou et plaquée contre un mur. »

M1 : « Oh chantage financier parce qu'il ne travaillait pas, il prenait son argent, il buvait, il fumait avec, et puis il l'embêtait pour n'importe quoi. »

e) Faire évoluer sa pratique

- Rencontrer des difficultés

En interrogeant les médecins sur les difficultés qu'ils peuvent éventuellement rencontrer lors de ces prises en charges, plusieurs ont évoqué être démunis face à certaines réactions de victimes. Ils sont souvent désemparés par la lenteur des prises de décisions, des refus de prises en charge voir des pertes de vue.

M4 : « On a discuté d'abord mais après elle ne voulait pas faire grand-chose... Comme beaucoup de femmes malheureusement quand on leur propose [...]. là elle n'a pas voulu et puis elle ne m'en a jamais reparlé. »

M10 : « Un mois plus tard, c'est la dame que je vois, et là elle m'avoue qu'elle n'est pas allée sur le moment, qu'elle n'a pas fait de démarches particulières, que malgré tout elle a lancé le protocole en marche parce qu'elle a quand même été à la police et elle a porté plainte, [...] ils ont quand même fait une enquête et eux ne savait plus quoi faire avec ça, car elle s'était rétractée [...] et elle est retournée avec lui parce que elle avait pas le choix. »

« Si il y a un danger pour elle et un refus de sa part, je sais pas trop comment je pourrais réagir j'avoue que je suis un peu démunie. »

M11 : « Je lui rédige le certificat après j'insiste pour qu'elle s'en serve, c'est déjà arrivé je me rappelle d'une personne qui a accepté que je lui fasse, mais qui ne s'en est pas servi et qui est revenue plus tard et puis c'est une situation qui s'est un peu pérennisée. »

M14 : « Je lui en ai parlé, j'ai essayé de lui poser des questions, mais elle est restée un peu froide, un peu fermée en fait donc je lui ai juste dit qu'elle n'hésite pas à revenir pour qu'on l'aide. »

Ce qui peut également leur poser problème c'est l'ambivalence dans laquelle sont les victimes.

M5 : « Ce qui moi me marque le plus souvent c'est que quand même cette ambivalence des consultations avec les femmes qui sont victimes de violences c'est-à-dire que... À chaque fois ce sentiment de culpabilité qu'elles ont euh ... la crainte qu'elles ont d'aggraver la situation en venant consulter et surtout le sentiment de responsabilité qu'elles ont... de culpabilité elles ont l'impression que c'est de leur faute si elles ont reçu des coups et que en fait si l'agresseur leur porte des coups c'est parce que l'agresseur n'est pas bien et qu'il a besoin d'aide et qu'elles sont les seules personnes qui peuvent leur apporter de l'aide. »

M6 : « Souvent il y a des peurs qui sont telles avec une emprise telle, il y a une ambiguïté telle donc voilà donc on reste sur ce genre de choses et ce qui est compliqué c'est que après la patiente n'est plus venue me voir donc c'était quasi elle allait voir le collègue mais il y avait plus à en parler. »

M8 : « Elle n'a jamais voulu porter plainte parce qu'elle l'aime et puis elle a trouvé son équilibre comme ça [...] l'amour passe avant tout, c'est dur [...] c'était vraiment un contexte particulier parce qu'elle en était, je sais pas si on peut dire malheureuse, on va dire qu'elle acceptait, tu vois ? »

M11 : « Le problème c'est qu'effectivement c'est toujours pareil, il y a le violent et puis il y a celui qui se fait battre et qui peut être parfois y trouve quelque chose, après c'est caricatural ce que je dis, mais il y a quelque chose, une forme de reconnaissance ou je sais pas ... c'est difficile quand c'est comme ça. »

D'autres évoquent la difficulté à analyser correctement la situation en fonction du discours de la victime, et se méfient parfois d'une survictimisation.

M6 : « Déjà de base dans un couple il doit y avoir deux visions très différentes de la situation, il y a des gens qui sont plus dans le déni et d'autres qui sont plus dans la victimisation, c'est très très difficile. »

M9 : « elle faisait comme si j'étais son sauveur et donc ça en général je me méfie beaucoup parce que c'est des gens qui sont capables de basculer dans l'autre sens. [...] À priori je fais confiance en donc on commence par l'empathie, [...] dans la reformulation, dans l'accumulation de la description dans les éléments cliniques on arrive à dire c'est autre chose, il n'y a pas d'affabulations. »

M11 : « J'ai des difficultés justement par rapport à la personne si c'est quelqu'un que je connais pas trop par exemple, qui va venir, où c'est difficile de déterminer l'historique, etc et puis je vais voir dans la même journée le conjoint arriver pour avoir un certificat aussi, donc là c'est compliqué [rires] donc là j'avoue que c'est compliqué parce que on a les deux versions quoi. »

Après avoir évoqué des difficultés liées à la victime, la majorité des médecins ont mis en avant un manque de pratique. En effet l'ensemble des médecins ont expliqué ne pas être confronté souvent aux situations de violences conjugales, et par conséquent à des situations de danger. Ce qui explique qu'ils n'ont pas eu besoin de mobiliser des acteurs du réseau voire parfois ne les connaissent pas.

M3 : « Danger imminent ? Je n'ai jamais eu le cas, je connais pas du tout de partenaires, savoir à quoi je peux avoir recours, comment les orienter... C'est ça qui me manque. »

M5 : « Après j'ai pas eu beaucoup beaucoup de situations ça fait pas longtemps que je bosse, [...] depuis que je suis installé j'ai dû avoir deux trois cas et sans danger imminent à chaque fois. »

M8 : « C'est vrai que ... euh si j'ai enregistré sur mon ordi sur les contacts , tu vois en cas de violences quelque chose comme ça [cherche sur son ordinateur] tu vois pour te dire comme quoi j'ai jamais utilisé. »

M12 : « De toute façon, je sais qu'il y a des structures d'accueil en urgence s'il y a besoin, mais je vais l'orienter vers la gendarmerie pour porter plainte et puis je regarde sur internet et j'appelle ce que je trouve sur internet, parce que j'en ai, mais à chaque fois ils sont jamais, enfin je les connais pas par cœur. »

Comme nous l'avons vu précédemment, certains médecins interviewés orientent vers des structures comme les CMP pour avoir un soutien ou un relai dans la prise en charge « psychologique » de la victime. En effet beaucoup expliquent qu'assurer seul le suivi psychologique est difficile. D'autant qu'ils ont aussi des difficultés à obtenir un rendez-vous spécialisé en CMP.

M1 : « Le soutien psychologique c'est difficile parce que pour avoir un rendez-vous au CMP c'est difficile, les rendez-vous sont longs. »

M10 : « Il faut qu'on délègue à un moment donné, parce qu'une fois qu'il y a le morceau qui sort c'est compliqué, pour moi c'est un suivi psychologique. »

M11 : « J'ai beau vouloir les orienter vers un psychiatre , déjà les psychiatres c'est très difficile d'avoir un rendez-vous. »

M13 : « Les envoyer vers un psy, ça dépend du profil, ça dépend de l'ouverture, on a quand même un accès au psy qui est hyper compliqué, le CMP ils rappellent pas etc. »

- Améliorer sa prise en charge

Bien que sensibilisés au sujet des violences conjugales à travers leur pratique médicale les médecins généralistes interrogés sont souvent volontaires pour améliorer leur prise en charge. Certains aimeraient avoir accès une formation spécifique à ce sujet. D'autres médecins généralistes arrivent à pallier ce manque en utilisant des outils découverts dans d'autres formations.

M1 : « je suis sensibilisé à ça, lorsque les femmes viennent et qu'il y a beaucoup de souffrance, d'humiliation, personne ne mérite ça et puis comme tu disais il y a la violence psychologique avec des fois chantages au suicide de l'autre côté et menaces sur les enfants et ça touche tout type de milieu. »

M13 : « C'est sûr que dans notre pratique c'est une plainte qui est tellement fréquente et on voit des choses tellement tristes et hallucinantes que c'est difficile d'être insensible. Ce qui est difficile et très frustrant c'est qu'il y a pas de réponses simples. »

M9 : « J'ai fait une formation de management et ça ça m'a vraiment aidé à mettre en place des stratégies pour pas me faire inonder par l'émotion : « ah elle est battue, allez voir les gendarmes » et voilà je jette le bébé avec l'eau du bain. [...] ça m'a pas mis à l'aise, mais maintenant ça me dérange plus du tout au contraire ça me donne la niaque. »

M14 : « J'ai été sensibilisée à ce sujet et bah par moi-même, comme tout [rises], après je pense que en tant que médecin généraliste on est pas suffisamment informés de tout ça, je ne crois pas même avoir vu de formations, fin voilà dans les formations continues là-dessus, donc on s'y intéresse.

Quelques médecins évoquent notamment le fait de ne pas savoir évaluer correctement une ITT par manque de formation ou bien même ne le calcule pas pour ne pas porter préjudice à la victime, en laissant le médecin légiste (UMJ) l'évaluer.

M5 : « Ce qui me pose problème c'est ces fameux ITT. Ça me pose énormément de problème parce que je n'arrive pas [...] j'ai un peu peur de la répercussion du nombre de jours que je peux mettre en fait. Du coup il m'arrive très souvent de faire des certificats médicaux de coups et blessures [...] je ne parle pas de la mention d'ITT, je ne peux pas. [...]. Je ne sais pas pourquoi j'ai cette espèce de crainte des conséquences que ça peut avoir, que ce soit d'en mettre trop ou pas assez et j'estime que on n'est pas bien formés pour ça. »

M6 : « Les ITT on est obligés de les mettre, après ce qui est toujours super compliqué avec les ITT c'est que on a du mal à évaluer et que il y a des choses qu'ils doivent être beaucoup plus complexes que d'autres. »

M8 : « Non je mets pas les ITT je laisse ça à la médecine légale, jamais dans les violences conjugales. »

M12 : Pour moi un ITT ça doit être mis par un psychiatre parce qu'on peut pas mettre des jours comme ça.

Interrogés au sujet des enfants exposés, certains médecins avouent ne pas penser à aborder spécifiquement ce sujet avec la victime lors de la révélation et aimeraient avoir plus de connaissances à ce sujet.

M5 : « Si je me retrouvais face une femme victime de violences conjugales et qu'elle m'expliquait qu'en plus il y avait des gamins qui avaient été victime eux aussi de violences... je serai plus embêté dans ce que je prendrai comme décisions. »

M8 : « On a jamais fait référence à ça, à mon avis les enfants ont dû voir mais c'est vrai que j'ai pas pensé à demander c'est vrai. »

Dans une démarche d'amélioration de leur pratique, et parfois dans un soucis de gain de temps, la majorité des médecins interrogés sont très favorables à la mise en place d'un outil avec les coordonnées d'intervenants du réseau de prise en charge des violences conjugales à la Réunion. Un outil qui permettrait de faire du lien et qui puisse être adapté à leur secteur d'activité.

M7 : « C'est vraiment avoir les coordonnées d'associations de personnes relais. Un support actualisé, les coordonnées fonctionnelles, c'est bien qu'il y ait un relai au niveau des forces de l'ordre mais des fois les femmes , enfin les personnes, ont un cheminement à faire, [...] contact associatif ça semble important ... après je crois qu'il y a une association au niveau du palais de justice non ? »

M14 : « C'est vrai comme on manque un peu d'informations, moi j'aurai tendance à adresser à un psychologue, je regarderai les associations d'aide aux victimes. Pour l'instant j'en ai pas besoin, mais je me dis qu'il faudrait que je l'ai pour pouvoir l'avoir et que je sois pas à chercher pendant un quart d'heure. Et puis après en cas de gros soucis l'hôpital pour qu'elle puisse voir un médecin légiste. Après je connais pas trop dans mon secteur. »

« Une plaquette oui bien sûr, avec les différents numéros en fonction des âges aussi, parce que c'est compliqué au niveau psy pour les enfants. »

Grâce à cet outil, les médecins pourraient ainsi fournir à la victime des numéros de téléphones utiles pour l'aider dans ses démarches

M8 : « Avoir un lien pour médecins et pour patients aussi, tu vois avoir un truc comme un système de pdf qui marque la patiente pour la motiver pour appeler, une petite fiche pour moi avec les coordonnées pour signaler et puis elle la conforter dans son dépôt de plainte et tout ça. »

M6 : « Moi je pense que oui des fiches pratiques avec tous les numéros, une psychologue, une assistante sociale parce que en fait beaucoup de femmes, alors après si c'est des femmes, ce qui leur fait peur j'ai l'impression c'est que déjà elles sont dans [...] une précarité financière qui font que le choix il est souvent vite fait parce que la famille ne valide pas, il y a pas d'aidants. Ils ont peur aussi, peut-être à tort, que la police ne va pas les croire [...] donc du coup je pense qu'une fiche un petit peu globalisée à donner au patient tout de suite avec un réseau très réactif [...] je pense que ça pourrait être utile.

6. Discussion

6.1. Résultat principal

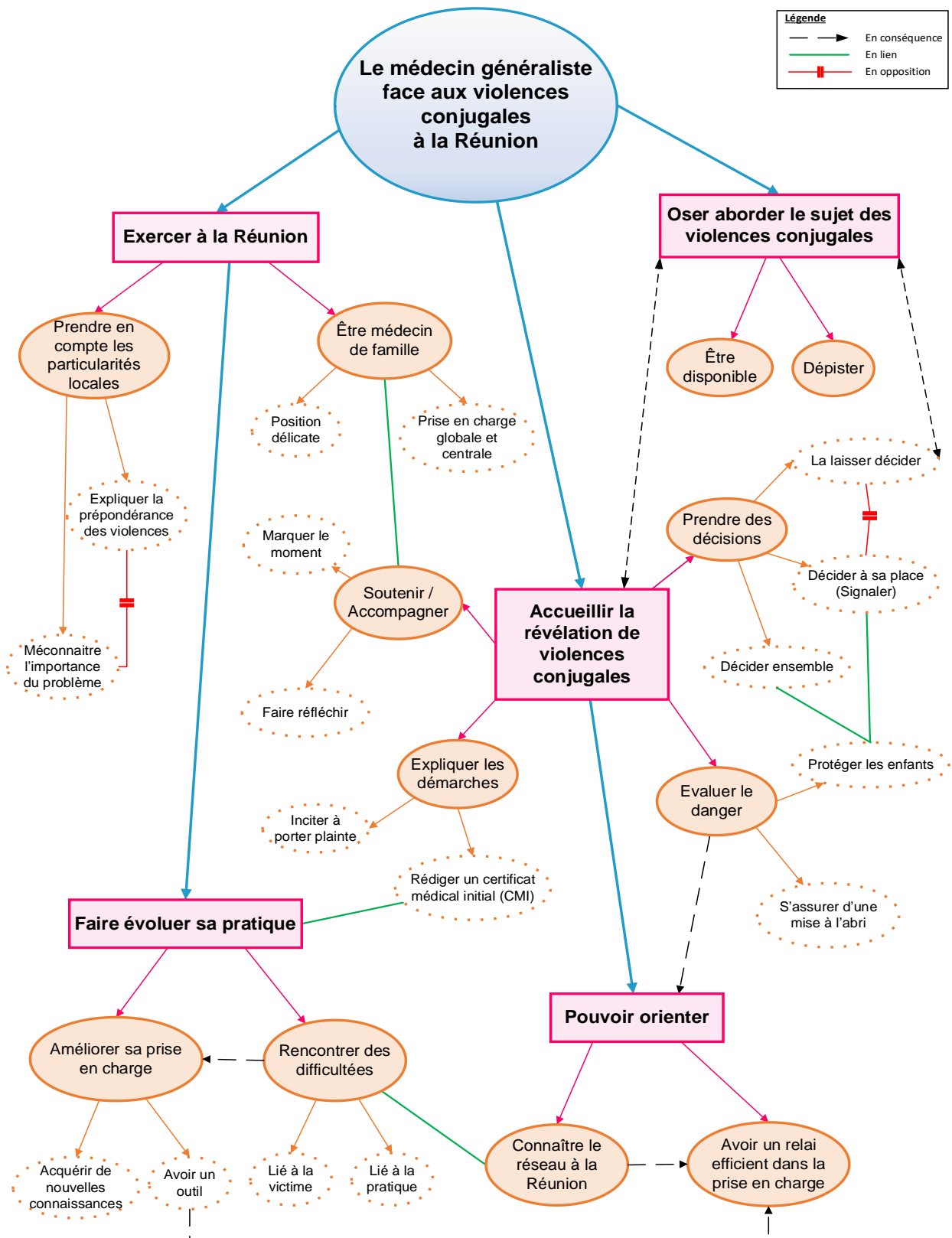


Figure 4 : Les violences conjugales au cœur de l'exercice du médecin généraliste à la Réunion

L'objectif principal de ce travail de recherche était de déterminer comment le médecin généraliste prend en charge des situations de violences conjugales à la Réunion.

L'approche par la théorisation ancrée permet de construire un modèle explicatif qui illustre l'analyse intégrative des données recueillies lors de l'étude.

En effet, le modèle explicatif proposé ci-dessus permet de comprendre comment les cinq catégories identifiées, accueillir la révélation, oser aborder le sujet, pouvoir orienter, exercer à la Réunion et faire évoluer sa pratique, peuvent interagir ou être mise en relation.

Souvent consulté, le médecin généraliste est régulièrement le premier confident vers lequel se tourne la victime. Accueillir la révélation d'une victime de violences conjugales, c'est avant tout apporter un soutien. C'est aussi pouvoir lui permettre de s'exprimer librement et ainsi marquer ce moment important dans son parcours. Cet instant permet au médecin de proposer un accompagnement particulier, en essayant notamment d'élaborer avec elle des stratégies pour combattre la violence. Il tente alors de mettre en place un suivi et maintenir un lien de confiance en tant que médecin de famille.

Lorsqu'une situation de violences conjugales est portée à la connaissance du médecin, l'évaluation du danger a été identifiée comme une priorité. Le médecin s'assure d'une mise à l'abri de la victime et de ses enfants si nécessaire. Il pourra protéger ses derniers, avec ou sans l'accord de la victime, par des signalements auprès des autorités judiciaires. Dans un second temps, le médecin explique les démarches possibles à la victime, il s'agira principalement de l'inciter à porter plainte. La rédaction d'un certificat médical initial pourra l'aider dans ses démarches même s'il peut s'avérer être parfois un exercice complexe pour le médecin en particulier pour l'évaluation de l'ITT.

Un des résultats principaux de cette étude est la notion de « prise de décisions » à l'issue de la révélation. L'analyse des données a permis de faire apparaître trois sous-catégories intéressantes et parfois opposées.

Bien conscients de l'ambiguïté dans laquelle peut se trouver la victime liée au phénomène d'emprise, quelques médecins aimeraient décider à sa place, quitte à être « paternaliste » et signaler la situation aux autorités judiciaires en dérogeant au secret médical.

Cette volonté d'être « décisionnaire » à la place de la victime, n'est pas retrouvée fréquemment : la majorité des médecins sont freinés par les répercussions de la levée du secret médical et du fait de leur position délicate en tant que médecin de famille. Néanmoins, une circonstance peut leur permettre d'obtenir une décision partagée avec la victime : ses enfants. En effet si les enfants sont exposés, le médecin peut réussir à convaincre la victime de violences d'agir dans l'intérêt des enfants.

À l'inverse, après l'avoir informé des démarches possibles, souvent les médecins préfèrent laisser la victime décider seule de ce qu'elle veut faire, y compris de les reconsulter. Il s'agira alors d'oser (ré)aborder le sujet lors d'une prochaine consultation.

Malgré les contraintes liées à son exercice, le médecin généraliste essaye de rester disponible devant des révélations même tardives.

Par ailleurs, bien conscient de son rôle important dans le dépistage, il lui faut aussi repérer des motifs « cachés » de consultations ou aborder le sujet de manière détournée.

Il doit donc s'exposer et être prêt à accueillir une révélation de violences conjugales.

Dès la première consultation ou lorsqu'il arrive à faire adhérer la victime à un suivi, la seconde « étape » pour le médecin est de pouvoir l'orienter vers d'autres partenaires pour la prise en charge. Ce préalable nécessite qu'il connaisse les acteurs présents sur son lieu d'exercice, ici la Réunion. Un des résultats de l'étude a permis de mettre en évidence que le médecin généraliste à la Réunion sollicite peu les acteurs du réseau de prise en charge des victimes de violences conjugales. Ce phénomène est expliqué par une méconnaissance des moyens existants ou bien une confrontation peu fréquente du médecin aux problématiques de violences conjugales.

Le médecin à la Réunion oriente principalement vers les forces de l'ordre et les structures types CMP pour une prise en charge psychologique. Quand le médecin est entouré de partenaires sociaux, associatifs, judiciaires, il peut s'assurer d'un relai efficace et se sentir moins isolé dans cette prise en charge.

Le médecin généraliste est aussi le plus souvent médecin de famille. Cette notion est encore plus remarquable à la Réunion où les familles, du fait de leur grandeur, peuvent donner l'impression de former de véritables « clans ».

Le médecin de famille est ainsi le mieux placé pour évaluer le soutien familial possible voire l'entourage amical de la victime. Il a une position centrale dans la prise en charge. Cependant ce statut peut parfois le mettre dans une position délicate car il peut également prendre en charge l'auteur présumé des faits et sa famille. Ce positionnement particulier est de nature à représenter un frein à sa prise en charge.

Exercer à la Réunion, c'est aussi prendre en compte les particularités locales. Un des résultats de l'étude a permis de mettre en évidence une sensibilisation importante du médecin généraliste à la problématique des violences conjugales à la Réunion. Confrontés régulièrement à des situations de violences intrafamiliales, plusieurs médecins expliquent ce phénomène par une tolérance voire une banalisation de la violence à la Réunion, conséquence possible d'un problème d'ordre « culturel », aggravé souvent par l'alcoolisme et la précarité.

Cependant, cette appréciation n'est pas unanime, d'autres médecins ne perçoivent pas de différences notables de ce problème avec d'autres régions de Métropole.

Au cours de sa prise en charge, le médecin peut rencontrer des difficultés, liées à la victime et/ou à sa pratique. En effet, bien que sensibilisé par l'importance du problème à la Réunion, les révélations de victimes ne sont pas si fréquentes, et les refus de prise en charge peuvent participer à son sentiment d'impuissance. L'étude a néanmoins permis de mettre en évidence une forte volonté de la part du médecin d'améliorer sa pratique, d'être mieux informé et aussi formé sur le sujet. La possibilité d'avoir un outil d'aide à la pratique, avec des coordonnées téléphoniques des acteurs compétents en fonction de son secteur d'activité, est apparue comme une perspective très intéressante. Cet outil permettrait au médecin de renforcer ou créer des liens avec les partenaires du réseau à la Réunion pour la prise en charge de ces victimes de violences conjugales.

6.2. Comparaison avec la littérature

La thématique des violences conjugales en soins primaires est très présente dans la littérature. Il s'agit ici pour nous, de comparer et étoffer les résultats de notre étude à partir des connaissances et conclusions antérieures provenant de cette littérature.

Que ce soit du point de vue des médecins interrogés, comme celui des victimes, le médecin généraliste est largement identifié comme premier recours pour la révélation de faits de violences conjugales. Notre étude, comme d'autres travaux de thèse, ont permis de mettre en évidence que les médecins sont conscients de leur rôle à « jouer » dans cette prise en charge ⁽³¹⁾.

Un de ses rôles essentiels est d'apporter un soutien, une écoute à la victime ⁽³²⁾⁽³³⁾, ce que nous avons ici synthétisé par le fait de « marquer le moment ». Même si l'accompagnement de la victime n'est pas toujours perçu comme efficient par les médecins ⁽³¹⁾, il lui permet de sortir de son isolement puis de la laisser avancer à son rythme ⁽³²⁾.

Ce qui nous a paru ici pertinent et original est de comparer nos données à celles de travaux portant sur les attentes des femmes victimes de violences en ce qui concerne leur médecin généraliste. ⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾

Une des attentes de la victime est de pouvoir trouver en son médecin généraliste, qu'il soit homme ou femme, une écoute attentive, bienveillante et sans jugement (impartial) ⁽³⁵⁾. En effet les victimes recherchent une « qualité de la relation » avec leur médecin ⁽³⁴⁾, un climat de confiance. L'accessibilité du médecin paraît alors primordiale. Elles attendent également que leur statut de victime soit reconnu. Lors de ces moments, elles portent également une attention particulière aux attitudes non verbales du médecin. ⁽³⁶⁾

Enfin, les victimes veulent être protégées par leur médecin si besoin. Elles attendent des conseils adaptés et des contacts afin d'être aidées dans leurs prises de décisions. ⁽³⁶⁾.

L'attitude du médecin généraliste décrite dans notre étude à la Réunion est donc en cohérence apparente avec les besoins présumés de la victime.

Dans la continuité de la révélation de faits de violences conjugales, le médecin généraliste est souvent amené à rédiger des certificats médicaux. ⁽³¹⁾⁽³²⁾. Même s'il possède souvent de bonnes connaissances théoriques dans la rédaction du certificat, le médecin a souvent le sentiment d'être insuffisamment formé. ⁽³²⁾.

Le certificat est le premier élément objectif sur lequel peuvent s'appuyer les autorités judiciaires. Comme nous l'avons constaté dans notre étude, l'évaluation de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) est complexe pour le médecin généraliste.

Ce calcul peut donc représenter un obstacle à la prise en charge des victimes de violences conjugales, notamment par peur des retombées judiciaires possibles pour la victime et/ou l'auteur. ⁽³⁷⁾

« *L'ITT est définie selon la jurisprudence comme la durée du nombre de jours durant laquelle la victime de violences [...] a une perte d'autonomie dans la réalisation des gestes élémentaires de la vie quotidienne* ». ⁽³⁸⁾. Or dans notre étude comme dans la littérature, les durées proposées par différents médecins peuvent varier d'un jour à plusieurs jours pour le même tableau clinique.

Dans une étude qualitative ⁽³⁹⁾, certains magistrats, officiers de police judiciaire et avocats préconisent l'évaluation de l'ITT par un médecin légiste. Cependant ils reconnaissent avoir besoin du médecin généraliste pour une évaluation rapide des lésions qui peuvent disparaître.

Pour éviter de commettre une erreur dans la durée de l'ITT, il est possible pour le médecin généraliste de constater ces lésions et ensuite de prendre avis et/ou d'adresser au médecin légiste pour l'évaluation de l'ITT. ⁽³⁸⁾

Dans ses dernières recommandations concernant le « repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » ⁽⁴⁰⁾, la Haute Autorité de Santé (HAS), donne des pistes aux médecins généralistes pour établir des certificats médicaux initiaux.

Une autre interrogation que nous avons vue apparaître lors de notre étude concerne les décisions prendre à l'issue d'une révélation. Souvent soucieux de laisser la victime avancer à son rythme ⁽³²⁾, la notion de « décider à sa place » apparaît peu dans la littérature alors qu'elle constitue un réel fait d'actualité ⁽⁴¹⁾. En effet, il est question de pouvoir déroger au secret médical en cas de danger imminent. Nous aborderons ce sujet dans les perspectives pour la pratique. Enfin les nouvelles recommandations de l'HAS ⁽⁴⁰⁾, peuvent aussi aider les professionnels à identifier les cas qui doivent être signalés aux autorités judiciaires, qu'ils concernent la victime ou son entourage.

Sans être le sujet d'intérêt principal de notre étude, la thématique du dépistage est spontanément ressortie de nos entretiens avec les médecins.

Notre étude concorde sur ce point avec de nombreux travaux. Ce que nous avons choisi de nommer « oser aborder le sujet » permet de prendre en compte deux notions :

- Être disponible pour ses patients. ⁽³²⁾
- Faire le premier pas pour amener le patient à se livrer. ⁽³⁴⁾.

En effet, les victimes attendent de leur médecin qu'il aborde le sujet. Elles reconnaissent parfois ne pas avoir conscience de leur problème ⁽³⁶⁾. Ces deux raisons peuvent alors expliquer des situations de révélations tardives malgré une relation « médecin malade » ancienne ⁽³³⁾.

Certains auteurs expliquent un retard au dépistage par un manque de sensibilisation du médecin généraliste au sujet des violences conjugales ⁽³¹⁾. Cette notion discordes avec nos résultats : les médecins généralistes à la Réunion sont bien sensibilisés à ce sujet. En effet la plupart des médecins sont attentifs à tous leurs patients (hommes ou femmes), quels que soient leurs âges ou leurs catégories socioprofessionnelles. Ils sont également vigilants aux répercussions sur l'entourage direct (les enfants), même si ce dernier point reste à améliorer. Ils arrivent aussi à aborder le sujet de manière détournée et tentent de repérer les motifs cachés en consultation.

Sur ce dernier point il faut noter que les recommandations de l'HAS ⁽⁴⁰⁾ présentent clairement les signes d'alerte qui peuvent aider le professionnel de santé à repérer la violence au sein du couple.

Interlocuteur privilégié de la victime, le médecin généraliste ne peut rester le seul interlocuteur dans cette prise en charge complexe.

Le constat que nous pouvons faire ici, et qui concorde avec la littérature ⁽³²⁾⁽³³⁾, est que le médecin généraliste a souvent relativement peu de contacts avec les acteurs du réseau ⁽³³⁾. Il a été déjà remarqué un manque de communication entre les acteurs. ⁽³³⁾

Les recours les plus fréquents pour le médecin généraliste, y compris à la Réunion, se résument aux forces de l'ordre et aux structures dédiées à la prise en charge « psychologique » de la victime. ⁽³²⁾⁽³³⁾

Comme nous l'avons vu précédemment, exercer à la Réunion c'est aussi exercer en tant que médecin de famille.

Le statut de médecin de famille est à la fois une position privilégiée et délicate ⁽³¹⁾.

La principale difficulté rapportée est celle de la prise en charge conjointe de la victime et de l'auteur présumé des violences ⁽³²⁾. Il est intéressant de noter que ce positionnement peut également représenter un frein à la révélation des faits par la victime. ⁽³⁶⁾

Dans une étude qualitative ⁽⁴²⁾, le Dr PANTALEON, s'est intéressé aux représentations et résistances au changement des pratiques des médecins généralistes face aux violences conjugales. Parmi les résistances « inconscientes » identifiées, ont été citées la menace de l'équilibre acquis (relation médecin-malade), la peur de l'échec et la peur de l'homme violent.

Un récent travail de thèse ⁽⁴³⁾, a étudié cette peur de l'homme violent. Les conclusions de ce travail donnent des pistes intéressantes quant à la compréhension de ce qui pourrait représenter un frein à la prise en charge du médecin généraliste. En effet, le médecin se retrouve dans un conflit interne entre le désir d'aider le conjoint violent et un sentiment de rejet. Souvent le médecin ne se sent pas capable de gérer à la fois la victime et l'auteur des violences.

À la Réunion, nous pourrions « élargir » cette peur du conjoint violent à l'ensemble de la famille du conjoint violent. Celles-ci formant parfois de véritables « clans », le médecin pourrait craindre des « représailles » s'il venait à signaler des faits de violences au sein du couple.

Enfin, l'ignorance ou la sous-évaluation de la prévalence du problème des violences conjugales à la Réunion par les médecins, n'a pas été un item fréquent dans notre étude. Pour les médecins concernés, il ne s'agissait pas de banaliser ou d'ignorer l'implication de ce problème comme nous avons pu le constater dans d'autres écrits ⁽³¹⁾.

Au contraire, les médecins généralistes interviewés nous ont paru très sensibilisés à ce sujet. Ils expliquent parfois la prévalence de ce problème par une « culture » ou une tolérance à la violence spécifique à la Réunion.

Une des perspectives de notre étude pourrait être d'encourager et de renforcer cette sensibilisation à l'ensemble des médecins généralistes de l'île.

Le médecin généraliste, à la Réunion comme ailleurs, peut rencontrer des difficultés dans sa prise en charge. ⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³³⁾

Le fait d'être faiblement confronté au phénomène des violences conjugales ⁽³³⁾ concorde avec ce que nous avons relevé dans les discours des médecins interviewés. Les contraintes « matérielles » ⁽³¹⁾ liées au manque de temps ont été en revanche peu citées.

Les principales difficultés rencontrées par le médecin sont souvent liées à la victime ⁽²⁹⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾. Le médecin se sent souvent impuissant face aux situations d'emprise, de déni et/ou de refus de prise en charge de la victime ⁽³²⁾.

Même si les médecins ont de bonnes connaissances théoriques pour la prise en charge des victimes de violences conjugales, ils estiment souvent être insuffisamment formés. ⁽³²⁾ Ils diront alors être « formés sur le tas » ⁽⁴⁴⁾.

Pourtant, de nombreux travaux ⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁶⁾ ont démontré l'impact positif d'une formation sur les violences conjugales sur la pratique des médecins généralistes.

Comme le disait Mr HENRION dans un écrit en 2014 ⁽⁴⁷⁾ : « une évolution se dessine parmi les plus jeunes ». Lors d'une enquête menée auprès de 1472 étudiants en médecine, 95% d'entre eux étaient très intéressés par une formation sur ce sujet.

En plus d'une méconnaissance du réseau, les médecins évoquent aussi un manque d'outil d'aide à la pratique ⁽³¹⁾. D'ailleurs, quand nous avons interrogé les médecins sur la possibilité de créer un outil à l'issue de notre étude, nous avons reçu un avis très favorable.

Comme d'autres ont déjà pu le faire dans d'autres régions ⁽⁴⁸⁾ ; nous avons donc la volonté de poursuivre ce travail et fournir aux professionnels de santé à la Réunion un outil d'aide à la pratique adapté à leurs conditions d'exercice.

6.3. Forces et faiblesses de l'étude

Des limites à cette étude sont à prendre en compte :

L'échantillon final est constitué de quatorze médecins généralistes dont seulement deux installés dans la région Sud de l'île. Le recrutement des participants se faisant par appel téléphonique, de nombreux refus de participations ont eu lieu, surtout dans les régions Ouest et Sud. Ces refus étaient principalement justifiés, par les secrétaires ou les médecins directement, par un manque de disponibilité pour réaliser un entretien.

D'autre part, une des faiblesses de l'étude réside dans le caractère novice de l'enquêteur en début d'étude pour mener correctement des entretiens semi-dirigés sans induire de réponses ou réaliser des questions fermées.

Tous les entretiens ont été réalisés aux cabinets médicaux des médecins interviewés, des facteurs limitants au bon déroulement des entretiens ont pu être identifiés : médecin pressé ou entrevues en fin de journée après les consultations.

Enfin, la population interviewée, des médecins, pouvait avoir des réponses parfois un peu moins spontanées et plus réfléchies. Cela pouvait se constater pour certains par des délais longs pour répondre aux questions et une attitude beaucoup plus détendue à l'arrêt de l'enregistrement.

Malgré tout, une des forces de cette étude est qu'elle est l'une des premières à avoir été réalisée au sujet des violences conjugales à la Réunion. Véritable problème de santé publique et ayant une prévalence importante à la Réunion, elle permet d'étudier comment les médecins généralistes exerçant sur l'île peuvent prendre en charge les victimes de violences conjugales et parfois leur entourage.

La pertinence du modèle explicatif, créée à partir de l'analyse des données, a été discutée à deux chercheurs (AB et ML). Cette étude se voulait avant tout utile. Elle a permis d'explorer les besoins actuels des médecins dans la prise en charge des violences conjugales à la Réunion. Elle ouvre ainsi sur des perspectives d'évolution intéressantes et concrètes pour les médecins généralistes à la Réunion.

6.4. Perspectives

Bien conscient de son rôle central dans la prise en charge des victimes de violences conjugales, le médecin généraliste à la Réunion est attentif aux derniers faits d'actualité concernant ce sujet.

Une des notions nouvelles de notre étude est la volonté du médecin de pouvoir « décider à la place » de la victime quand elle est en danger. Cette notion fait « écho » à la proposition de loi votée au sénat en juin 2020.

En cours de validation, par les instances gouvernementales, cette disposition constituera une nouvelle dérogation au secret médical ⁽⁴¹⁾.

Il s'agira alors pour le médecin de pouvoir porter à la « *connaissance du procureur de la République, une information préoccupante relative à des violences exercées au sein d'un couple* ».

Deux conditions seront posées à cette révélation : « *avoir l'intime conviction que la victime majeure est en danger imminent et qu'elle se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences* ». Toutefois, le médecin généraliste devra s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime et si elle refuse, l'informer de sa volonté de signaler la situation au Procureur de la République.

Notre étude a aussi conclu que le médecin généraliste à la Réunion, possède de bonnes connaissances théoriques sur la prise en charge des victimes de violences conjugales alors que son ressenti est parfois différent marqué par un sentiment d'impuissance.

Ce sentiment d'impuissance, et quelquefois d'isolement, est expliqué par une méconnaissance des moyens existants (acteurs du réseau) et par un manque de formation spécifique à ce sujet.

Afin d'être utile pour la pratique des médecins en soins primaires à la Réunion, cette étude est l'occasion de proposer des réponses concrètes, à court et moyen terme, adaptées à leurs besoins. Il s'agit de proposer un outil d'aide à la pratique. Sous forme de plaquette, elle regroupe des coordonnées utiles et fonctionnelles, destinées aux professionnels de santé (ici les médecins généralistes). Elle sera aussi adaptée également à leur secteur d'activité : Nord, Est, Ouest et Sud de la Réunion. (*Annexe 10*)

Cette plaquette a pour vocation de pouvoir répondre aux questions que se pose le médecin lors de sa consultation avec la victime : « À qui s'adresser ? Quand ? Comment ? »

À moyen, long terme, la deuxième idée serait de pouvoir proposer une formation destinée aux internes, médecins remplaçants et médecins généralistes installées, concernant la thématique des violences conjugales à la Réunion.

Nous pourrions éventuellement nous appuyer sur un travail de thèse pour trouver des idées s'agissant du contenu « idéal » de cette formation ⁽⁴⁴⁾.

Cette formation pourrait faire intervenir plusieurs acteurs du réseau comme : les médecins légistes, les magistrats substitués du procureur, les représentants des forces de l'ordre, les associations d'aides aux victimes... Dans un intérêt de santé publique, cette formation pourrait être reconnue en formation continue pour les professionnels de santé (DPC).

Le plus grand nombre des acteurs interrogés lors de notre travail a d'ailleurs émis un avis très favorable à la mise en place d'une formation pour les médecins généralistes.

À plus long terme encore, nous pourrions imaginer voir s'ouvrir un jour à la Réunion, une structure rattachée au CHU, dédiée à la prise en charge des victimes (dont les victimes de violences conjugales). Structure où la victime, enfant comme adulte, pourrait rencontrer l'ensemble des acteurs dans un même lieu (médecins, forces de l'ordre, avocats, psychologues). Cette dernière pourrait être similaire à l'unité CAUVA (Centre d'Accueil d'urgences des victimes d'agressions) qui existe déjà à Bordeaux. ⁽⁴⁹⁾

7. Conclusion

Véritable enjeu de santé publique, les violences conjugales ont une place toute particulière à la Réunion.

Le médecin généraliste est reconnu depuis maintenant quelques années, comme acteur central de la prise en charge des victimes de violences conjugales. C'est donc naturellement pour nous qu'il est aussi devenu le sujet d'intérêt de notre étude.

Notre question de départ : « Comment fait-il ? »

Grâce à l'étude des données issues d'échanges avec des médecins généralistes de l'île, nous avons modélisé les grandes lignes de sa prise en charge. (*Figure 4*)

La sensibilisation importante des médecins sur la question des violences conjugales et leurs envies d'agir dans l'intérêt de la victime sont les deux conclusions majeures des entretiens que nous avons menés.

Volontaires pour améliorer leurs pratiques, ils sont conscients de leur rôle majeur dans la prise en charge. Il est primordial pour eux de réussir à délivrer les bons messages à la victime et de pouvoir les orienter.

Cette étude nous permet donc d'appréhender plus concrètement les besoins des médecins généralistes à la Réunion en termes d'outils d'aide à la pratique et/ou de formations.

Ainsi, malgré ses limites, notre étude nous a permis de créer une plaquette d'informations destinée aux médecins, adaptée à leur secteur d'activité (*Annexe 10 - une plaquette pour chaque secteur géographique de la Réunion*).

Elle nous permet également d'ouvrir des pistes sur des travaux futurs avec d'autres partenaires du réseau.

Une autre perspective intéressante de travail serait d'encourager la demande de formation des médecins généralistes auprès de leurs organismes de formation et d'envisager une intervention spécifique auprès des internes en médecine générale de l'Océan Indien.

À la Réunion, et encore plus aujourd'hui, la priorité pour l'ensemble des partenaires du réseau est de créer du lien pour mieux combattre ensemble les violences conjugales.

Nous espérons que ce travail puisse y contribuer.

Bibliographie

1. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels. Ministère de la Santé. 2001 ;3-81. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels> [cité 29 mai 2020].
2. Organisation mondiale de la santé. La violence à l'encontre des femmes. Organisation mondiale de la santé. 2017 ;1[Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Organisation mondiale de la Santé & Organisation Panaméricaine de la Santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes: la violence exercée par un partenaire intime. Organisation mondiale de la Santé. 2012;1-14. [Internet]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86232> [cité 29 mai 2020].
4. ONDRP. Victimation 2018 et perceptions de la sécurité : résultats de l'enquête Cadre de vie et sécurité. 2019 ;92-93.
5. l'Intérieur M de. Etude nationale relative aux morts violentes au sein du couple. 2019 ;2-30. Disponible sur <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Actualites/Communiqués/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple> [cité 29 mai 2020].
6. ORVIFF. Tableau de bord des violences conjugales à La Réunion- Chiffres-clés ORVIFF. 2017;1-3.
7. Hirigoyen M-F. De la peur à la soumission. Empan. 5 juin 2009;n° 73(1):24-30.
8. Barbier M. La face cachée de la violence conjugale : la relation d'emprise, une violence dissimulée. Tu me fais peur quand tu cries ! ERES; 2010.123-129.
9. Organisation mondiale de la santé. Violence à l'encontre des femmes: un problème mondial de santé publique d'ampleur épidémique. Organisation mondiale de la santé. 2013 ;1.[Internet]. Disponible sur : https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/fr/ [cité 29 mai 2020].
10. Daligand L. Violences conjugales. Aspects psychopathologiques. Éthique & Santé. 1 déc 2015;12(4):250-7.
11. Santé publique France. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Santé publique France. 2016 ;6-111.

12. American Psychiatric Association. DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Section II Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. 2015 ;1-1114.
13. Psychomédia. État de stress post-traumatique : définition, symptômes, diagnostic (DSM-5).Psychomédia.2015 ;1.[Internet]. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2015-11-15/stress-post-traumatique-criteres-diagnostiques-dsm-5> [cité 8 juin 2020].
14. Debout M. Effets de la violence conjugale sur les victimes. Réalités familiales. Revue de l'Union nationale des associations familiales. 2010 ;90 :1-65 [Internet]. Disponible sur : <https://www.unaf.fr/spip.php?article11009> [cité 29 mai 2020].
15. Savard N. Effets de la violence conjugale sur l'enfant. Réalités familiales. Revue de l'Union nationale des associations familiales. 2010 ;90 :1-65 [Internet]. Disponible sur: <https://www.unaf.fr/spip.php?article11187> [cité 1 juin 2020].
16. Séverac N. Les Enfants Exposés À La Violence Conjugale: Recherches et Pratiques. ONED. 2012. Disponible sur : sur http://oned.gouv.fr/system/files/oned_eevc_1.pdf.
17. Direction de l'Égalité des Chances du Ministère de la Fédération de Wallonie-Bruxelles .Un enfant exposé aux violences est un enfant maltraité. 2013. Disponible sur :http://www.cpvcf.org/wpcontent/uploads/EnfantExposeViolenceConjugale_publication.pdf.
18. Rivière D, Ronai E. Combattre les violences faites aux femmes dans les outre-mer. Délégation à l'Outre Mer, Délégation aux droits des femmes et de l'égalité. 2017 ; 8-242. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/travaux-publies/combattre-les-violences-faites-aux-femmes-dans-les-outre-mer>.
19. ORVIFF. Tableau de bord des violences au sein du couple – Indicateurs 2018 ORVIFF. 2018;1-4. Disponible sur: http://www.orviff.re/fr/7_24/35834/chiffres-cles.html [cité 29 mai 2020].
20. Nartz E, Catteau C, DRASS. Extrait de l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes (ENVEFF) à l'île de La Réunion. INED. 2003 ;1-8 [Internet] .Disponible sur: <https://www.lareunion.ars.sante.fr/enquete-nationale-sur-les-violences-envers-les-femmes-enveff-lile-de-la-reunion-0> [cité 1 juin 2020].


21. Condon S, Dauphin S, Dupuis S et l'équipe de Virage dans les Outre-mer. Violences envers les femmes dans les espaces publics, au travail et dans les couples à la Réunion. Premiers résultats de l'enquête Virage dans les Outre-mer. INED 2019 ;2-14. Disponible sur: <https://viragedom.site.ined.fr/fr/les-premiers-resultats/>
22. Agence Régionale de Santé La Réunion. Programme pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis 2018-2023. Volet 1 : La Réunion. 2018 ;12-13. Disponible sur: <https://www.lareunion.ars.sante.fr/programme-pour-lacces-la-prevention-et-aux-soins-des-plus-demunis-praps-2018-2023-1> [cité 2 juin 2020].
23. Agence Régionale de Santé La Réunion. Les priorités d'actions pour l'année 2019–2020. Agence Régionale de Santé La Réunion. 2018 ;1-20. Disponible sur: <https://www.lareunion.ars.sante.fr/les-priorites-dactions-pour-lannee-2019-2020-0> [cité 2 juin 2020].
24. Ramaye D, Pomart C. Etude des féminicides conjugaux à La Réunion entre 2006 et 2019. Centre de Recherche Juridique de l'Université de La Réunion et IRTS. 2020 ;4-111. Disponible sur: <http://ekitmedias.ekoal.org/files/671f7bde-c726-45c3-dd1f-6aba13de6326.pdf>.
25. ORVIFF. La Lettre de l'ORVIFF n°7. 2020. [Internet]. Disponible sur: <http://www.orviff.re/fr/1/accueil.html>. [cité 1 juin 2020].
26. MIFPRO. Outils de formation : Kit Anna : un outil pédagogique à destination des professionnels. MIFPRO. 2018 ;1 Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/outils-de-formation-violences-au.html> [cité 2 juillet 2020].
27. Larabi S, Roturier C. Rapport sur les violences sexuelles et conjugales, un enjeu de santé publique. Fabrique Spinoza. 2018 ;1-12 Disponible sur: <http://old.fabriquespinoza.fr/rapports/violences-sexuelles-conjugales-enjeu-de-sante-publique/> [cité 2 juillet 2020].
28. SFTG. Formations à venir : violences faites aux femmes [Internet]. Disponible sur: <https://www.sftg.eu/formations/liste-formations/778-violences-faites-aux-femmes.html> [cité 2 juin 2020].
29. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ? Quelles réponses peut-ont apporter ? Thèse d'exercice, Faculté de médecine de Nancy, Université de Lorraine, 2016.

30. Dupray O. Les violences faites aux femmes à Mayotte :- Enquête DEVIFFE 2014 - Première approche exploratoire multidisciplinaire. Thèse d'exercice, Université de Bordeaux, Université de la Réunion, 2017.
31. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. Thèse d'exercice : Université Joseph Fourier, 2012.
32. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. Université Paris 6 – Pierre et Marie Curie- Faculté de médecine, 2012.
33. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *exercer* 2010;92.
34. Biglia E. Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale: expériences et attentes de femmes victimes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse d'exercice : Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine, 2012.
35. Dupre O. Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste : quelles sont leurs attentes ? *Revue de la littérature*. Thèse d'exercice : Université Claude Bernard Lyon 1. 2016.
36. Landzberg L. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes. Thèse d'exercice : Université Aix Marseille. 2015.
37. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. *Médecine* 2014;10:423–28.
38. Grill S, Oustric S, Contis M, Telmon N, Rougé D. Incapacité totale de travail. Au vu des conséquences juridiques, la prudence est de mise. *Revue du Praticien Médecine Générale* 2008;22:906-7.
39. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Léonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Attente de la justice en matière d'Incapacité Totale de Travail : opinions sur cet outil médico-légal d'évaluation. Enquête qualitative réalisée auprès de 21 magistrats, 46 officiers de police judiciaire (police et gendarmerie) et 15 avocats pénalistes. *Médecine & Droit* 2014;74-8.


40. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du. Textes de recommandations. HAS. 2019 ;1-53 Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple. [cité 1 juillet 2020].
41. Bergoignan-Esper C. Vers une nouvelle dérogation au secret médical en cas de danger immédiat ? . La Revue du praticien. 2020 ; 70(6);605-8..
42. Pantaleon M. Le médecin généraliste face aux violences conjugales, représentations et résistances au changement de pratiques. Thèse d'exercice : Université de Nantes. 2013.
43. Bosser C. La peur de l'homme violent est-elle un frein à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par le médecin généraliste ? Thèse d'exercice : Université de Nantes. 2018.
44. Frey C. Améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : Quel serait le contenu de la formation « idéale » Thèse d'exercice en médecine : Université de Strasbourg, 2019.
45. Moreau M. Formation sur le repérage et la prise en charge de femmes victimes de violences, organisée par l'association SOS Femmes Solidarité et le syndicat AGJIR : Impact sur les pratiques des professionnels de santé de premier recours. Thèse d'exercice : Université de Strasbourg. 2018
46. Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Evaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire Thèse d'exercice : Université de Nantes.2006.
47. Henrion R. Violences conjugales : a-t-on progressé ? Bulletin de l'Académie de Médecine. Volume 198, numéro 4-5, 2014 p 893-903
48. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Etude des pratiques des médecins généralistes en Haute Normandie. Thèse d'exercice : Université de Rouen. 2016.
49. Cellule d'accueil d'urgences des victimes d'agressions (CAUVA) [Internet]. Cellule d'accueil d'urgences des victimes d'agressions (CAUVA). Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/>. [cité 1 juillet 2020].

Annexes

Annexe 1 : Grille d'évaluation du danger (enquêteurs en police et gendarmerie)



GRILLE D'ÉVALUATION DU DANGER



IDENTITÉ DE LA VICTIME

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques où elle peut être contactée en sécurité :

(préciser les horaires et jours si besoin)

Mail où elle peut être contactée en sécurité :

QUESTIONS **OUI NON**

INFORMATIONS SUR LA VICTIME			
INFORMATIONS SUR LA VICTIME	Êtes-vous blessé ?		
	Craignez-vous de nouvelles violences (envers vous, vos enfants, proches, etc.) ?		
	Selon vous, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu connaissance de votre projet de séparation ? Ou êtes-vous séparés ? (cherche-t-il à connaître votre lieu de résidence ?)		
	Vous sentez-vous isolé de votre famille et/ou de vos amis ?		
	Avez-vous peur pour vous et/ou pour vos enfants ?		
	Êtes-vous déprimé ou vous sentez-vous « à bout », sans solution ?		
INFORMATIONS SUR L'AUTEUR	Votre partenaire ou ancien partenaire possède-t-il des armes à feu (déclarées ou non) ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire consomme-t-il de l'alcool, des drogues et/ou médicaments ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il des antécédents psychiatriques ?		
	À votre connaissance, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà blessé quelqu'un d'autre ? (notamment ancienne partenaire)		
	À votre connaissance, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà eu des problèmes avec la justice ou la police ?		
	La police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue à votre domicile ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà tenté ou menacé de se suicider ?		
CONTEXTE DES VIOLENCES	Votre partenaire ou ancien partenaire s'est-il déjà montré violent envers vous ?		
	La fréquence des violences a-t-elle augmenté récemment ? (violences verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques)		
	Êtes-vous enceinte ou avez-vous un enfant de moins de deux ans ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire essaie-t-il de contrôler ce que vous faites (vêtements, maquillage, sortie, travail...) ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire exerce-t-il sur vous une surveillance quotidienne, du harcèlement moral et/ou sexuel au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres ?		
	Vous empêche-t-il de disposer librement de votre argent, de vos documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale...) ?		
	Êtes-vous en difficultés financières ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà menacé de vous tuer ou de tuer quelqu'un d'autre ? (enfant)		
	A-t-il précisé de quelle manière il projetait de le faire ?		
Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà évoqué ou commis des actes à caractère sexuel qui vous ont mis mal à l'aise, ont heurté votre sensibilité ou vous ont blessé ?			

Annexe 2 : Fiche de saisine réseau VIF

		
N° de famille :	FICHE DE SAISINE VICTIME Date de la saisine :/...../.....	

Cette fiche vous permet de saisir le Réseau VIF lorsque vous êtes confronté à une situation de violences intrafamiliales / conjugales ayant un caractère de dangerosité.

Nous vous invitons à renseigner au mieux ce formulaire avec les informations dont vous disposez et à le retourner à l'adresse mail suivante : contact@reseauvif.com.

Pour un besoin urgent d'hébergement : signaler cette situation auprès du 115.

Structure à l'origine de la saisine « Grand Danger » (nom, fonction, coordonnées et signature et cachet) :

Victime

Nom de naissance :
 Nom marital :
 Prénom :
 Né(e) le : à
 Adresse du domicile (avant HU) :
 Ville :
 Code postal : 974.....

Courriel :

Situation du couple :

Célibataire Concubinage
 Marié(e) / Pacsé(e) Séparé(e) / Divorcé(e)

La personne dispose-t-elle de ressources ?

Oui Non
 Si oui, lesquelles ?
 Salaire RSA AAH Chômage

Allocations familiales

Si salarié :
 CDD CDI Public Privé

Profession :

Nombre d'enfants du couple :
 - Issus d'une première union de la mère :
 - Issus d'une première union du père :

Nombre d'enfants au foyer :
 Noms, Prénoms et date de naissance des enfants :

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....

Lieu de scolarité :

Notion de grossesse en cours : Oui Non

Est-elle/il véhiculée ? Oui Non

A quitté le domicile conjugal ? Oui Non

Hébergement d'urgence (préciser) Oui Non

Dispositifs spécifiques : TGD

Démarches médicales engagées :

UMJ/IML Hospitalisation Médecin traitant
 Blessures Durée ITT :

Démarches sociales engagées :

GUT Autre (CCAS, ...)
 AS (police/gendamerie)

Démarches judiciaires/juridiques engagées :

Plainte Date : Lieu :
 ARAJUFA Avocat Autre
 Interdiction pour l'auteur d'entrer en contact

AUTEUR(E)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

Ville : Code postal : 974.....

.....

Connait-il/elle la nouvelle adresse de la victime ?

Oui Non

Situation judiciaire de l'auteur(e) des faits :

Siège social : Centre d'Éducation et de Prévention à la Santé (CEPS-CHGM)
 21 rue Ibrahim Balbolia, 97460 Saint-Paul
 N°SIRET : 798 059 424 00027 / N°APE : 8899 B
 02 62 96 04 24 / contact@reseauvif.com



Notre intervention est cofinancée par le Fonds social européen dans le cadre du programme opérationnel national « Emploi et Inclusion » 2014-2020

Critères de Grand Danger

A. Dimension médicale / somatique :

- Marques visibles sur les parties découvertes du corps
- Nombreux certificat médicaux
- Addiction

A préciser :

.....

.....

B. Gynécologie / sexologie :

- Rapports sexuels non consentis
- Viols conjugaux
- Rapports sexuels violents

C. Obstétrique :

- Grossesses précoces
- IVG à répétition (=>3)

D. Psychiatrie, psychologie :

- Tentative de suicide
- Dépression
- Repli sur soi avec coupure
- Crises (angoisses, agitation)
- Notion de vulnérabilité

E. Victimologie :

- Lien conservé avec l'auteur
- Menaces verbales de mort ou de suicide de la part de l'auteur
- Difficultés pour les victimes de fuir
- (violence au domicile, dans un espace clos, violences nocturnes)
- Répétitivité des violences
- Prostitution
- Harcèlement

F. Juridique et judiciaire :

- Refus de dépôt de plainte, retrait exigé même en cas de danger évident
- Utilisation d'armes ou menaces avec des armes
- Manquement aux mesures de protection / d'éviction
- Notion de récidive
- Antécédents judiciaires

G. Social et parentalité :

- Mise en danger des enfants
- Vécu de culpabilité et d'anxiété
- Rupture d'hébergement
- Isolement, coupures familiales

Autres informations importantes et motifs justifiant la saisine :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Siège social : Centre d'Education et de Prévention à la Santé (CEPS-CHGM)
21 rue Ibrahim Balbolia, 97460 Saint-Paul
N°SIRET : 798 059 424 00027 / N°APE : 8899 B
☎ 02 62 96 04 24 / contact@reseauvif.com

Annexe 3 : Les aprioris de recherche : méthode des 7 questions

1) *Quel est mon questionnement initial ?*

Comment prendre en charge les victimes de violences conjugales en tant que médecin généraliste ?

2) *Comment en suis-je venue à me poser cette question ?*

Une expérience de stage chez le praticien, lors de mon 4^e semestre, lors du premier contact médical d'une femme et de ses deux enfants accueillis en foyer d'hébergement d'urgence (SAUT) après des faits de violences intrafamiliales.

3) *Si j'étais moi-même interrogée, quelle serait ma réponse ?*

En dehors de l'écoute et de l'examen clinique, je ne sais pas avec quels partenaires travailler. Est-ce que le rôle du médecin se résume à la rédaction du certificat ?

4) *Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?*

J'ai eu la chance d'avoir un maître de stage qui possédait des connaissances avancées sur le sujet, mais je suis curieuse de découvrir et partager le réseau utilisé par les autres médecins généralistes à la Réunion, ainsi que leur ressenti sur cette prise en charge.

5) *Quelles réponses j'attends des participants ?*

Je m'attends à ce que les médecins me répondent qu'ils manquent de temps et de numéros utiles, qu'ils connaissent peu ou pas le réseau associatif existant, qu'ils sont conscients que ce sont les premiers consultés mais moins conscients du rôle primordial qu'ils peuvent avoir, qu'ils rédigent des certificats médicaux uniquement à la demande de la victime et seulement pour des violences physiques, que le sujet de l'entourage est peu abordé, que le suivi n'est pas systématiquement mis en place.

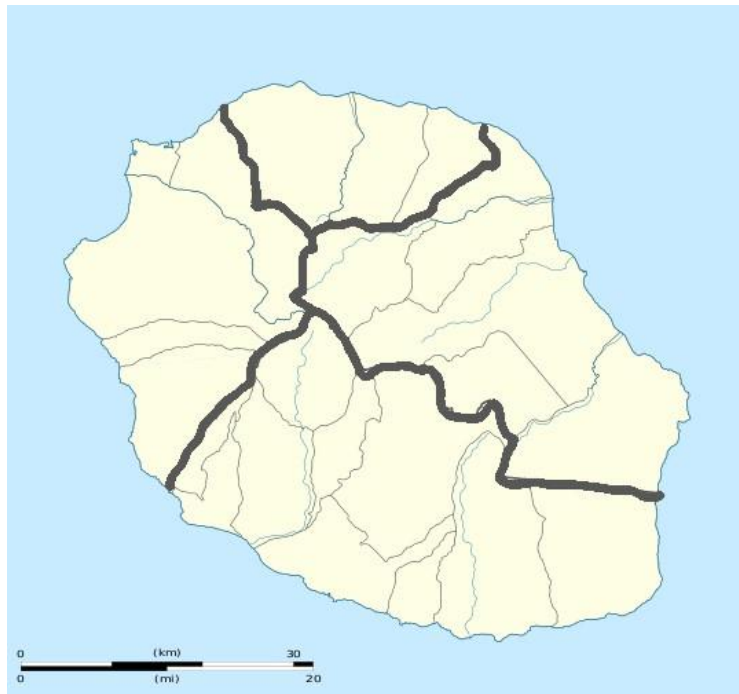
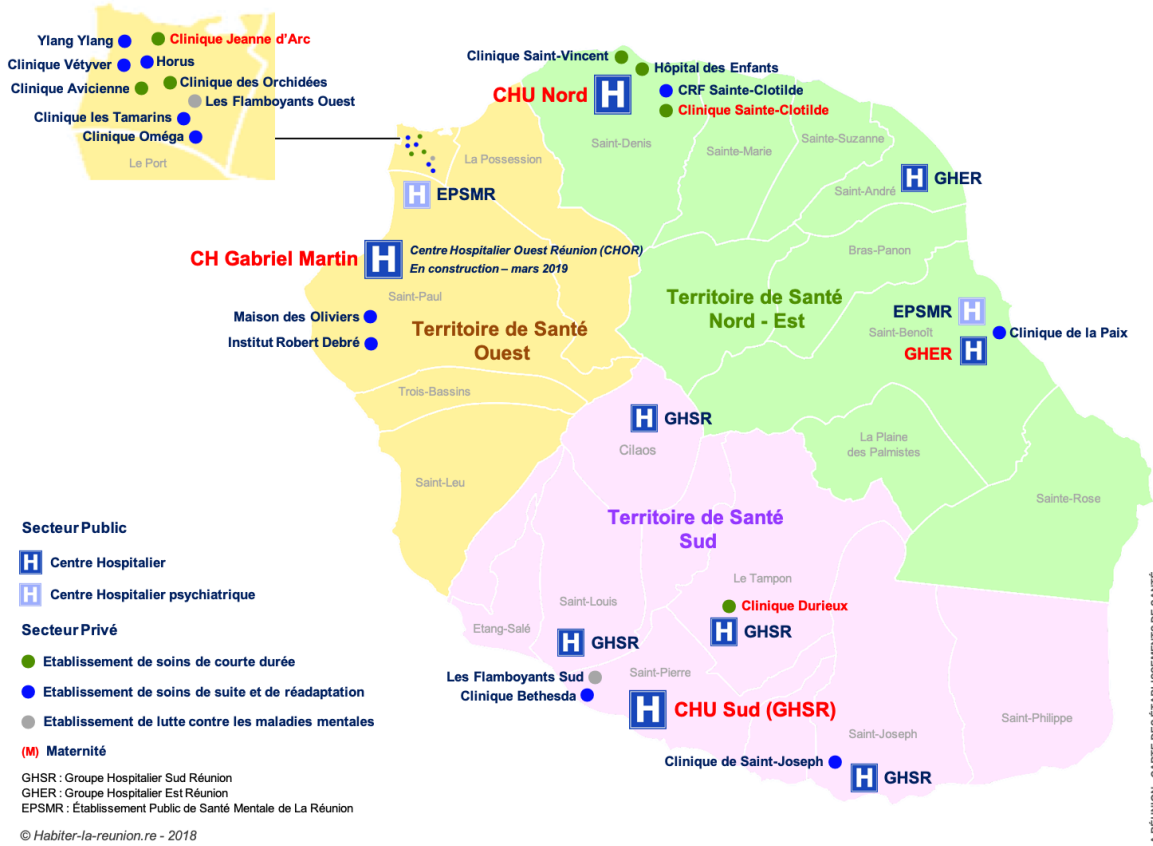
6) *Quelles réponses je n'attends pas des participants ?*

Que les médecins me disent être à l'aise avec cette prise en charge, que pour eux elle est bien codifiée, qu'ils effectuent un travail important avec les associations, qu'ils suivent systématiquement les enfants

7) *Quelle est finalement ma question de recherche ?*

Quelles sont les différentes ressources à disposition du médecin généraliste face à la révélation d'une victime de violences conjugales sur l'île de la Réunion ?

Annexe 4 : Cartographie des zones de soins



Annexe 5 : Canevas d'entretien

Question « brise-glace » : Pouvez-vous me raconter la dernière situation à laquelle vous avez été confrontés concernant la révélation d'une victime de violences conjugales, que la victime soit un homme ou une femme ?

Thématiques à aborder :

- **Rôle du médecin généraliste :**

Le motif ou la situation rapportée vous incite-t-elle à adopter une posture particulière ? Si oui, laquelle ? (*explorer la place du temps, de l'écoute, de l'examen, examen réalisé systématiquement ?*)

À votre avis, votre intervention dans la prise en charge globale de cette victime a-t-elle une place privilégiée ? Si oui ou non, dans quel sens ? (*explorer la perception de la place du médecin généraliste*)

- **Orientation des victimes**

À l'issue d'une telle consultation que prenez-vous comme décision(s) ? (*exploration du réseau associatif-judiciaire-social du médecin*)

Dans quelles circonstances êtes-vous amenés à rédiger un certificat médical descriptif initial? (*exploration des connaissances du certificat, proposer ou à la demande, avec ou sans ITT, seulement au cas par cas*)

Si vous estimez que la victime est en potentiel danger, quelle est votre attitude ? Que faites-vous en cas de refus ? (*exploration des personnes référentes du médecin, à qui il adresse réseau ville-hôpital +/- association +/- autorité judiciaire*)

- **Suivi des victimes**

Qu'envisagez-vous pour cette victime, proposez-vous un suivi particulier ? Proposition d'un rendez-vous systématique ou le sujet est-il abordé à la prochaine consultation à votre propre initiative ? (*explorer la surveillance de complications psychologiques et somatiques, l'accompagnement*)

Au sujet de l'entourage de la victime, notamment des enfants « témoins », quelle est votre attitude ? si vous estimez qu'il y a un potentiel danger quelle sera votre prise en charge ? (*exploration de l'orientation où et quand ? place du signalement*)

- **Amélioration de la prise en charge**

Quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer dans ces situations ? (*exploration des principaux freins à la prise en charge*)

Selon vous, quels seraient les moyens à mettre à votre disposition pour améliorer cette prise en charge particulière ? (*explorer l'idée de la mise en place d'une plaquette à disposition des médecins en fonction de leur secteur*)

- **État des lieux à la Réunion**

À votre avis, quelle est la place de ce problème dans la société réunionnaise ? (*exploration des représentations, problème fréquent ou non, par quelles sources : médias, lecture, formation.*)

Comment êtes-vous sensibilisé à ce problème ? (*thématique de formation MG, patientèle, à titre privé, témoignage*)

- **Question d'actualité (rajout le 10/12/19) :**

Que pensez-vous de la proposition faite de la levée du secret médical en cas de refus de la victime de porter plainte, annoncé par le 1^{er} ministre lors du Grenelle des violences conjugales le 25 novembre dernier ? (*mis en péril relation de confiance*)

Annexe 6 : Extrait du journal de bord, les ressentis de l'intervieweur

Ressenti entretien n°1

« Ambiance amicale et détendue, j'étais à l'aise. Difficulté de ma part à faire ou réussir à préciser ses propos, j'ai probablement induit des réponses. Des questions ouvertes que j'ai transformées en question fermées parfois par le stress du 1^{er} entretien.

Difficultés pour le médecin à se remémorer des situations précises. Mon ressenti de son propos avant tout : dans des situations de violences, avant tout apporter un soutien psychologique ».

Ressenti entretien n°2

« Contexte particulier, reçu entre deux consultations, impression de devoir se dépêcher, c'était difficile pour moi de faire préciser les réponses, qui étaient parfois fermées. Ensemble de l'entretien très centré sur la rédaction du certificat et de l'ITT malgré une tentative d'élargissement de ma part. Donne l'impression que son rôle se limite au certificat et ensuite passe le relai à la gendarmerie. Situation d'ambivalence ici entre « rôle important » et « je ne peux rien faire de plus ». N'évoque pas d'exemples francs et pourtant donne le sentiment de rencontrer beaucoup de cas. »

Ressenti entretien n°3

« Ambiance détendue, bon accueil, en fin de journée, le sujet est assez difficile à évoquer avec ce médecin également, toujours très centré sur le certificat. Difficile d'élargir sur d'autres thématiques, le médecin me dira après l'entretien qu'il aimerait mieux accompagner les victimes, n'a pas de retour de la gendarmerie quand il y a des enquêtes. Un médecin se sentant un peu isolé et très demandeur d'informations et de contacts sur ce sujet. J'ai oublié de lui demander son âge et sa durée d'installation. »

Ressenti entretien n°4

« Médecin donnant l'impression de ne pas connaître plus sur le sujet, il y porte un intérêt mitigé. Première fois qu'est abordé le côté orientation en structure médicopsychologique. Sujet des enfants très rapidement abordé. Ne donne pas l'impression de travailler en

réseau pour les situations de violences conjugales. Médecin demandeur d'une plaquette d'informations, mais reste perplexe quant à son utilité, exemple numéro de téléphone non joignable. Oubli de ma part d'aborder la notion d'ITT. »

Ressenti entretien n°5

« Médecin jeune, échange facile, sensible au sujet et plus « rigoureux ». Discute facilement, vraiment dynamique et envie d'en connaître plus sur le sujet. Échanges plus riches en informations. Aimerais savoir prendre en charge les enfants témoins de violences. Pour le coup questions des fois trop larges selon lui, besoin de préciser mes propos de temps en temps. »

Ressenti entretien n°6

« Médecin jeune, sensibilisée aux violences faites aux femmes par son parcours universitaire, du coup sort des fois du cadre des violences conjugales. Dit manquer de contacts, parle de la notion de « micro-réseau », si je comprends bien idée d'un réseau restreint, savoir qui contacter, un contact ? Attention particulière apportée aux enfants. »

Ressenti entretien n°7

« Première fois que l'on parle un peu plus des enfants. Évoque le manque de temps pour se former, mais souhaite avoir plus de coordonnées. Évoque également pour la première fois la complexité de la position en tant que médecin de famille, devoir gérer la victime, l'agresseur présumé et toute la famille proche, position délicate. »

Ressenti entretien n°8

« Ambiance très détendue, dynamique, un peu plus centrée sur le suivi de la patiente, surtout quand pas de volonté de porter plainte. Sensible aux enfants, souhaite avoir plus de connaissances. »

Ressenti entretien n°9

« Médecin très bavard, très actif, militant, ne paraît pas rencontrer de difficulté notable. Réseau bien développé, parle de l'outil « Violentomètre », des hors propos, mais finit toujours pas répondre, entretien assez long, mais riche en échange. »

Ressenti entretien n°10

« Aborde la mise en sécurité en position numéro 1. N'ose pas faire des certificats. Sujet délicat pour elle, manque de réseau au niveau associatif. Ambiance détendue, très ouverte, parle de la notion de sécurité pour le médecin généraliste si lever du secret médical, a peur de représailles familiales. Parle également de la notion de majeur responsable. En demande de formation et d'informations sur le sujet et des contacts à avoir. »

Ressenti entretien n°11

« Médecin s'intéressant beaucoup à l'aspect juridique et la notion de personne vulnérable, aimerait participer plus à la prise en charge de ces victimes voire être médecin pour des structures dédiées, dans le souci d'améliorer sa prise en charge. Oubli de ma part de parler de la plaquette informative. »

Ressenti entretien n°12

« Médecin ayant l'air pressée, assez expéditive dans ses réponses, difficultés pour moi d'approfondir le sujet. N'aborde pas de nouvelles notions par rapport aux autres interviewés. Considère que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste de s'en occuper, adresse beaucoup à des spécialistes. »

Ressenti entretien n°13

« Nouvelle notion intéressante, aborde les problématiques de l'« après », quelles solutions concrètes apportées aux victimes et les facteurs limitants pour celles-ci à l'accès à des logements et aux moyens proposés. Dynamique et très militante, féministe. Aborde également quelles sont les actions du numéro national 3919 à la Réunion, avec quels acteurs cela fait du lien. Échange très intéressant. »

Ressenti entretien n°14

« Médecin jeune et surtout nouvellement arrivée à la Réunion, ayant exercé en métropole avant. Parle souvent qu'elle doit aller chercher l'information par elle-même sinon pas de communication du réseau en place vers les médecins pour informer. Ne pense pas que proposer un suivi soit une bonne idée, mais pour quelles raisons je ne sais pas, je n'ai pas été au fond de cette remarque pour explorer. Pas très à l'aise face à des situations de violences conjugales et au reste de la famille. »

Annexe 7 : Formulaire de consentement

Consentement éclairé

Je soussigné(e),

- autorise par la présente Mlle BLOTTIAUX Aurélie à m'enregistrer en audio
- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonyme
- _ seulement dans le cadre d'une recherche scientifique à but non lucratif (travail de thèse)
- prends acte que les données ainsi enregistrées seront anonymes.

Fait en deux exemplaires, remis à l'investigateur et au participant.

Lieu et date :

Signature

Annexe 8 : Code Book

Elle n'avait jamais abordé le sujet avec moi alors que je la suivais depuis longtemps.

Elle subissait des violences depuis longtemps.

J'ai avant tout un rôle d'écoute et de soutien.

Je dois l'accompagner.

En cas de danger imminent, je me mets en contact avec le GUT ou j'oriente vers l'hôpital.

Je réaborde le sujet systématiquement lors des prochaines consultations.

Je les incite à porter plainte ou au moins faire une main courante.

Je combats avec elle.

Je les déculpabilise et j'essaye de les valoriser.

Je ne cherche pas à connaître les raisons de la violence.

J'essaye de leur faire comprendre l'inacceptable.

Je propose systématiquement un certificat lors de violences physiques.

Les victimes consultent souvent pour avoir un certificat.

Je notifie systématiquement les complications psychologiques sur mes certificats.

Je rédige les constatations cliniques et les faits rapportés.

Je pense qu'une ITT inférieure à 7 jours ne donne pas lieu à des poursuites.

Je trouve compliqué d'avoir accès à un avis en structure médico-psychologique (CMP).

Je trouve difficile d'assurer le suivi psychologique seul.

J'aimerais travailler avec plus de partenaires associatifs et sociaux.

J'aimerais avoir des coordonnées rapidement disponibles et actualisées.

Ce sont des consultations longues.

Je ne pense pas que ce soit un problème plus prépondérant à la Réunion qu'en métropole.

Je suis sensibilisé à ce sujet à travers ma pratique.

Je pense que ça touche toutes les catégories socioprofessionnelles.

Elles en parlent uniquement quand elles veulent porter plainte.

Elles font des démarches que quand les violences sont insupportables.

J'adopte une attitude neutre.

Mon rôle est de réussir à évaluer le danger.

Je limite mon action à la rédaction du certificat.

Certains patients révèlent des faits sans désir de prise en charge spécifique.

Je pense qu'en tant que médecin généraliste, on est le premier recours pour les victimes.
Je n'organise pas de suivi spécifique.
J'espère que la médiatisation faite sur le sujet va inciter les victimes à parler.
Je n'ai pas été amené à prendre en charge des situations de danger imminent.
Le cabinet est un lieu dédié où elles peuvent parler.
Je pense que c'est un problème fréquent et sous-estimé à la Réunion.
Je trouve que la dépendance à l'alcool est fréquente dans les situations de violence.
Les violences peuvent être cachées sous d'autres motifs.
Je trouve que les situations de refus de prise en charge sont fréquentes.
J'ai l'impression qu'elles refusent de réaborder le sujet.
Le manque de correspondants peut me mettre en difficulté.
Je pense que c'est un problème culturel à la Réunion.
Sur des situations complexes, j'adresse en médecine légale.
J'essaie de dépister les complications psychologiques lors du suivi.
Je trouve difficile de gérer l'ambivalence des victimes.
Elles victimisent l'agresseur et ont souvent un sentiment de responsabilité.
Je pense que notre intervention est importante pour la victime.
Je trouve qu'il y a peu d'adhésion à un suivi.
Je pense que je ne dépiste pas assez.
J'explique les différents recours possibles y compris judiciaires.
J'évalue les personnes ressources de l'entourage amical et familial.
J'ai conscience que ce n'est pas facile pour elle d'en parler.
Elles ont peur de faire des démarches.
La victime est souvent isolée.
Les faits révélés sont dépendant de l'interaction qu'on a avec la victime.
Je trouve difficile d'évaluer l'ITT, c'est une notion subjective pour moi.
Je suis attentive aux répercussions sur les enfants en fonction de leur âge .
Je pense que le médecin généraliste est celui qui peut se rendre le mieux compte du contexte et des répercussions sur la famille.
J'aimerais avoir une fiche contact à remettre aux victimes.
Les médecins doivent être formés à ce sujet.
Le réseau doit être réactif et adapté à notre pratique.
Je trouve qu'il y a une banalisation de la violence dès les plus jeunes âges à la Réunion.

On échange nos contacts entre associés au cabinet.

En cas de danger je sais qu'il existe des hébergements d'urgence pour isoler la victime.

En cas de danger imminent, je préviendrai les forces de l'ordre pour une mise à l'abri.

Je trouve la prise en charge plus facile quand un enfant est exposé aux violences également.

La décision de demander de l'aide doit venir d'elle.

Je peux prendre des décisions à sa place et réaliser un signalement si les enfants sont impliqués.

Ma position est délicate en tant que médecin de famille.

Il faut avoir du temps pour ouvrir la conversation avec ses patientes.

Je peux suspecter des violences conjugales, mais aborder le sujet est difficile.

Il ne faut pas ignorer et donner de l'importance à ces révélations.

Je pense que c'est important pour le cheminement des victimes d'avoir des aides autres comme des associations.

Je trouve intéressante la discussion de la levée du secret médical.

Je peux aborder le sujet avec mes patients en échangeant sur leur vie quotidienne.

Je lui ai dit qu'elle n'était pas la seule femme dans cette situation.

Je n'ai jamais pensé à demander si les enfants avaient assisté aux violences.

Je ne pense pas que ce soit mon rôle de rédiger un ITT.

Ton étude me motive à plus approfondir le sujet des violences conjugales.

Elle n'est pas en pleine capacité de ses moyens.

Avec un outil comme le « violentomètre », je peux aider la patiente à prendre conscience de sa situation.

Je pense que certaines patientes seraient contentes que l'on intervienne pour elles.

Je lui fais élaborer des stratégies pour comprendre sa situation et s'en sortir.

J'attends d'avoir plusieurs éléments pour juger de la crédibilité de la situation.

Je m'assure de la sécurité de la victime et de ses enfants.

En cas d'agression sexuelle, je laisse la médecine légale réaliser le certificat.

Je laisse toujours une trace écrite dans son dossier médical.

Je ne me sens pas assez compétente dans le domaine.

Je peux réussir à obtenir l'alliance d'une mère victime en lui parlant des répercussions sur ses enfants.

Essayer de convaincre une victime dans le refus est difficile.

« On a une petite place dans la prise en charge, mais pas la majeure ».

Je me remets beaucoup en question dans ces prises en charge.

« Les femmes victimes de violences ne le sont pas par hasard ».

« Je ne veux pas être paternisant ».

J'ai peur des représailles que pourrait avoir la rupture du secret médical.

J'ai aussi pris en charge des hommes victimes.

Je m'aide d'un certificat « type » avec ITT inclus pour la rédaction du certificat.

Je trouve qu'il manque une centralisation des informations au sujet des violences conjugales.

Je rencontre peu de situations de violences conjugales au cabinet.

J'aimerais avoir un protocole d'aide à la prise en charge.

Annexe 9 : Propriétés

Prendre le temps d'écouter
Marquer le moment
Savoir dialoguer
Expliquer les démarches possibles
Évaluer le soutien de l'entourage familial et amical
Appréhender le contexte global familial en tant médecin de famille
Valoriser la victime et déculpabiliser
Inciter à porter plainte ou réaliser une main courante
Soutenir / accompagner
Réaborder le sujet
Mettre en place un suivi et y faire adhérer
Difficultés à avoir un avis spécialisé psychologique en CMP
Notifier les complications psychologiques sur le certificat
Identifier des facteurs favorisant les violences : intoxication alcoolique et précarité
Être impartial / rester neutre
En cas de danger, orienter vers une structure hospitalière ou prévenir les forces de l'ordre
S'assurer d'une mise à l'abri si danger (victime et enfants)
Dépister systématiquement les répercussions sur les enfants
Orienter les enfants pour prise en charge spécialisée
Méconnaître les effets sur l'entourage : enfants témoins / ne pas aborder le sujet
Pouvoir être disponible pour ses patients, avoir du temps
Laisser la victime prendre des décisions par elle-même et reconsulter
Protéger les enfants par des signalements
Difficulté à analyser la situation en fonction du discours de la victime
Avoir des interlocuteurs directs pour demander conseil
Connaitre des référents dans le domaine social et associatif
Fournir à la victime des numéros de téléphone utiles pour l'aider dans ses démarches
Avoir une fiche pratique pour CAT et informations claires
Pouvoir avoir un relai dans la prise en charge
Avoir un réseau réactif
Être formé spécifiquement
Expliquer le problème à la Réunion par la tolérance à la violence et la culture

Être attentif aux catégories d'âge les plus jeunes, toutes catégories SP confondues
Acquérir de l'expérience avec la pratique
Méconnaître le problème malgré un suivi long / connaître la situation tardivement
Ne pas chercher l'origine des violences
Faire réfléchir sur l'inacceptable
Proposer systématiquement et uniquement un certificat si violences physiques
Rédiger fréquemment un certificat à la demande de la victime
Écrire l'examen clinique de façon détaillé et les faits rapportés
Difficultés à évaluer l'ITT par manque de formation
Évaluer un ITT de plus de 7 jours permet des poursuites judiciaires et protéger
Ne pas distinguer le problème entre les régions (Réunion/Métropole)
Connaitre l'importance du problème au niveau local (Réunion)
Assurer seul le suivi psychologique est difficile
Être consulté en 1^{er} par les victimes
Ne pas savoir quels sont les acteurs du réseau
Ne pas être confronté régulièrement aux situations de violences
N'avoir jamais été confronté aux situations de danger
Proposer un espace de confiance, de paroles
Oser aborder le sujet
Savoir repérer les motifs cachés
Être démuni devant le refus de prise en charge et les pertes de vues
Orienter vers l'UMJ si situations complexes ou agressions sexuelles
Être démuni face aux situations d'emprise et lenteur de prises de décisions
Ne pas rédiger d'ITT pour ne pas porter préjudice à la victime et le laisser l'évaluer par un spécialiste
Avoir aussi un rôle important dans le dépistage
Être décisionnaire à la place des victimes ou réussir à convaincre si enfants exposés (prise en charge plus facile)
Être dans une position délicate en tant que médecin de la famille
Avoir la possibilité de signaler à la place de la victime par la loi
Savoir aborder le sujet de manière détournée
Être au centre de la prise en charge
Se méfier d'une survictimisation

Prévenir une récurrence des violences
Élaborer des stratégies avec elle
Garder une trace écrite dans le dossier médical
Savoir ou pouvoir orienter
Faire évoluer sa pratique
Appréhender des répercussions de la levée du secret en tant que médecin de famille
Ne pas méconnaître la violence faite aux hommes
Préserver le lien de confiance primordial
Évaluer le danger avant tout
Combattre la banalisation de la violence
Être sensibilisé par la pratique
Avoir accès à une formation spécifique
Avoir des coordonnées en fonction de mon secteur d'activité
Prendre avis auprès du GUT
Orienter vers un CMP

"Créer du lien contre les violences conjugales"

Île de la Réunion Réseau Est

Numéros d'urgence

SAMU : 15
Pour sourds/malentendants (SMS) : 114
POLICE ou GENDARMERIE : 17
POMPIERS : 18
Mise à l'abri- Hébergement d'Urgence : 115
Allô Enfance en Danger : 119
Lutte contre la maltraitance Alma (personnes âgées et personnes handicapés) : 3977 / 0262 41 53 48

Numéros d'écoute et d'aides à transmettre aux victimes

Violences Femmes Info : 3919
Aide aux Victimes – France Victimes : 116 006

Hôpital : GHER St Benoît

Urgences adultes : 0262 98 88 88
Urgences pédiatriques : 0262 98 83 65
Urgences psychiatriques (Cap Nord) : 0262 90 65 34
Médecine légale : 0262 90 57 40
Victimologie pédiatrique : 0262 90 57 02

Contacteur une assistante sociale (en gendarmerie ou commissariat)

Secteur St André, Salazie : Mme HOARAU-MOLLY Sandra
0262 58 59 17 / 0692 88 33 60

Secteur Bras-Panon, St-Benoît, Ste-Rose, Plaine des Palmistes : Mme LUCAS Véronique
0262 50 33 82 / 0692 76 18 54

Réaliser un signalement

Contact procureur ou magistrat de permanence
Tel : accessible via le 17 Mail :
Enfants : Centralisation et recueil des informations préoccupantes (CRIP)
Tel : 0262 90 39 70 Mail : crip.dfe@cg974.fr
Cellule d'informations préoccupante pour personne âgée et personnes handicapées (CIPP-APH)
Tel : 0262 Mail : celluleIPPAPH@cg974.fr

Aides juridiques, psychologiques et juridictionnelles aux victimes (ARAJUFA)

Antennes par secteur
- St Denis : 0262 21 45 94
- Ste André : 0262 58 11 91
- Bras Panon : 0262 58 55 59
- Saint Benoit : 0262 50 15 42
Mail : arajufa@wanadoo.fr
Bureau d'aides aux victimes au tribunal judiciaire Nord:
0262 40 23 45 / 02 62 40 22 20

Associations d'aides aux victimes - Lieux d'accueil, écoute et orientation (LAEO)

Association des maisons de la Famille de la Réunion (AMAFAR-EPE) : 06 93 10 69 37
Association féminine de l'EST contre tristesse tyrannie traumatisme (AFECT) : 0692 61 76 59
Femmes Solid'Air ! : 0692 23 32 23 / 0692 36 53 91 / 0692 26 53 52
Réseau Violences Intrafamiliales (VIF) (évaluation des situations de potentiels danger) : 0262 96 04 24

Autres informations utiles sur sites internet

« Arrêtons les violences » sur <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
Plateforme avec fiches d'aide à la prise en charge des violences conjugales : <http://declicviolence.fr/index.html>
Observatoire Réunionnais des Violences Faites aux Femmes (ORViFF) : <http://www.orviff.re/fr/1/accueil.html>

"Créer du lien contre les violences conjugales"

Île de la Réunion Réseau Nord

Numéros d'urgence

SAMU : 15
Pour sourds/malentendants (SMS) : 114
POLICE ou GENDARMERIE : 17
POMPIERS : 18
Mise à l'abri- Hébergement d'Urgence : 115
Allô Enfance en Danger : 119
Lutte contre la maltraitance Alma (personnes âgées et personnes handicapés) : 3977 / 0262 41 53 48

Hôpital : CHU de la Réunion (Site Nord)

Urgences adultes : 0262 90 57 35
Urgences pédiatriques : 0262 90 51 90
Urgences psychiatriques (Cap Nord) : 0262 90 65 34
Médecine légale : 0262 90 57 40
Victimologie pédiatrique : 0262 90 57 02

Réaliser un signalement

Contact procureur ou magistrat de permanence
Tel : accessible via le 17 Mail :
Enfants : Centralisation et recueil des informations préoccupantes (CRIP)
Tel : 0262 90 39 70 Mail : crip.dfe@cg974.fr
Cellule d'informations préoccupante pour personne âgée et personnes handicapées (CIPP-APH)
Tel : 0262 Mail : celluleIPPAPH@cg974.fr

Numéros d'écoute et d'aides à transmettre aux victimes

Violences Femmes Info : 3919
Aide aux Victimes – France Victimes : 116 006

Contacteur une assistante sociale (en gendarmerie ou commissariat)

Secteur St Denis : Mme RICHER Isabelle
0262 90 75 73 / 0692 55 78 02

Secteur Ste Marie, Ste Suzanne :
N° Gendarmerie : 0262 53 40 01 / 0262 52 30 07

Aides juridiques, psychologiques et juridictionnelles aux victimes (ARAJUFA)

Antennes par secteur
- St Denis : 0262 21 45 94
- Ste Marie : 0262 72 10 14
- Chaudron : 0262 48 99 51
- Sainte Suzanne : 0262 52 35 23
Mail : arajufa@wanadoo.fr
Bureau d'aides aux victimes au tribunal judiciaire Nord:
0262 40 23 45 / 02 62 40 22 20

Associations d'aides aux victimes - Lieux d'accueil, écoute et orientation (LAEO)

Association des maisons de la Famille de la Réunion (AMAFAR-EPE) (*accueil de jour*) : 0262 30 53 30 / 0262 30 65 95
Antenne Réunionnaise de l'institut de victimologie (ARIV) : 0262 19 07 56 / 0692 61 08 88
Collectif pour Elimination des Violences intrafamiliales (CEVIF) : 0262 41 80 80 / 0692 14 58 45
Réseau Violences Intrafamiliales (VIF) (*évaluation des situations de potentiels danger*) : 0262 96 04 24
Association Osons Ré-agir : 06 93 91 05 29

Autres informations utiles sur sites internet

« Arrêtons les violences » sur <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
Plateforme avec fiches d'aide à la prise en charge des violences conjugales : <http://decliviolence.fr/index.html>
Observatoire Réunionnais des Violences Faites aux Femmes (ORVIF) : <http://www.orviff.re/fr/1/accueil.html>

"Créer du lien contre les violences conjugales"

Île de la Réunion Réseau Ouest

Numéros d'urgence

SAMU : 15
Pour sourds/malentendants (SMS) : 114
POLICE ou GENDARMERIE : 17
POMPIERS : 18
Mise à l'abri- Hébergement d'Urgence : 115
Allô Enfance en Danger : 119
Lutte contre la maltraitance Alma (personnes âgées et personnes handicapés) : 3977 / 0262 41 53 48

Hôpital : CHOR Saint Paul

Urgences adultes : 0262 45 30 30 (poste sénior urgences)
Urgences pédiatriques : 0262 45 30 30 (poste pédiatre de garde)
Urgences psychiatriques (Cap Ouest) : 0262 74 20 00
Médecine légale : 0262 90 57 40
Victimologie pédiatrique : 0262 90 57 02

Réaliser un signalement

Contact procureur ou magistrat de permanence
Tel : accessible via le 17 Mail :
Enfants : Centralisation et recueil des informations préoccupantes (CRIP)
Tel : 0262 90 39 70 Mail : crip.dfe@cg974.fr
Cellule d'informations préoccupante pour personne âgée et personnes handicapées (CIPP-APH)
Tel : 0262 Mail : celluleIPPAPH@cg974.fr

Numéros d'écoute et d'aides à transmettre aux victimes

Violences Femmes Info : 3919
Aide aux Victimes – France Victimes : 116 006

Contacteur une assistante sociale (en gendarmerie ou commissariat)

Secteur Le Port, La Possession, St-Paul centre, St-Gilles :
Mr MAILLOT Johny 0693 22 68 04

Secteur Bois de Nèfles, Plateau Caillou, La Saline, Les
Trois-Bassins, St-Leu : Mme RICHAND Laurence
0262 57 93 48 / 0692 64 68 11

Aides juridiques, psychologiques et juridictionnelles aux victimes (ARAJUFA)

Antennes par secteur
- La Possession : 0262 32 75 82
- Le Port : 0262 71 22 27
- Saint Paul : 0262 45 42 98
- Plateau Caillou : 0262 45 81 98
- La Saline les Hauts : 0262 33 77 45
- Saint Leu : 0262 34 70 85
Mail : arajufa@wanadoo.fr
Bureau d'aides aux victimes au tribunal judiciaire Sud :
0262 96 10 10 / 02 62 96 10 18

Associations d'aides aux victimes - Lieux d'accueil, écoute et orientation (LAEO)

Planning Familial AD 974 : 0262 25 40 15 / 0692 47 08 70 / 0692 77 46 12
Union des Femmes Réunionnaises (UFR) : 0262 45 57 07
Réseau Violences Intrafamiliales (VIF) (*évaluation des situations de potentiels danger*) : 0262 96 04 24
Association Les Iris : 06 93 40 21 97

Autres informations utiles sur sites internet

« Arrêtons les violences » sur <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
Plateforme avec fiches d'aide à la prise en charge des violences conjugales : <http://decliviolence.fr/index.html>
Observatoire Réunionnais des Violences Faites aux Femmes (ORVIF) : <http://www.orviff.re/fr/1/accueil.html>

"Créer du lien contre les violences conjugales"

Île de la Réunion Réseau Sud

Numéros d'urgence

SAMU : 15
Pour sourds/malentendants (SMS) : 114
POLICE ou GENDARMERIE : 17
POMPIERS : 18
Mise à l'abri- Hébergement d'Urgence : 115
Allô Enfance en Danger : 119
Lutte contre la maltraitance Alma (personnes âgées et personnes handicapés) : 3977 / 0262 41 53 48

Hôpital : CHU de la Réunion (Site Sud)

Urgences adultes : 0262 35 90 00 (poste sénior urgences)
Urgences pédiatriques : 0262 35 90 00 (poste pédiatre de garde)
Urgences psychiatriques (CAUMP) : 0262 71 98 94
Médecine légale : 0262 90 57 40
Victimologie pédiatrique : 0262 90 57 02

Réaliser un signalement

Contact procureur ou magistrat de permanence
Tel : accessible via le 17 Mail :
Enfants : Centralisation et recueil des informations préoccupantes (CRIP)
Tel : 0262 90 39 70 Mail : crip.dfe@cg974.fr
Cellule d'informations préoccupante pour personne âgée et personnes handicapées (CIPP-APH)
Tel : 0262 Mail : celluleIPPAPH@cg974.fr

Numéros d'écoute et d'aides à transmettre aux victimes

Violences Femmes Info : 3919
Aide aux Victimes – France Victimes : 116 006

Contacteur une assistante sociale (en gendarmerie ou commissariat)

Secteur Le Tampon, La Plaine des Cafres, St-Joseph, Petite-Île, St-Philippe, Entre-Deux :

Mme GOURDON Anny Claude
0262 91 19 88 / 0692 64 68 83

Secteur Les Avirons, L'Étang-Salé, Cilaos, St-Louis, St-Pierre :

Mme K/BIDI Catherine 0262 35 72 50

Aides juridiques, psychologiques et juridictionnelles aux victimes (ARAJUFA)

Antennes par secteur

- Etang Salé : 0262 26 57 15
- Saint Louis : 0262 91 14 09
- Saint Pierre : 0262 91 84 92 / 02 62 25 12 83
- Saint Joseph : 0262 56 18 56
- Bois d'Olive : 0262 96 64 91
- Tampon : 0262 57 31 26
- Cilaos : 0262 31 89 89

Mail : arajufa@wanadoo.fr

Bureau d'aides aux victimes au tribunal judiciaire Sud :
0262 96 10 10 / 02 62 96 10 18

Associations d'aides aux victimes - Lieux d'accueil, écoute et orientation (LAEO)

Planning Familial AD 974 : 0262 25 40 15 / 0692 47 08 70 / 0692 77 46 12
Femmes des Hauts, Femmes d'Outre-mer (accueil de jour) : 0262 57 88 21 / 0692 01 20 86 / 0692 06 53 53
Association de femmes et enfants victimes de violences (AFEV) : 06 92 61 58 29
Réseau Violences Intrafamiliales (VIF) (évaluation des situations de potentiels danger) : 0262 96 04 24

Autres informations utiles sur sites internet

« Arrêtons les violences » sur <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>

Plateforme avec fiches d'aide à la prise en charge des violences conjugales : <http://declicviolence.fr/index.html>

Observatoire Réunionnais des Violences Faites aux Femmes (ORVIF) : <http://www.orviff.re/fr/1/accueil.html>

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 des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

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

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

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 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Le médecin généraliste face aux violences conjugales à La Réunion

Résumé

Introduction : Les violences conjugales constituent un véritable enjeu de santé publique. Récemment mis en avant lors du Grenelle des violences conjugales en 2019, elles sont actuellement au centre de plusieurs discussions entre des acteurs politiques, sociaux, judiciaires, associatifs et professionnels de santé. En 2017, La Réunion se situait à la troisième place des régions les plus touchées par les violences conjugales.

Souvent consulté en premier recours par les victimes, le médecin généraliste est un acteur central dans la prise en charge. L'objectif de cette étude était de déterminer comment le médecin généraliste prend en charge des situations de violences conjugales à la Réunion.

Méthode : Étude qualitative avec une approche par la théorisation ancrée. Elle a donné lieu à la réalisation de 14 entretiens auprès de médecins généralistes installés dans différents secteurs de l'île de la Réunion.

Résultats : L'analyse ouverte et l'étiquetage initial ont permis de réaliser un livre de 100 codes. L'analyse de ces codes a permis de faire émerger 5 catégories : accueillir la révélation de violences conjugales, pouvoir orienter, oser aborder le sujet, exercer à la Réunion et faire évoluer sa pratique. Ces résultats ont été modélisés sous la forme de schéma, ce qui permet de mieux appréhender les processus mis en jeu et les besoins du médecin généraliste.

Conclusion : Sensibilisé au sujet des violences conjugales, le médecin généraliste possède de bonnes connaissances théoriques, mais peut parfois se sentir isolé. Afin de créer ou de renforcer des liens avec les partenaires du réseau, nous proposons de fournir aux médecins généralistes un outil d'aide à la pratique spécifique à la Réunion.

Discipline : Médecine générale

Mots clés : Violences conjugales, médecin généraliste, soins primaires, île de la Réunion

The general practitioner confronted with spouse abuse in Reunion island

Abstract

Background : Spouse abuse constitutes a real public health issue. Recently highlighted during the “ Grenelle des violences conjugales” in 2019, it is currently at the center of several discussions between actors from the political, social, judicial, associative and health professional spheres. Reunion island was the third most affected region by spouse abuse in 2017. The general practitioner, who is often consulted by victims as a first resort, is a key element in the care process. The study’s objective was to determine how the general practitioner deals with situations of spouse abuse in Reunion island.

Method : Qualitative study with a grounded theorizing approach. The study involved 14 interviews with general practitioners in different Reunion Island’s areas.

Results : The open analysis and initial tagging led to a one hundred codes’ book. The analysis of these codes revealed 5 categories: receiving the revelation of conjugal violence, being able to orientate, having the audacity to approach the subject, practicing in Reunion Island and developing one's practice. The results were modeled in schematic form, thus providing a better understanding of the processes involved and the general practitioner's specific needs.

Conclusion : Aware of the subject of domestic violence, the general practitioner possesses good theoretical knowledge, but may sometimes feel isolated. In order to create or enhance links with the other partners of the network, we propose a tool for helping the general practitioners in their practice in Reunion island.

Discipline General practice

Keywords : spouse abuse, general practitioner, primary care, Reunion island
