



**HAL**  
open science

# Quelles sont les attentes des victimes de violences conjugales concernant leur médecins généralistes

Ségolène Bracq

► **To cite this version:**

Ségolène Bracq. Quelles sont les attentes des victimes de violences conjugales concernant leur médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03127599

**HAL Id: dumas-03127599**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03127599v1>**

Submitted on 1 Feb 2021

**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.

# **UFR DE SANTÉ DE ROUEN NORMANDIE**

**ANNÉE 2020**

## **THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE**

( Diplôme d'État)

Par

Sékolène BRACQ

Née le 16 décembre 1991 à ROUEN

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 DÉCEMBRE  
2020

**QUELLES SONT LES ATTENTES DES VICTIMES  
DE VIOLENCES CONJUGALES CONCERNANT  
LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE?**

**PRÉSIDENT DU JURY :** Professeur Jean-Loup HERMIL

**DIRECTRICE DE THÈSE :** Docteur Sophie OZANNE

**MEMBRES DU JURY :** Professeur Gilles TOURNEL

Docteur Lucille PELLERIN

Docteur Benoît BROUSSE



**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**  
**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Agnès LIARD**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN Urologie

Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CHB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CHB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile

Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HCN	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie

Mr Lilian <b>SCHWARZ</b>	HCN Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN Pneumologie
Mr Hervé <b>TILLY</b> ( <i>surnombre</i> )	CHB Hématologie et transfusion
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN Chirurgie digestive
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CHB Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b> Réadaptation	Les Herbiers Médecine Physique et de
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HC Rhumatologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN Physiologie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH** HCN Nutrition  
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG** HCN Bactériologie – Virologie  
Mr Emmanuel **BESNIER** HCN Anesthésiologie - Réanimation  
Mme Carole **BRASSE LAGNEL** HCN Biochimie  
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS** HCN Chirurgie Vasculaire  
Mr Gérard **BUCHONNET** HCN Hématologie  
Mme Mireille **CASTANET** HCN Pédiatrie  
Mme Nathalie **CHASTAN** HCN Neurophysiologie  
Mr Moïse **COEFFIER** HCN Nutrition  
Mr Serge **JACQUOT** UFR Immunologie  
Mr Joël **LADNER** HCN Epidémiologie, économie de la santé  
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE** UFR Biologie cellulaire  
M. Florent **MARGUET** HCN Histologie  
Mme Chloé **MELCHIOR** HCN Gastroentérologie  
Mr Thomas **MOUREZ** (*détachement*) HCN Virologie  
Mr Gaël **NICOLAS** UFR Génétique  
Mme Muriel **QUILLARD** HCN Biochimie et biologie moléculaire  
Mme Laëtitia **ROLLIN** HCN Médecine du Travail  
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique  
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie  
Mr David **WALLON** HCN Neurologie  
Mr Julien **WILS** HCN Pharmacologie

## PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE** UFR Communication  
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL** UFR Anglais

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Thomas <b>CASTANHEIRO MATIAS</b>	Chimie Organique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie

Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL <b>GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mme Caroline <b>BERTOUX</b>	Pharmacie

#### **PAU-PH**

M. Mikaël **DAOUPHARS**

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

#### **ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES**

Mme Alice <b>MOISAN</b>	Virologie
M. Henri <b>GONDÉ</b>	Pharmacie

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

M. Abdel <b>MOUHAJIR</b>	Parasitologie
M. Maxime <b>GRAND</b>	Bactériologie

#### **ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT**

Mme Ramla <b>SALHI</b>	Pharmacognosie
------------------------	----------------

<b>LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</b>
---

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

## **ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**

### **III – MEDECINE GENERALE**

#### **PROFESSEUR MEDECINE GENERALE**

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)          UFR    Médecine générale

#### **MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE**

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)      UFR    Médecine générale

#### **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE**

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**                  UFR    Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**              UFR    Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**          UFR    Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**                      UFR    Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**          UFR    Médecine générale

#### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES**

Mr Pascal **BOULET**                        UFR    Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON**                UFR    Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD**                 UFR    Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**                 UFR    Médecine générale

## **PROFESSEURS**

Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament  
Mme Su **RUAN** (med) Génie Informatique

## **MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med) Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)  
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)  
Mme Carine **CLEREN** (med) Neurosciences (Néovasc)  
M. Sylvain **FRAINEAU** (med) Physiologie (Inserm U 1096)  
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med) Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)  
Mr Nicolas **GUEROUT** (med) Chirurgie Expérimentale  
Mme Rachel **LETELLIER** (med) Physiologie  
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med) Physiologie (Unité Inserm 1076)  
Mr Frédéric **PASQUET** Sciences du langage, orthophonie  
  
Mme Christine **RONDANINO** (med) Physiologie de la reproduction  
Mr Youssan Var **TAN** Immunologie  
Mme Isabelle **TOURNIER** (med) Biochimie (UMR 1079)

## **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

# Remerciements :

À Monsieur le Professeur Hermil

Merci de me faire l'honneur, en tant que directeur de notre département de médecine générale, d'accepter la présidence de cette thèse.

Au Dr Sophie Ozanne

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Merci pour ton accueil durant ce premier stage en médecine générale, ton partage de connaissances, et ton ouverture d'esprit. Je retrouve un peu de toi dans ma façon d'exercer et cela me réjouit.

Au Professeur Tournel

En tant que chef du service du CASA, il m'a semblé inévitable que vous jugiez mon travail, qui n'aurait pu exister sans vos locaux. Merci d'avoir accepté de participer à mon jury.

Au Dr Lucille Pellerin

Merci pour vos éclairages et pour tous vos conseils bienveillants. Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Au Dr Benoit Brousse

Nos échanges professionnels ont toujours été très enrichissants pour ma pratique, depuis mes premiers mois d'internat. Je connais le grand intérêt que vous portez aux prises en charge des victimes de violences et je vous remercie d'avoir accepté de venir juger mon travail.

Merci aux équipes d'EMHAVI et du CASA, notamment au Dr Perissoud et au Dr Thureau, pour leur accueil au sein des deux structures.

À tous les médecins qui m'ont ouvert leur cabinet, et plus largement aux soignants croisés sur mon chemin étudiantin.

À ceux qui m'ont apporté un savoir, une humanité, une façon d'exercer et une écoute que je m'évertue à utiliser dans ma pratique quotidienne.

À mes chef.fes, qui sont devenus des amis: Gildas, Sandrine, Romuald, Yoann, Chloé, Xavier..

À mes ami.e.s de la fac: les premières années avec toi, Clémence, puis les co-externes, à présent disséminés dans toute la France. Enfin les co-internes,

compagnons de gardes, d'apprentissage, de partage, de soutien dans les journées difficiles, de rires, de pauses...

À nos soirées, randonnées et voyages à venir, Louise, Priscilla, Lucie, Bérénice..

À toi, Charlotte, petite soeur d'adoption. À notre amitié grandissante de jour en jour.

À mes parents

Merci maman et papa, pour votre amour et votre soutien sans faille, depuis toujours.

Votre fierté m'est chère, nos relations aussi. J'aime ce que je suis devenue, et c'est essentiellement grâce à vous.

À mes frère et soeurs: Guillaume, Elise et Capucine.

Et à la famille qui s'agrandit d'année en année.

Merci d'avoir fait de moi la cadette que je suis, et de jouer à la perfection vos rôles de « grands ».

Merci pour votre amour inconditionnel, vos moments d'écoutes attentives, vos conseils avisés.

Plus récemment, pour nos partages de pratique et d'expériences, durant des heures au téléphone, Lily.

Pour ta patience face à ma médiocrité informatique, tes relectures, tes aides à la mise en page, Cap.

Aux quatre grands parents qui veillent sur moi.

Aux copains du lycée, ami.e.s de toujours, ou presque. Aux plus vieux et aux derniers arrivés.

Merci pour toutes ces années de rire et d'amour.

Continuons de grandir ensemble, pourvu que cela dure encore des années et des années.

Un merci particulier à Marion, pour tes relectures, conseils et corrections de fautes, indispensables!

Un merci particulier à Angèle, pour ton réconfort et ton soutien, dès que j'en ai besoin.

À nos projets à venir !

À toi, Nolwenn, qui mériterait un paragraphe entier.

Merci pour ton aide concernant ce travail de thèse. Depuis les prémices du sujet jusqu'à la soutenance.

Mais surtout merci pour ce que nous sommes, toutes les deux. Pour cette amitié extraordinaire que l'on entretient parfaitement depuis plus de 10 ans.

À tous nos moments passés ensemble, ils sont nombreux. Et à ceux à venir, ils le seront encore plus.

Enfin je remercie les patientes qui ont accepté de participer à cette étude.

# Table des matières

<b>I. Introduction</b>	<b>19</b>
<b>II. Etat des lieux</b>	<b>23</b>
1 - Définitions	23
2 - Conséquences sur la santé	26
3 - Evolution de la législation	29
<b>III. Matériel et méthodes</b>	<b>34</b>
1 - Type d'étude	34
2 - Recrutement des patientes	35
3 - Déroulement des entretiens	39
4 - Ethique et anonymat	40
5 - Analyse des données	41
<b>IV. Résultats</b>	<b>42</b>
1 - Caractéristiques de la population étudiée	42
A. Les patientes	42
B. Les médecins généralistes	43
C. Etat de santé actuel	46
2 - Violences subies	48
A. Violences physiques	48
B. Violences sexuelles	49
C. Violences psychologiques et verbales	50
D. Temporalité des violences	51
3 - Les attentes des patientes	52
A. Les difficultés à aborder le sujet en consultation	52
B. Les rôles attendus du médecin généraliste	60

C. Un dépistage nécessaire	65
<b>V. Discussion</b>	<b>70</b>
1 - Synthèse des résultats	70
A. Concernant le repérage des violences	70
B. Concernant la prise en charge des patientes une fois dépistées	74
2 - Forces et limites de l'étude	75
<b>VI. Conclusion</b>	<b>79</b>
<b>VII. Annexes</b>	<b>81</b>
Annexe 1 : Document distribué aux patientes consultant au CASA pour violences conjugales	81
Annexe 2 : Document distribué aux patientes consultant à EHMAVI pour violences conjugales	82
Annexe 3 : Canevas d'entretien initial	83
<b>VIII. Bibliographie</b>	<b>85</b>

# Abréviations :

ENVEFF: Enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France

OMS: Organisation mondiale de la santé

HAS: Haute autorité de santé

CASA: Centre d'accueil spécialisé dans les agressions

EMHAVI: Equipe mobile hospitalière d'aide aux victimes de violence

ONVFF: Observatoire national des violences faites aux femmes

CMI: Certificat médical initial

ITT: incapacité temporaire de travail

IMG: interruption médicale de grossesse

MG: Médecin généraliste

# I. Introduction

Les violences conjugales regroupent tous les types de violences (verbales, sexuelles, psychologiques, économiques, physiques) qu'exerce un ou une partenaire ou ex-partenaire sur l'autre, afin d'établir, par son emprise, un rapport de domination.

Elles n'ont pas d'âge, pas de religion et peuvent toucher toutes les catégories socio-professionnelles, durant toutes les périodes de la vie de couple<sup>1</sup>.

Elles concernent les deux sexes. Pour autant, les femmes représentent 88% des victimes<sup>2</sup>. Cette surexposition est la raison pour laquelle la parole dans cette étude n'est donnée qu'à des patientes victimes.

En 2018 en France, d'après l'enquête « cadre de vie et sécurité » réalisée entre 2012 et 2018<sup>3</sup> :

- près de 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année
- moins d'une femme sur 5 déclare avoir porté plainte
- et 121 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire intime « officiel » ou « non officiel »

L'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur les violences envers les femmes en France), évalue pour sa part à « 10% la proportion de femmes en situation de violences conjugales » en 2000<sup>4</sup>.

Les répercussions sur l'état de santé sont nombreuses. Elles nécessitent des prises en charge longues, multidisciplinaires, et adaptées à chaque patiente. Il existe une réelle souffrance physique et morale, associée à des troubles psychosomatiques sévères.

Les violences conjugales sont un problème de santé publique dont la prise de conscience collective est récente. Depuis quelques années, la tolérance sociale diminue, la parole se libère, la législation se renforce.

Le médecin généraliste est un acteur important à la fois dans le repérage des violences, mais aussi dans le suivi en aigu et l'accompagnement des patientes sur le plus long terme. Il fait partie intégrante de la chaîne de prise en charge des victimes<sup>5,6</sup>.

En effet, l'ENVEFF confirme que les femmes victimes d'agression physique se confient en premier lieu à un médecin (24% des cas), avant la police et la gendarmerie (13% des cas), la justice ou une association.

Le rapport Henrion de 2001 rappelle que 3 catégories de médecins sont en première ligne pour dépister les violences et accueillir les femmes victimes : les médecins généralistes libéraux, les urgentistes hospitaliers et l'ensemble des gynécologues<sup>7</sup>.

L'intérêt d'aborder le sujet des violences conjugales en consultation de médecine générale est retrouvé dans de nombreuses études.

Une étude américaine de 1992 effectuée auprès de 164 patients victimes de violences sexuelles et 27 médecins a démontré que 68% des patientes seraient favorables à un dépistage « de routine<sup>8</sup> ».

Une étude suédoise de 2007 a établi que 92% des femmes trouvent approprié d'être interrogées sur la sexualité en général, notamment les violences, et que 60% estiment que le médecin généraliste pourrait les aider à faire face aux conséquences de ces agressions<sup>9</sup>.

Selon le rapport d'Henrion, les professionnels de santé se doivent de réaliser un dépistage au moindre doute<sup>10</sup>. Mais en l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de diagnostiquer les violences serait le dépistage systématique, notamment en sachant que 52% des femmes victimes ne font aucune démarche spontanément<sup>11</sup>.

La HAS (Haute Autorité de Santé) recommande un dépistage systématique des violences conjugales lors d'un projet de grossesse, d'un suivi de grossesse ou gynécologique et lors d'un projet de vie en couple<sup>12</sup>.

Mais les freins au dépistage sont nombreux et expliquent la sous-évaluation et la difficulté de prise en charge des victimes.

Une étude réalisée par Julie Bures en 2016 concernant des médecins généralistes de Haute-Normandie répertorie leurs difficultés à aborder le sujet en consultation<sup>13</sup> : « dépistage systématique trop intrusif », « réticence des victimes », « méconnaissance du réseau », « prise en charge complexe ».

Ce sont sensiblement les mêmes freins que l'on retrouve dans une revue de littérature effectuée en 2016 par Manon Dautrevaux en Lorraine<sup>14</sup>: « les violences sont réduites dans la majorité des études au terme de physique, délaissant les violences psychologiques et sexuelles », « peur d'être intrusif dans la vie privée des patientes ». « Sentiment de gérer seul(e) le problème, l'isolement ressenti du médecin une fois le dépistage réalisé »

Afin d'évaluer le bien-fondé de ces freins, il a semblé pertinent de donner la parole aux principales intéressées : les patientes victimes.

Ainsi, dans cette étude, des entretiens ont été effectués avec des patientes qui ont été victimes de violences conjugales afin d'évaluer le rôle de leur médecin généraliste dans la prise en charge.

L'analyse de leur propos doit permettre de décrypter leurs besoins, de rechercher les difficultés à aborder le sujet avec le médecin, et d'évaluer l'intérêt du repérage des violences en consultation.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les attentes des patientes concernant le médecin généraliste.

Le principal objectif secondaire est d'évaluer le bien-fondé du repérage des violences en consultation, afin d'améliorer les prises en charge des patientes victimes, depuis le premier contact jusqu'au suivi a posteriori.

Nous répondrons donc à cette question :

Quelles sont les attentes des victimes de violences conjugales concernant leur médecin généraliste ?

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patientes de Seine-Maritime.

# II. Etat des lieux

## 1 - Définitions

Les violences conjugales regroupent l'ensemble des violences exercées par un partenaire au sein d'une relation de proximité (relation de couple, séparé ou non, ou relation amoureuse).

La psychiatre Dr Muriel Salmona<sup>15</sup> les définit dans son ouvrage *Violences conjugales et famille* comme « violences intentionnelles, qui représentent une atteinte au droit fondamental des personnes à vivre en sécurité, ainsi qu'une atteinte à leur dignité ».

L'idée d'emprise est toujours présente. Johanne Carbonneau<sup>16</sup> décrit dans son rapport *Violence conjugale, des spécialistes se prononcent* que l'« un des partenaires cherche à gagner du pouvoir sur l'autre. Ce sera toujours le même, le dominant, et l'autre partenaire réagira à cette violence en tentant de se défendre ou de se protéger ».

Il existe différentes formes de violences conjugales, qui peuvent être exercées de manière isolée ou combinée.

- La violence verbale (humiliation, insultes, menaces, interdictions, chantage),
- La violence psychologique (série d'attitudes et de propos méprisants, s'attaquant à l'image de soi et à ses capacités personnelles),
- La violence physique (coups, brutalités, gifles, séquestration, mises à la porte, tentatives d'homicide),
- La violence économique (contrôle financier exercé par l'auteur, vérification de comptes),

- La violence sexuelle (harcèlement, attouchements ou rapports sexuels non désirés en utilisant la menace, la violence, la contrainte),
- La violence administrative ( confiscation de documents).

Ces différents types de violence suivent le même processus, au cours duquel l'agresseur adopte à l'encontre de l'autre des comportements violents et destructeurs.

Ces comportements répondent à un cycle de la violence, avec 4 phases distinctes qui se répètent plus ou moins régulièrement et s'accélèrent avec le temps.

Ce cycle est décrit par Léonore Walker en 1979<sup>17</sup> :



Figure 1: Le cycle de la violence conjugale

Phase 1: L'escalade.

La victime est dans un climat de tension permanente, elle est inquiète, fait attention à ses moindres faits et gestes.

L'agresseur contrôle la victime, l'isole, la menace, la dévalorise.

#### Phase 2: L'agression

Quel que soit le type de violence exercée. L'auteur terrorise la victime pour asseoir une totale domination sur l'autre.

#### Phase 3: Le transfert

L'auteur minimise la violence, il inverse la culpabilité sur sa partenaire qui se sent alors responsable de la situation.

#### Phase 4: La lune de miel

L'auteur essaye de reconquérir la victime, promet un changement, fait des efforts, s'excuse.

Au fur et à mesure que la fréquence et la sévérité de la violence augmentent, les victimes sont déstabilisées. Elles perdent confiance en elles, et deviennent totalement dévouées au confort personnel, professionnel, sexuel, physique du conjoint ou ex-conjoint violent, développent des conduites d'évitement.

Les conséquences psychosomatiques des violences expliquent des symptômes (troubles du comportement, conduites des victimes) qui peuvent paraître paradoxaux et incompréhensibles à l'entourage et aux professionnels qui les prennent en charge.

Il n'existe pas de signe pathognomonique pour dépister les violences conjugales en cabinet de médecine générale. Les patientes consultent pour des symptômes divers (insomnie, troubles du transit, syndrome anxio-dépressif...), et si elles le peuvent, consultent de manière récurrente.

## 2 - Conséquences sur la santé

Selon l'OMS (organisation mondiale de la santé), les conséquences peuvent être classées en quatre grandes catégories<sup>18</sup> :

- les conséquences physiques
- les conséquences sexuelles et celles liées à la grossesse
- les conséquences psychologiques et psychiatriques
- les maladies chroniques.

Les atteintes physiques amènent le plus souvent à la réalisation d'un certificat médical initial : brûlures, contusions, douleurs musculaires, plaies, fractures. Elles entraînent des douleurs aiguës, qu'il est important de prendre en compte et de traiter, des difficultés à se mouvoir dans la vie quotidienne, mais aussi des douleurs chroniques et rebelles.

L'étude de J.Campbell montre que les victimes souffrent de manière plus importante de douleurs chroniques par rapport au reste de la population : dorsalgies, migraines, douleurs pelviennes<sup>19</sup>.

Les victimes peuvent manifester des troubles abdominaux variés : colopathies fonctionnelles, troubles du transit, douleurs abdominales, nausées.

Ces douleurs sont l'intrication de blessures reçues, mais aussi de troubles psychosomatiques.

Sur le plan gynécologique, les victimes présentent un risque accru de développer des infections urinaires, infections génitales ou des IST (infections sexuellement transmissibles).

Elles présentent plus souvent des troubles du cycle menstruel, des dyspareunies (douleurs lors des rapports sexuels), trouble du désir<sup>20</sup>.

Les femmes enceintes ont un risque deux fois plus élevé d'être victimes de violences, ce qui peut conduire à des interruptions de grossesses, naissances prématurées ou retard de croissance intra-utérin<sup>21</sup>.

Selon un mémoire effectué dans un planning familial à Paris en 2009, 23% des femmes souhaitant une IVG l'ont demandée pour cause de violences subies<sup>22</sup>.

Toute maladie chronique risque d'être déclenchée ou décompensée dans un contexte de violences conjugales, que ce soient des maladies cardiaques (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque), pulmonaires (bronchite chronique, asthme), ou métaboliques (diabète).

Le rapport Henrion de 2001 mentionne la difficulté à avoir un suivi médical régulier dans ce contexte : «Il peut être difficile pour la femme de suivre son traitement ou de consulter, du fait de son asthénie, de son mauvais état de santé physique, d'un état dépressif ou parce que son mari contrôle ses faits et gestes et l'en empêche».

Les troubles du comportement alimentaires (anorexie, boulimie) sont aussi fréquemment rencontrés.

Enfin sur le plan psychologique et psychiatrique, les violences sont très préjudiciables.

Les victimes développent plus souvent des syndromes anxieux, dépressifs, des troubles du sommeil.

Des études concernant la santé psychologique des patientes victimes décrivent que ces dernières présentent plus souvent des addictions au tabac, à des médicaments psychotropes, à des substances illicites ou à l'alcool<sup>23</sup>.

De manière intriquée, on retrouve un risque suicidaire plus élevé chez les victimes de violence que dans la population générale<sup>24</sup>.

La Dr Muriel Salmona décrit dans différents ouvrages l'état de stress post traumatique dans lequel se situe une victime de violences<sup>25,26</sup>. Elle parle de « mémoire traumatique<sup>27</sup> », comme une « conséquence psychotraumatique des violences (...) qui envahit totalement le conscient, et qui fait revivre à l'identique tout ou une partie du traumatisme ».

Elle développe en décrivant des épisodes de dissociations, de réminiscences, de flash-backs, conduisant à des conduites d'évitement (la patiente évite tout ce qui lui rappelle une situation), une hyperstimulation neuro-végétative (insomnie, tachycardie, hypertension artérielle), des conduites addictives.

Ce sont les conséquences de cette mémoire traumatique qui expliquent les réactions des femmes victimes de violence vis-à-vis de leur agresseur: il est difficile de se séparer de ce sentiment d'anesthésie émotionnelle et de dissociation. Des conduites d'évitement sont à l'origine d'un retrait social, d'une peur de tout changement, d'un sentiment d'insécurité permanent, empêchant la prise de décision, notamment le départ du domicile.

Ces lourdes conséquences sur la santé des femmes expliquent pourquoi les violences conjugales sont un réel problème de santé publique.

### 3 - Evolution de la législation

La prise de conscience de la réalité et de l'importance des violences conjugales est récente.

En 1989, les pouvoirs publics lancent la première campagne nationale d'information en affirmant vouloir lutter contre les violences conjugales. Une circulaire<sup>28</sup> permet la création de commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes.

Le viol entre conjoints est reconnu par la jurisprudence en 1992 : « la présomption de consentement des époux aux actes sexuels accomplis dans l'intimité de la vie conjugale ne vaut que jusqu'à preuve du contraire<sup>29</sup> ».

La même année, une permanence nationale téléphonique est créée à la demande du secrétariat d'état aux droits des femmes. Gérée par la Fédération Solidarité Femmes, « Violence conjugale femmes Info Service » est chargée de « l'écoute, du conseil, de l'information et de l'orientation des femmes victimes de violences conjugales vers des structures spécialisées. ».

Ce numéro est devenu le 3919 en 2007. En 2014, les missions du 3919 sont étendues à toutes les formes de violences à caractère sexiste faites aux femmes.

Dans le nouveau code pénal de 1994, les violences commises par le conjoint ou le concubin, qu'elles soient physiques ou sexuelles, sont reconnues comme un délit avec circonstances aggravantes.

En 1997, le service des droits des femmes commande l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF). Celle-ci sera réalisée en 2000 sous la responsabilité de Maryse Jaspard, socio-démographe et maître de conférences à l'institut de démographie de l'université Paris I. Les résultats seront publiés en 2003.

Cette étude a permis de lever le tabou sur les violences faites aux femmes en France, notamment au sein du couple, et de montrer l'ampleur du silence à l'époque autour de ces violences.

La réponse pénale est depuis en pleine croissance : 5 plans de lutte se sont succédé.

Le premier plan global de lutte contre les violences faites aux femmes de novembre 2004 est articulé autour de « 10 mesures pour l'autonomie des femmes<sup>30</sup> », entre autres. La loi du 26 mai 2004 relative au divorce<sup>31</sup> introduit dans le code civil un dispositif permettant à la victime de violences de saisir le juge, avant même toute requête en divorce, pour organiser la résidence séparée du couple en bénéficiant d'une priorité à son maintien dans le domicile conjugal.

La loi du 04 avril 2006<sup>32</sup> permet d'élargir le champ d'application de la circonstance aggravante à de nouveaux auteurs (pacsés et « ex »), et renforce la protection des victimes en facilitant l'éloignement de l'auteur.

Dans l'article 11, la notion de viol entre époux est reconnue textuellement : « Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. Dans ce cas, la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel ne vaut que jusqu'à preuve du contraire. ».

Le second plan global triennal entre 2008 et 2010 fixe « douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes ».

La loi du 09 juillet 2010 crée une ordonnance générale de protection prise en urgence par le Juge des affaires familiales<sup>33</sup>. Elle autorise des mesures provisoires en matière d'exercice de l'autorité parentale, d'attribution de la jouissance du logement conjugal pour les enfants exposés.

De nouveaux délits émanent de cette loi : le délit de violences psychologiques et le délit de harcèlement au sein du couple.

Enfin l'article 6 de cette même loi prévoit l'aggravation des peines applicables en cas de menaces proférées au sein du couple.

Le troisième plan de lutte interministériel qui couvre la période de 2011 à 2013, s'axe autour de trois thèmes : protection, prévention et solidarité, dans la continuité des deux précédents plans de lutte.

La généralisation du « téléphone grave danger », est l'une des mesures phares du quatrième plan de lutte (2014-2016) : le procureur de la république peut attribuer, pour une durée de 6 mois renouvelable, 530 téléphones sur tout le territoire. Il s'agit d'un téléphone portable disposant d'une touche dédiée et d'une géolocalisation permettant à la victime de joindre un service de téléassistance accessible 7j/7 et 24h/24 et d'aboutir si besoin à l'intervention de forces de l'ordre.

La formation est un autre point important de ce 4ème plan : en effet il est indispensable que les différents acteurs prenant en charge des victimes soient formés à l'accueil, l'écoute, et l'orientation des victimes.

Différentes formations initiales puis continues se mettent en place depuis 2014<sup>34</sup>.

L'ordonnance de protection est allongée de 4 à 6 mois lorsque les violences sont « susceptibles de mettre en danger un ou plusieurs enfants », le harcèlement moral au sein du couple est précisé, ainsi que le cyber-harcèlement : « nul besoin d'être en contact avec sa victime pour lui nuire<sup>35</sup> ».

Depuis la loi du 7 octobre 2016, une peine de deux ans d'emprisonnement et une amende jusqu'à 60 000 euros est prévue contre le phénomène de « revenge porn ».

La protection des personnes étrangères victimes de violence est renforcée en renouvelant de plein droit une carte de séjour temporaire<sup>36</sup>.

Enfin, le 5ème plan interministériel couvre la période 2017-2019. Il vise à consolider les précédentes lois et poursuivre la lutte contre la persistance de ces violences. Les délais de prescription sont allongés à 20 ans pour les « violences d'un conjoint, concubin ou partenaire de PACS ayant entraîné une mutation ou une infirmité permanente »<sup>37</sup>, entre autres.

Une dérogation au secret médical avec possibilité de signaler au procureur de la république une information préoccupante en cas de danger vital immédiat a été proposée et soutenue par l'ordre des médecins<sup>38</sup>. Cette loi a été définitivement adoptée en juillet 2020.

80 postes supplémentaires d'intervenants sociaux dans les commissariats et les gendarmeries ont été promis d'ici 2021.

Des centres d'accueil aux victimes voient le jour, des nouvelles places d'hébergement d'urgence doivent être mises à disposition début 2020.

Ces avancées législatives sont le témoin d'une volonté de meilleur accueil, accompagnement et suivi des personnes victimes de violence par les pouvoirs publics.

L'expansion des réseaux sociaux permet de libérer d'une certaine manière la parole, de dénoncer plus facilement des violences qui n'étaient pas considérées comme telles par les générations précédentes.

C'est dans ce contexte social que les professionnels de santé reçoivent des patientes, plus ou moins informées des avancées législatives, plus ou moins conscientes de ce qu'elles traversent et plus ou moins enclines à en parler.

# III. Matériel et méthodes

## 1 - Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de 11 patientes victimes ayant consulté au CASA (Centre d'accueil spécialisé dans les agressions - CHU de Rouen) ou au sein de l'EMHAVI (Equipe mobile hospitalière d'aide aux victimes de violences Hôpital des Feugrais, Saint-Aubin-les-Elbeuf).

La recherche qualitative ne sert pas à mesurer ou quantifier, mais à recueillir des données verbales, à explorer des émotions, à analyser des comportements. Ce type d'étude est adapté à l'analyse des phénomènes sociaux, et permet d'intégrer au mieux la différence des points de vue et la subjectivité de chaque histoire.

L'approche méthodologique de cette étude est phénoménologique. Il n'existe pas d'hypothèse de recherche préalable mais un contexte social, au sein duquel des questions subsistent malgré les recherches déjà effectuées.

Il a fallu aborder les sujets (les patientes victimes) dans leur globalité, leur unicité et leur subjectivité afin d'interpréter leurs dires pour répondre aux questions posées.

## 2 - Recrutement des patientes

La première étape a été de définir la population à étudier : j'ai décidé de ne m'intéresser qu'aux femmes victimes.

Certes, les violences conjugales existent aussi chez les hommes, mais elles sont beaucoup moins représentées (12% d'après l'ONVFF<sup>39</sup>), et nécessiteraient peut-être un travail de recherche à part entière. En effet, les freins des médecins généralistes au dépistage et les attentes des victimes diffèrent probablement en fonction du sexe du patient.

Ensuite, l'intérêt que je porte à cette thématique de violence conjugale entre en résonance avec les débats qui alimentent des luttes citoyennes et féministes en France (et dans le monde), à la fois d'ordre politique et sociale, et a nourri mon envie de me concentrer sur une population exclusivement féminine.

J'ai effectué plusieurs stages à l'hôpital des Feugrais durant mon internat. C'est lors de mon premier semestre aux urgences adultes que mon intérêt tant du point de vue personnel que professionnel s'est aiguisé sur les violences faites aux femmes, notamment les violences au sein du couple. L'hôpital est un lieu de passage fréquent des victimes, surtout en phase aiguë du traumatisme. Les multiples enjeux de cette problématique ont fortement renforcé mon intérêt.

J'ai été formée entre autres durant ce semestre par le Dr Perissoud qui m'a proposé d'assister à plusieurs consultations médicales d'accueil aux femmes violentées. Ces consultations sont effectuées dans les bureaux d'EMHAVI, appartenant au service des urgences du centre hospitalier d'Elbeuf.

EMHAVI est une structure créée en 2010, avec pour principaux objectifs d'améliorer le repérage et la prise en charge des victimes de violences conjugales, de coordonner cette prise en charge à la fois sur le plan médical, psychologique et social des patientes. L'intervention d'EMHAVI n'a pas vocation d'effectuer un suivi à long terme, c'est un accompagnement ponctuel lors du passage hospitalier, avec lien vers des relais extérieurs.

L'équipe est composée d'une assistante sociale coordinatrice, d'une psychologue clinicienne et d'un médecin référent. Les victimes peuvent être vues à la fois dans le service des urgences, en hospitalisation ou en consultation programmée.

La consultation médicale a pour mission initiale d'établir un CMI (certificat médical initial), qui relate les antécédents de violence, les critères de vulnérabilité de la patiente (antécédents particuliers, grossesse en cours, âge, pathologies...), les dires de la patientes, les répercussions psychologiques, les données de l'examen clinique et l'évaluation de l'ITT (incapacité totale de travail). L'ITT est une notion qui sert à qualifier pénalement les faits en fonction de la « durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante ».

Le rôle de la psychologue est de proposer un accueil initial lors du premier passage de la victime, puis un accompagnement de soutien si nécessaire, de 3 à 4 entretiens maximum. Si besoin, les victimes seront orientées vers un travail thérapeutique plus approfondi.

L'assistante sociale, quant à elle, propose une évaluation avec la patiente victime des conditions d'hébergement, des ressources financières, une vérification d'une couverture sociale adaptée. De même, elle proposera d'orienter la victime vers le réseau partenariat si une assistance sur le long terme s'avère nécessaire.

En 2017, 161 personnes ont été reçues par l'EMHAVI.

Afin d'avoir un échantillon le plus représentatif de la population générale et le plus large possible, je me suis aussi tournée vers le CASA, rattaché au CHU de Rouen.

Le CASA est une unité médico-judiciaire, qui est aussi destinée à simplifier le parcours des victimes, en regroupant dans une même structure des professionnels de santé, une psychologue, une assistante sociale. Dans certaines situations (urgence médico-légale, vulnérabilité...), les victimes ont aussi la possibilité d'être mises en contact avec un officier de police judiciaire pour recueillir leur plainte (Dépôt de Plainte Simplifié ou DPS) ou les protéger. Le service est lui aussi à proximité des urgences et permet une hospitalisation de courte durée si nécessaire.

Au sein du CASA sont reçues toutes les victimes de violences quelles qu'elles soient. La structure réalise en moyenne 554 actes<sup>40</sup> par mois. Au sein de ces actes, les violences conjugales représentaient en 2018 18% des consultations du CASA.

C'est ainsi qu'entre avril et décembre 2019, il a été proposé à des femmes de plus de 18 ans ayant été ou étant victime de violences conjugales quelle qu'en soit la nature et consultant dans une des deux structures d'accueil de participer à mon étude.

Le seul critère de non-inclusion dans l'étude pour ces patientes victimes de violences conjugales était de ne pas avoir de médecin généraliste déclaré.

Pour le recrutement, un document papier à destination des patientes expliquant mon projet (cf Annexe 1) était déposé par l'infirmière d'accueil dans le dossier de chaque patiente consultant pour violences conjugales au CASA de Rouen, expliquée puis distribuée selon la volonté du praticien les recevant.

Concernant l'EMHAVI, le document (cf Annexe 2) n'était pas systématiquement inclus dans chaque dossier, mais mon projet présenté en fin de consultation, et la lettre donnée en main propre si la patiente le souhaitait.

Les patientes repartaient avec mon courrier, sur lequel figurait mon numéro de téléphone.

Par accord oral, les praticiens les ayant reçues me faisait parvenir le leur à l'issue de leur consultation.

Je laissais aux patientes 15 jours pour me joindre via téléphone ou mail, passé ce délai, je les contactais moi-même. Si je n'avais pas de réponses, j'essayais une relance une semaine après.

Sur les 20 numéros de téléphone qui m'ont été transmis :

- Deux patientes ont appelé spontanément pour prendre rendez-vous, j'ai joint les 18 autres
- Deux patientes ont accepté de me rencontrer mais ne sont pas venues au RDV prévu
- Une ligne téléphonique a été fermée et le numéro est devenu non attribué
- Un numéro était celui d'un homme qui n'a donc pas été inclus dans l'étude
- Cinq patientes n'ont répondu ni à la première ni à la deuxième relance.

### 3 - Déroulement des entretiens

Au total, 11 patientes ont été reçues en entretien : 9 ayant consulté au CASA et 2 ayant consulté l'EHMAVI.

Les entretiens se sont déroulés dans des bureaux mis à ma disposition par les deux structures. Ils ont duré entre 25 et 55 minutes.

Le guide d'entretien a été testé initialement puis a évolué en fonction des idées qui ont émergé des entretiens suivants (cf Annexe 3, guide initial).

Il est construit en deux parties :

La première, démographique, reprend les caractéristiques des patientes interrogées, ainsi que celles de leur médecin traitant actuel.

Cette première partie permet de faire plus ample connaissance avec la patiente, afin de la mettre à l'aise pour la suite de l'entretien, qui est plus personnelle et touche au vécu et au ressenti de celle-ci.

La deuxième partie reprend le parcours au sein des violences, les rôles des différents intervenants, les idées qui en ressortent sur la place du médecin généraliste, ainsi que l'état de santé actuel ressenti.

Pour rédiger le canevas de cette deuxième partie, je me suis servie des freins qui revenaient le plus souvent dans les revues de littérature étudiées.

Tous les entretiens ont été enregistrés via un téléphone, après accord oral de la patiente, puis retranscrits immédiatement dans leur totalité sur le logiciel de traitement de texte *Pages*.

## 4 - Ethique et anonymat

Le sujet des violences conjugales est sensible à aborder.

C'est un sujet à la fois médical et judiciaire. Cela touche à des données personnelles de santé, et renvoie à des expériences qui ont été traumatisantes et qui ont déjà dû être abordées plusieurs fois au sein du parcours des patientes.

Il convenait d'assurer un bien-être émotionnel et une sécurité totalement respectée pour les patientes que j'allais recevoir en entretien.

Avant de commencer la démarche de recrutement des patientes, j'ai demandé à la déléguée de la protection des données de l'université de Rouen une autorisation de m'entretenir avec des patientes victimes et les démarches à effectuer afin de s'assurer de l'anonymisation complète des données.

Ainsi, les données personnelles recueillies des patientes ont été réduites à celles exclusivement nécessaires dans le cadre de mon travail de recherche.

Je me suis assurée d'obtenir l'accord oral des patientes systématiquement avant le début de chaque entretien pour enregistrer leur propos.

Je leur ai rappelé qu'elles pouvaient suspendre à tout moment l'entretien et me demander la suppression de toutes les données que j'avais recueillies.

Une fois les enregistrements retranscrits, je les ai supprimés de mon téléphone.

Les noms et numéros de téléphone des patientes étaient détruits dès qu'elles avaient été reçues en entretien.

Concernant l'analyse et la retranscription des entretiens, les prénoms qui ont été spontanément donnés par les patientes ont été modifiés.

Les propos sont cités avec un numéro attribué de façon aléatoire précédé d'un P (« patiente »).

Enfin, j'ai rappelé aux patientes qu'elles n'avaient aucune obligation de répondre aux questions posées, et qu'elles devaient se sentir libres de ne pas entrer dans les détails si cela était compliqué pour elles.

## **5 - Analyse des données**

L'analyse des données a été réalisée avec l'aide du logiciel Nvivo12 à partir des entretiens qui avaient été retranscrits dans leur totalité dans le logiciel *Pages*.

Un premier codage a été effectué grâce à une lecture multiple des verbatims permettant d'obtenir une vision d'ensemble des 11 entretiens. A l'issue de ce premier codage, un classement des groupes de mots ou phrases a été réalisé en catégories et sous-catégories.

Ensuite, un deuxième codage plus conceptuel et plus sélectif a permis de faire émerger des noeuds d'encodage (ou mots-clefs) organisés par thèmes afin de relier les différentes catégories entre elles.

Ainsi, les résultats obtenus ont été classés en deux grandes parties : difficultés des patientes à aborder le sujet en consultation et rôles attendus des médecins généralistes.

# IV. Résultats

## 1 - Caractéristiques de la population étudiée

### A. Les patientes

Le tableau suivant regroupe les principales caractéristiques des 11 patientes reçues en entretien :

Tableau 1: Caractéristiques des patientes

	Structure	Age	Formation/Emploi	Enfants et âges
P1	EHMAVI	36 ans	cadre dans industrie pharmaceutique + master recherche	2 ( 11 et 14 ans)
P2	CASA		Vendeuse-traiteur	0
P3	CASA	37 ans	Technicienne Sécu	2 (12 et 18 ans)
P4	CASA	37 ans	Professeure des écoles spécialisée	2 ( 11 et 6 ans)
P5	CASA	68 ans	Retraitée, ancienne secrétaire médicale	2 ( 40 et 38 ans)
P6	CASA	19 ans	Etudiante sciences sociales	0
P7	CASA	39 ans	Aide soignante	0
P8	CASA	36 ans	Assistante sociale (en inaptitude)	2 (8 et 4 ans)
P9	CASA	41 ans	Aide à domicile	3 (17, 11,6 ans ) + grossesse
P10	CASA	41 ans	Conseillère en assurance	1 ( 7 ans)
P11	EHMAVI	37 ans	ASH	2 ( 7 et 10 ans)

- Age :

Les patientes avaient entre 19 et 68 ans. La médiane d'âge était de 37 ans.

- Situation maritale :

Les 11 patientes étaient séparées de leur agresseur au moment de l'entretien.

- Situation familiale :

Trois patientes n'avaient pas d'enfants soit 27% de l'échantillon.

L'ex conjoint violent était le père des enfants pour 7 patientes sur les 8 mères.

- Situation juridique :

Les 11 patientes rencontrées en entretien avaient porté plainte contre leur ex-conjoint.

- Situation professionnelle :

Sept patientes travaillaient.

Deux patientes étaient étudiantes.

Une patiente était en inaptitude suite aux violences.

Une patiente était retraitée.

## **B. Les médecins généralistes**

Les 11 patientes avaient un médecin généraliste déclaré, ce qui était un critère de sélection d'entrée dans l'étude.

- Age et sexe

Figure 2: Age des MG

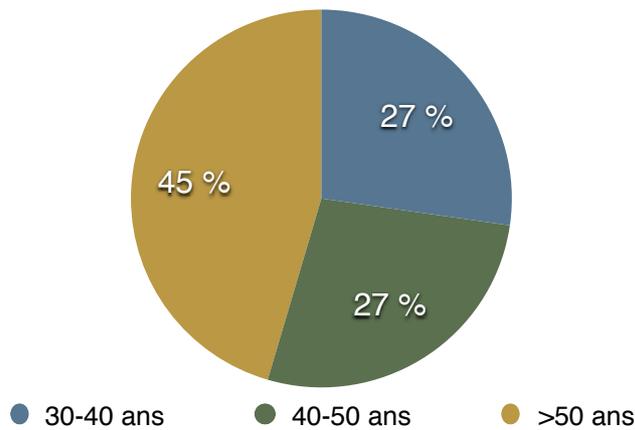
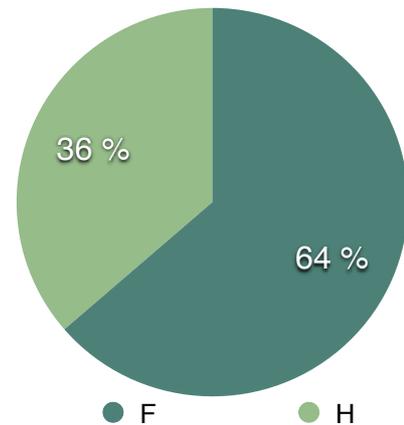


Figure 3: Sexe des MG



Presque la moitié des médecins généralistes de l'étude avait plus de 50 ans. La fourchette d'âge était assez large car l'âge retenu était un âge supposé par la patiente.

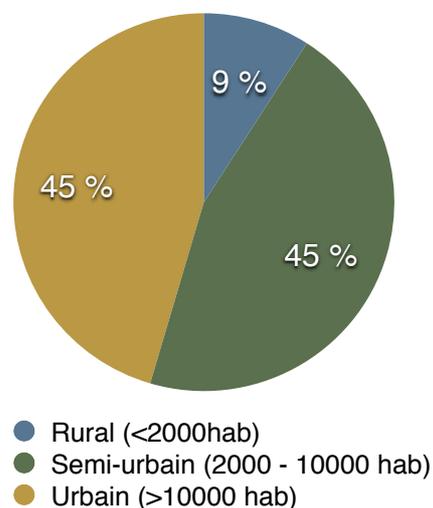
Pour 64% des patientes, leur médecin généraliste était une femme.

- Lieu d'exercice

Le mode d'exercice le plus souvent représenté était un exercice en maison de santé pluri-disciplinaire, soit en ville soit en milieu semi urbain (plus de 2000 habitants).

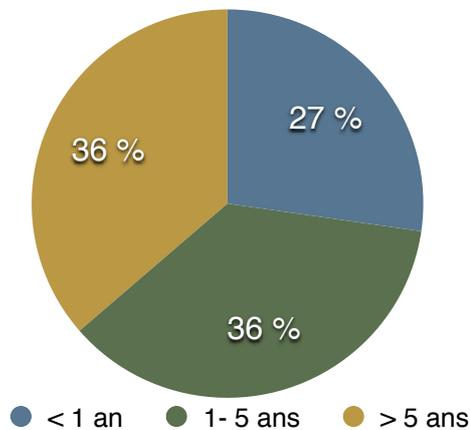
Un seul médecin généraliste travaillait seul dans un village de moins de 2000 habitants.

Figure 4: Lieu d'exercice



- Durée du suivi

Figure 5: Durée de suivi



Dans cet échantillon, seulement 4 patientes avaient conservé leur médecin traitant à l'issue des violences.

Quatre patientes avaient un médecin qui les suivait depuis plus de 5 ans, sans changement lié à la situation.

Trois patientes avaient changé de médecin pendant les violences car étaient limitées par l'idée que ce soit un médecin de famille (cf prochaine partie).

Deux patientes avaient changé de médecin traitant suite à leur départ du domicile et au changement de ville.

Deux patientes avaient dû changer de médecin dans les deux dernières années car le leur partait en retraite.

## C. Etat de santé actuel

Les patientes reçues en entretien avaient eu un ou plusieurs rendez-vous avec une psychologue, et ainsi étaient plus disposées à raconter leur vécu, et à évaluer l'impact sur leur état de santé actuel.

### • Symptômes anxio-dépressifs

Six patientes décrivaient un suivi régulier (= plus de 3 fois par an) par un psychologue ou psychiatre.

Neuf patientes ont déclaré avoir des séquelles psychologiques, avec un syndrome dépressif caractérisé ou non.

Trois patientes étaient encore traitées par antidépresseurs et/ou anxiolytiques.

Les symptômes les plus retrouvés étaient :

- Irritabilité :

P6: « Je suis fatiguée, je dors mal, je déprime. Je peux me mettre à pleurer pour rien, m'énerver. »

- Modification du comportement, de la thymie :

P7: « je suis brisée maintenant à l'intérieur, vous voyez. Je suis une femme de 39 ans qui est brisée. »

P4: « je dirais que je suis pas dépressive, mais je ne vais pas bien, j'arrive pas à être de bonne humeur. »

- Evolution longue des symptômes :

P11: « c'est plus difficile de se reconstruire j'ai beaucoup de mal »

P8: « Suite à la dépression, j'ai été déclarée en inaptitude au travail depuis 2 ans »

P9: « Les insultes ça touche, et ça reste là (*montre son coeur*), parce que quand il me frappe, une cicatrice ça part. mais ce qu'il me dit, non. »

- Troubles sexuels

- Dyspareunies persistantes :

- P4: « je ne supporte plus certaines positions, certains gestes, il y a des séquelles sur le plan sexuel. »

- Manque de confiance envers un nouveau partenaire :

- P9: « C'est mieux avec mon mari aujourd'hui, c'est différent ,mais bon au lit il y a certaines choses, je me méfie encore un peu »

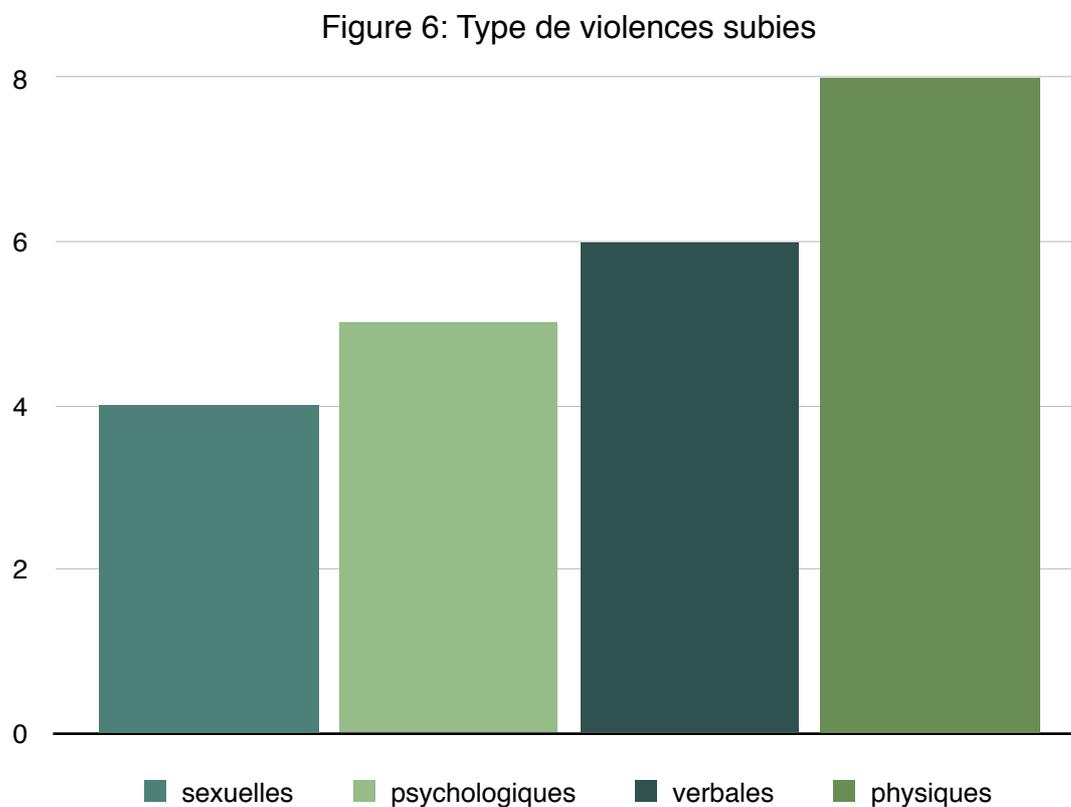
- Douleurs chroniques

- P3: « J'ai des problèmes de poignet suite à une agression physique, j'ai pas mis correctement l'attelle parce que je ne voulais pas que ça se sache, du coup je le ressens de temps en temps, j'ai encore des douleurs »

- P4: « Je suis en mi-temps thérapeutique, j'ai une algoneurodystrophie post opératoire »

- P5: « j'ai développé de la colopathie »

## 2 - Violences subies



La figure suivante présente les 4 types de violences retrouvées lors des entretiens avec en ordonnée le nombre de patientes ayant décrit ces violences.

Aucune violence économique n'a été décrite par les patientes durant cette étude.

Toutes les patientes qui décrivaient des violences physiques et sexuelles subissaient dans le même temps des violences psychologiques ou verbales.

### A. Violences physiques

Décrites par 8 patientes sur 11

- Bousculades, chutes intentionnelles :

P2: « il m'a poussée contre mon lit et je me suis cognée sur la tête de lit, je suis tombée par terre, je me suis relevée et j'ai pas compris...je me suis urinée dessus.»

P7: « il m'a fait tomber dans les escaliers, lui il dit qu'il ne m'a pas poussée que je suis tombée toute seule, donc voilà. J'ai eu des ecchymoses partout. »

- Coups directs :

P9: « il a levé sa main une première fois sur moi. »

P6: « Il me frappait au visage, j'avais des coquards. Puis une fois je suis tombée, je me suis fracturé le pied ».

- Brutalité :

P3: « il m'a attrapée par le poignet, j'ai une entorse qui ne s'est jamais soignée ».

## **B. Violences sexuelles**

Décrites par 4 patientes sur 11

- Rapports sexuels non consentis :

P4: « moi il me regardait il rigolait, il disait « t'en as envie », puis il se vidait les couilles. Je ne disais rien. »

P5: « il me réveillait la nuit, monsieur s'il avait envie d'avoir des rapports sexuels. Et moi je ne trouvais pas ça anormal même si j'en avais pas envie»

P9: « il avait plusieurs maitresses, et je dormais pas de la nuit.. Quand ça allait pas avec ses copines il revenait vers moi après, et il m'empêchait de dormir.»

- Revenge-porn ( considéré comme un type de violence à la fois sexuel mais aussi psychologique) :

P1: « on avait fait des photos de nous deux à des moments...on s’amusait vraiment bien c’était sympa. Et puis plus tard il m’a dit que si jamais je ne revenais pas, que je couchais plus avec lui, ben ces photos elles seraient diffusées sur internet, sur des sites. »

## **C. Violences psychologiques et verbales**

Décrites par les 11 patientes.

- Insultes et dénigrement :

P6: « Il n’y a pas eu que du physique, c’était des insultes, du rabais, de la négligence. Et j’en passe »

P7: « j’ai vécu des grosses violences psychologiques, des insultes énormes, un dénigrement total de ma personne, mais vraiment: je suis moche, je suis bête, je suis pas intelligente, je suis qu’une feignante, tout, sur une totalité de ma personne. »

- Dépossession du corps :

P11: « Je les ai pas allaités parce que le sein c’est pas pour allaiter, c’est pour le mec. Mais je voulais les allaiter moi mes enfants. Je l’ai pas fait pour lui ».

- Harcèlement moral :

P2: « j’avais peur d’avoir les gens au téléphone parce qu’il était tout le temps derrière moi, à me demander ce que je faisais sur les réseaux sociaux, pour surveiller ce que je faisais. »

P1: « Il savait toujours où j'étais au travail, on travaille dans la même boîte. Il voulait toujours savoir où j'étais le week-end, à quelle heure je me couchais, il voulait toujours savoir tout, et en fait il me fliquait, il m'étouffait »

## **D. Temporalité des violences**

Trois patientes ont décrit une exacerbation ou un début des violences en période de périnatalité:

P4: « Quand j'étais enceinte de mon deuxième enfant, ça a empiré. Il m'avait pourrie, il m'avait bousculée, en disant pousse toi la grosse »

P5: « On voulait un troisième enfant, et j'ai fait une fausse couche. Suite à ça il m'a traitée de pute, d'incapable. Il a abimé en moi la femme que j'étais, il a même pas vu que j'étais en train de faire le deuil d'un enfant. »

P8: « il y a eu pour moi cette année grosse dégringolade, c'est au moment de ma deuxième grossesse, on nous a annoncé un souci médical pour le bébé, j'étais à 5 mois de grossesse, et il y avait un choix à faire, le garder, pas le garder. Le papa voulait m'imposer l'IMG (Interruption Médicale de Grossesse ndlr) et moi je ne voulais pas. A partir de ce moment là il s'est révélé « elle ne m'écoute plus, je n'arrive pas à lui imposer mon choix, mes décisions, comme avant »...et les violences ont été de pire en pire. »

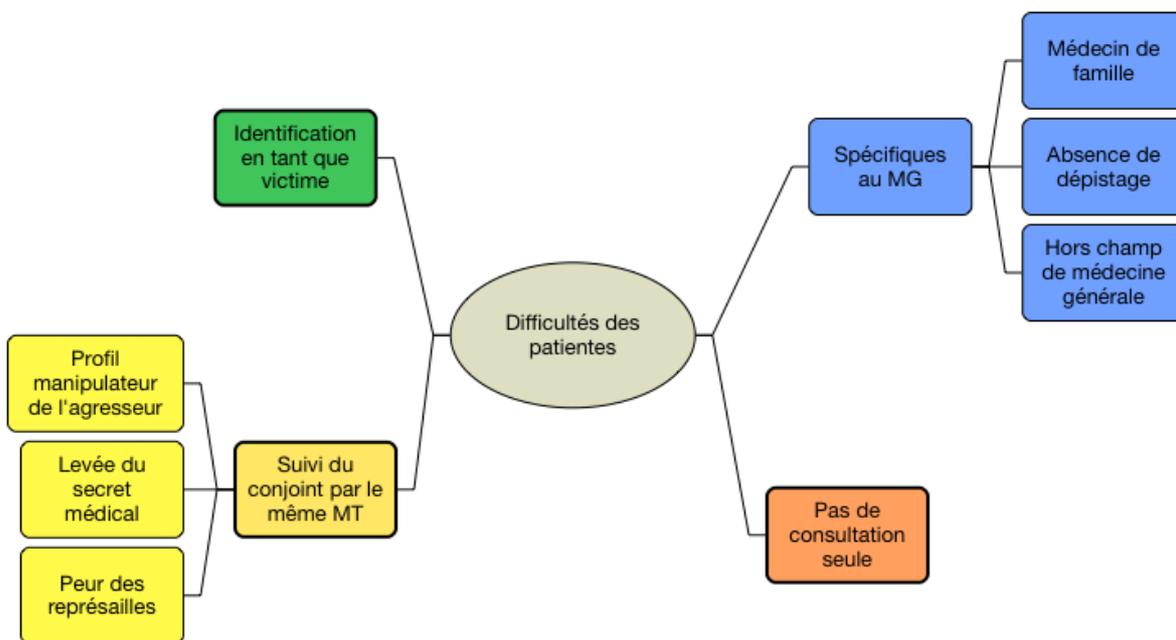
### 3 - Les attentes des patientes

L'analyse des verbatims à partir du logiciel Nvivo a permis de classer en deux grandes thématiques les résultats afin de répondre à notre question initiale:

- Les difficultés des patientes à aborder le sujet en médecine générale
- Les rôles attendus du médecin généraliste

#### A. Les difficultés à aborder le sujet en consultation

Figure 7: Analyse de transcriptions - Difficultés des patientes



- La non-identification en tant que victime

Sur les 11 patientes, 6 n'avaient pu s'exprimer sur les violences conjugales quand elles les subissaient, ne se considérant pas comme des patientes victimes de violence, et ce pour différentes raisons :

- Par culpabilité

P2: «Je n'en ai pas parlé avec le médecin car je pensais que c'était ma faute, c'était moi qui le rendais comme ça, d'ailleurs il me le disait, c'est moi qui pétais les plombs.»

- Par honte

P3: «Je ne lui en aurai pas parlé, j'avais déjà honte de ce qu'il se passait pour moi, presque personne ne le savait, alors je n'en aurais pas parlé à mon médecin, ça c'est sûr. »

P5: « Je me disais que c'était pas normal qu'il me force la nuit, mais on peut pas en parler parce qu'on a honte. »

P7: « J'avais honte, j'ai voulu tout faire bien, avoir une bonne famille, un bon mariage... et ce n'était pas le cas. »

P2: «Je ne voulais pas que mon médecin le connaisse, parce que j'avais honte de mon mari, j'avais honte de ce qu'il était. »

- Par peur d'un éventuel jugement

P10: « On a peur du jugement, c'est avec le recul que je dis ça. Quand on est dedans, on s'en rend pas compte.»

- Par difficulté à se rendre compte de la situation :

P8: «Je dédramatisais et je banalisais beaucoup ce qu'il se passait, et la dépression je l'expliquais par le souci au niveau de la grossesse, et pas obligatoirement par l'attitude de monsieur, je n'avais pas encore ce discours-là. »

P8: « je crois que je ne voulais pas ouvrir les yeux à ce moment-là (...) il y a une affiche sur les violences dans la salle d'attente. Je l'ai aperçue mais je ne me suis pas sentie concernée. C'est les autres. »

Deux patientes avaient décrit un déclic lorsque les violences ont atteint de manière directe ou indirecte leurs enfants:

P8: « vu que je réagissais plus, il s'en est pris aux enfants... à partir de ce moment j'ai eu peur, pas pour moi, mais pour les enfants, et je suis allée porter plainte. »

P10: « je me suis séparée car ça s'est passé devant mon fils et c'était juste pas possible, quand j'ai vu le regard terrifié de mon fils je me suis dit que ce n'était plus possible...mais c'est mon fils franchement, le regard de mon fils. S'il avait pas été là je serais encore en train de vivre ça »

Protéger ses enfants du conjoint violent était devenu une priorité pour les mères:

P4: « j'ai priorisé mon rôle de mère, et après je me suis occupée de mon rôle de femme. Une fois que j'ai eu récupéré mes enfants, et qu'ils étaient protégés, je me suis un peu écroulée. »

- La relation au médecin généraliste

- Médecin familial

L'idée d'un «médecin de famille » était un frein pour aborder le sujet en consultation pour 3 patientes.

Par difficulté à aborder le sujet avec quelqu'un qui les connaissait « depuis toujours »:

P2: « J'ai un nouveau médecin généraliste depuis 2 ans, j'en avais un autre, le médecin familial, mais je n'étais pas du tout à l'aise.. Il me connaît depuis trop longtemps».

P3: « J'en avais un qui est parti à la retraite il y a 2 ans, et ce médecin là me suivait depuis que j'étais petite. Donc il y a des choses que je lui aurais jamais dites..parce qu'il soignait mes parents, mes frères, mes enfants.. c'est comme un membre de la famille, je sais pas. »

Par difficulté à partager la salle d'attente avec des membres de la famille ou belle-famille:

P9: « elle me suivait depuis un certain moment mais avec la violence de mon ex et tout j'ai arrêté. J'avais pas envie de voir la famille de mon ex. C'est perturbant et c'est pour ça que je n'ai pas changé de médecin traitant (...) dans la salle d'attente, je ne me sens pas à l'aise, il y aura des attentions tout le temps, il y aura toujours à se justifier. »

- Age et sexe du médecin

L'âge du médecin généraliste n'a pas été mentionné comme pouvant aider ou freiner la parole de la patiente.

Deux patientes avaient évoqué le sexe masculin de leur médecin traitant comme une difficulté pour aborder les sujets de relation au sein du couple:

P3: « et puis c'était un homme d'un certain âge, j'avais un petit blocage.. même s'il me comprenait, j'ai plus de facilité à parler avec une femme »

P9: « il y a un monsieur, je peux en parler avec lui aussi, mais je me sens pas à l'aise avec un homme »

- La crainte d'une levée du secret médical :

Décrite par 2 patientes sur 11 :

- avec le conjoint violent

P1: « en fait ma mère est suivie par le même médecin que moi, et des fois il se permet de me donner des nouvelles de ma mère, de ses résultats. Du coup, j'aurai peur que si on était suivi par le même médecin, il donne à Cédric (*prénom modifié ndlr*) de mes nouvelles. »

- avec la justice

P10: « J'avais peur qu'elle en parle à la justice, et je voulais pas que monsieur soit embêté. »

L'existence du secret professionnel avait été mentionné par deux patientes:

P6: «ça ne me gênait pas qu'il (*l'ex-conjoint ndlr*) soit suivi par mon médecin aussi.. il y a le secret professionnel »

P9: « au niveau du médecin, c'était pas un problème... j'ai confiance, il ne dira rien. »

L'une d'entre-elles avait cependant décrit qu'un rappel du secret en début de consultation pouvait aider à aborder le sujet:

P4: « Ca peut aider des femmes à parler, moi ça m'aurait vraiment aidée s'il m'avait dit que tout ce qu'on dit ne sort pas du bureau, qu'il en parlerait pas ».

- La crainte de ne pas être reconnue en tant que victime

L'inquiétude concernant le manque de subjectivité du médecin a été mentionnée avec une peur à la fois du jugement du praticien, mais aussi d'une perte de crédibilité face à des agresseurs ayant des personnalités décrites comme « manipulatrices ».

P3: « *(Si l'ex-conjoint était suivi par le même médecin ndlr)* je sais pas si je pourrais tout dire..en plus c'était un très gros manipulateur il avait des facettes très sympa.. je suis souvent passée pour folle. J'aurai peur qu'on me croie moins si on le connaît lui »

P8: « je serais gênée, oui, en fait de ne pas pouvoir moi être dans une vraie relation de confiance. Actuellement elle *(le médecin généraliste ndlr)* me voit moi, je peux lui donner la vraie version; parce que lui étant avec son profil très manipulateur, il aurait pu démonter ce que j'avais présenté. Il aurait réussi à tourner les choses dans son sens. J'aurai eu peur qu'on ne me croie pas. »

P2: «devant les gens il faisait bien Henri, il avait une telle personnalité»

- Le fait de ne pas consulter seule

P7: « le problème c'est que sa fille (celle de l'ex conjoint violent) aussi était malade et elle était avec moi.. je n'ai pas pu parler. Il ne voulait pas que je voie le médecin seule. »

P2: « À chaque fois, on ne voyait le médecin que en couple »

Malgré toutes ces difficultés, 7 patientes sur les 11 interrogées avaient abordé le sujet avec leur médecin généraliste.

Cinq patientes avaient été dépistées ou avaient évoqué le sujet d'elle même pendant qu'elles subissaient les violences ( cf partie suivante).

Deux patientes avaient abordé le sujet à posteriori, afin d'expliquer des motifs de consultation anciens:

P6: « La toute première fois que je suis allée chez le médecin après la fracture, monsieur était avec moi. Et le médecin pour rigoler, il a dit « c'est lui qui vous a cassé le pied? » et moi je lui ai dit oui pour rigoler sauf qu'en fait bah.. c'était vrai.

Une fois que j'étais plus avec monsieur et que j'ai re-consulté je lui ai dit qu'en fait c'était des violences conjugales »

P10: « Quand je lui ai dit ce qu'il se passait dans ma vie, elle est tombée des nues, avec le recul elle a compris, elle a dit: *ha! vous êtes venue à telle date c'était pour ça...* ».

Une patiente avait abordé le sujet avec son nouveau médecin généraliste pour des troubles somatiques probables :

P8: « j'ai été voir récemment ma nouvelle médecin généraliste pour ma fille qui avait mal au ventre, je ne sais pas si elle somatisait.. je l'ai tenue au courant de la situation »

Parmi les 4 patientes qui n'ont toujours pas évoqué le sujet avec leur médecin généraliste actuel, 2 d'entre elles souhaiteraient le faire lors d'une prochaine consultation.

Leur démarche était que leur médecin soit au courant de ce qu'elles ont vécu, pour avoir un suivi adapté, et décrivaient une plus grande facilité à parler avec leur généraliste après avoir déposé plainte.

P1: « c'est important pour moi qu'il soit au courant J'aimerais qu'il sache que je ne vais pas bien. Et puis j'ai envie qu'il connaisse complètement mon histoire, j'ai envie qu'il la connaisse complètement pour pouvoir me soigner..et puis ma famille me dit que j'ai encore besoin d'aide alors je vais sûrement y aller. »

P7: « j'aimerais bien en parler avec mon nouveau médecin, mais est ce qu'elle va avoir le temps de m'écouter... j'aimerais. C'est important pour moi de lui parler de ce que j'ai vécu. »

Enfin l'une d'entre elle ne voyait pas l'intérêt d'aborder le sujet avec le médecin généraliste :

P11: « vu que la structure ( *Le PAVIF: Pôle d'Accueil des Violences Intra Familiales, situé à Rouen nldr*) m'avait bien renseignée j'avais eu une prise en main psychologique je dirais, j'avais pu me libérer et en parler. J'ai pas ressenti le besoin d'en parler à mon médecin généraliste et comme j'ai pas eu besoin d'anti-dépresseur ce genre de chose, de prescription de médicaments.. c'est vrai qu'on en n'a pas parlé et qu'on n'en parlera pas »

## B. Les rôles attendus du médecin généraliste

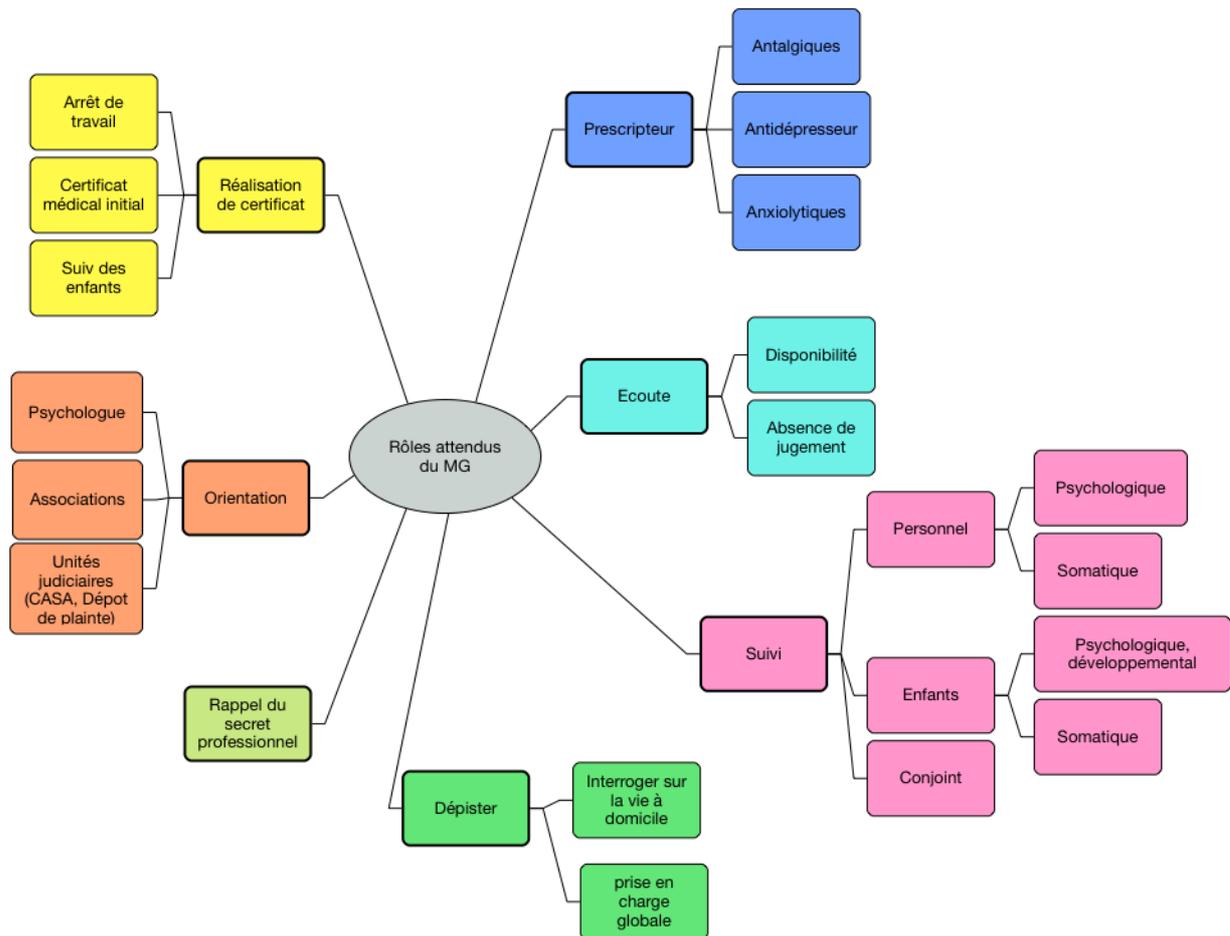


Figure 8: Analyse de transcriptions -Rôles du MG

### • Rôle de prescripteur

Décrit par 9 patientes sur 11 .

- D'anxiolytiques ou antidépresseurs (pour 6 patientes sur 9)

P11: « Pour un suivi au niveau des médicaments. J'avais eu des anti-dépresseurs, et comme je voulais pas devenir dépendante de ces médicaments on se voyait pour réduire les doses. »

P3: « Je la vois tous les mois pour renouvellement de mon anti-dépresseur, et il y a eu des périodes où elle voulait me voir toutes les semaines, tous les 10 jours »

P7: « J'ai fait une grosse dépression, j'avais besoin de mon traitement »

- D'antalgiques :

P3: « Quand je suis stressée et pas bien j'ai d'autre soucis de santé, enfin je vais me bloquer du dos, j'ai besoin de traitements »

- D'autres traitements pour des pathologies liées aux atteintes somatiques des violences :

P6: « il me prescrit des vitamines, des somnifères, des ovules quand j'ai mal.. »

Ce rôle de prescripteur était décrié par une patiente:

P8: « J'ai l'impression qu'ils se sentaient impuissants et démunis, et que quand on dit *je ne vais pas bien* tout de suite on donne des anxiolytiques et antidépresseurs, tout un panel. »

#### • Rôle administratif

Décrit par 5 patientes sur 11

- Délivrance d'un arrêt de travail:

P10: « J'y allais parce que je pouvais pas aller travailler le lendemain »

P7: « je vais pour demander un arrêt, quand je suis pleine de stress »

- Rédaction d'un certificat médical initial :

P9: « J'ai été la voir car il m'a frappé, ça faisait une petite cicatrice comme ça, c'était rouge j'avais envie de lui faire voir et l'assistante sociale m'a dit qu'il allait faire un certificat médical pour aller à la police et porter plainte. »

- Rédaction de certificats pour une éventuelle aide judiciaire:

P8: « elle a accepté de faire des certificats médicaux parce que les enfants n'étaient pas scolarisés. Quand j'y suis retourné la fois d'après elle était embêtée parce que les enfants n'étaient pas malades, et qu'elle ne pouvait pas les arrêter sur motif médical... mais je ne pouvais pas les emmener à l'école.. j'avais besoin de ce certificat »

P4: « Je voulais des certificats comme quoi les enfants sont stressés chez leur père »

- Médecin de famille

- Suivi des enfants

4 patientes sur les 8 mères ont consulté leur médecin pendant ou après les violences, inquiètes des répercussions sur leurs enfants.

Pour évaluer leur état psychologique :

P9: « J'ai parlé par rapport aux enfants aussi, je savais pas si ils étaient perturbés. J'ai demandé au médecin qu'il parle avec les enfants seuls, pour voir s'il y allait avoir quelque chose ou pas. Mon médecin a dit: *vous inquiétez pas.* ».

Pour un suivi du développement :

P8: « elle suit ma grande, qui a développé tous les troubles *dys* possibles, c'est elle qui m'a aidée à m'en rendre compte ».

Pour une prise en charge des répercussions qui pourraient être liées aux violences :

P4: « Ma fille avait pris beaucoup de poids, je l'ai emmenée voir le médecin. Il a dit « non c'est bon, tu ne montes pas sur la balance, », et a proposé de me faire sortir, je suis sortie et il a discuté avec ma fille: il l'a reboosté, en lui disant tu es belle, tu es intelligente».

P1: « Ma fille avait de gros problèmes d'endormissement. On a consulté de nombreuses fois pour ça »

P8: « Et je vais la voir quand les filles ont mal au ventre..pour savoir si elle a une infection urinaire ou une mycose, ou je sais pas si elles somatisent. »

- Suivi du conjoint :

Une patiente a consulté son médecin généraliste au moment des faits pour une demande d'aide au sevrage d'alcool pour son conjoint :

P2: « Je l'ai vu à chaque fois avec mon mari, parce que je voulais qu'il arrête de boire »

## • Rôle d'orientation

Décrit par 5 patientes sur 11.

- Proposition d'associations, de psychologue :

P6: « Je pense que j'aurai bien aimé qu'il m'oriente.. quoiqu'en fait j'ai pas eu besoin qu'il m'oriente parce que j'avais déjà tout fait de mon côté et je connaissais le CASA et le PAVIF et heureusement...mais je pense que s'il y a quelqu'un d'autre qui n'y connaît rien, il faut que le médecin en parle. »

P11: « J'aurai aimé à l'époque avoir un numéro de psychologue, une association. »

P1: « mais je crois que si j'y allais ce serait surtout pour lui demander s'il connaît pas le numéro d'une psychologue ou n'importe quoi. »

- Orientation sur les démarches à effectuer :

P3: « Pour qu'elle m'aide, pour qu'elle m'oriente. A la base je savais même pas encore qu'il fallait que j'aie porté plainte. »

P5: « moi je pense que le médecin traitant peut nous aiguiller, être un facteur, un conducteur. »

#### • Rôle d'écoute et de conseils

Pour 6 patientes, le médecin généraliste est le médecin du suivi et du soutien, conjointement avec un ou une psychologue:

P8: « il permet d'avoir un soutien en attendant le rdv au CMP qui a pris beaucoup beaucoup de temps.. Il permet d'être accompagnée. Et puis après le médecin prend connaissance de comment ça évolue avec le psychologue »

P5: « j'allais le voir pour parler, ça me faisait du bien »

P3: « le rôle du médecin généraliste c'est d'être à l'écoute, d'être disponible. Quand je suis stressée et pas bien j'ai d'autre soucis de santé, je sais que ça vient aussi de la tête et qu'il faut parler. »

P9: « Je trouve que ça fait partie de la santé, quand on est pas bien toujours on va vers les médecins, soit psychologiquement soit dans le corps. »

P4: « quand je vois mon médecin généraliste, il me demande comment ça va, comment vont les enfants, et il me demande si je vois toujours ma psychologue du casa. Ce qui est hyper important pour moi, c'est que quand je vais le voir, je ressors de là, il me dit pas qu'il est fier de moi mais il me dit que je suis courageuse, que ce que j'ai fait c'était

hyper compliqué, il me dit.. voila, tout ça on a besoin de l'entendre quand on a été diminué, qu'on a été rabaissé. »

P7: « j'attends d'elle qu'elle m'apporte des conseils à propos de ma santé, c'est après qu'on s'aperçoit des choses qui vont pas, y'a pas que la fatigue. Le corps aussi a pris. J'ai envie qu'elle m'écoute.. ce qui nous fait tenir c'est la force psychologique. »

## **C. Un dépistage nécessaire**

Dans cette étude, 5 patientes sur 11 avaient abordé le sujet avec leur médecin généraliste pendant qu'elles subissaient des violences.

Sur ces 5 patientes, 3 médecins généralistes avaient posé la question des violences directement avec elles, sur des points d'appels liés au motif de consultation :

P4: « Il m'a dit (*le médecin généraliste ndlr*) j'ai l'impression que c'est un peu compliqué votre vie? je lui réponds: oui c'est compliqué pour mes enfants. Il avait un livre: « Enfant de manipulateur, comment les protéger », et je lui dis: ça me parle, ce livre la. Je lui ai donc tendu une perche, qu'il a saisie tout de suite».

P5: « Un jour il m'a demandé: Comment ça va au sein de votre couple? ça m'a aidée à comprendre ce qu'il se passait, et à parler. »

P9: « Le docteur m'a demandé qui m'avait fait ça, c'est là que j'ai pu en parler. »

Le sujet a été abordé directement par les patientes pour deux d'entre elles:

P3: « J'en ai parlé peu de temps avant que je porte plainte en fait, j'allais pas bien surtout à cause du harcèlement, j'en avais marre. En 2017 j'avais déjà fait deux tentatives de suicide, et là je sentais que j'allais pas bien, je sentais que j'avais envie de

recommencer.. donc je me suis livrée, je lui ai dit que j'allais pas bien, que j'avais des idées noires qui revenaient et tout, elle a pris vraiment son temps. »

P8: « J'ai été voir récemment ma nouvelle généraliste pour ma fille qui avait mal au ventre. Je ne sais pas si elle somatisait. Je l'ai tenue au courant de la situation. »

Pour les patientes qui n'avaient pas abordé le sujet des violences conjugales, les motifs de consultation durant cette période étaient les suivants:

- Symptôme dépressif:

P7: «Je faisais de nouveau une grosse dépression comme il y a 6 ans, j'avais besoin de mon traitement »

- Troubles alimentaires:

P8: « Il prenait les constantes, mais c'était pas révélateur de quoi que ce soit... après j'ai pourtant dit régulièrement « j'ai pas faim, je ne mange pas » mais il ne questionnait pas plus, et je n'ai pas réussi à lui en parler. »

- Troubles du sommeil :

P1: «Ma fille avait de gros problèmes d'endormissement. On a consulté de nombreuses fois pour ça ».

- Demande d'arrêt maladie :

P10: « J'y suis allée une ou deux fois parce que je pétais les plombs », « Je pouvais pas aller travailler le lendemain, parce que j'avais trop pleuré donc j'avais les yeux gonflés.»

- Prise en charge d'addictologie:

P2: « Je l'ai vu à chaque fois avec mon mari, parce que je voulais qu'il arrête de boire. »

Pour 6 patientes sur 11, le dépistage des violences conjugales n'est pas vécu comme une intrusion dans la vie privée.

P5: « Je pense pas que ce soit intrusif.. parce que quand je travaillais en cancérologie, il y avait toute l'histoire du patient, jusqu'au petit chien qu'il a perdu (...) ça fait partie du patient en entier »

P4: « Ce qui aurait fait que je trouve ça intrusif, c'est qu'il demande des détails.. comme le dépôt de plainte, ou il a fallu que je donne des détails, c'était compliqué »

P6: « je pense que ça m'aurait aidé à parler. J'aurai pas trouvé ça étrange, ni intrusif »

Dépister peut permettre de se rendre compte de la situation vécue :

P2: « oui je pense que ça m'aurait aidé qu'il me pose la question, au début je pense que j'aurai défendu mon mari, j'aurai dit que je voulais juste qu'il arrête de boire.. mais si on me demande comment va mon couple, j'y aurai réfléchi après.. »

Dépister peut aider à aborder le sujet des violences:

P3: « des fois ce serait bien qu'il le fasse (*poser la question ndlr*) ça peut peut-être aider à déclencher la parole. Si on ne me questionne pas je vais pas le dire, si on me questionne et que je sens que je peux parler en confiance je vais plus facilement en parler. »

P4: « ça m'aurait peut être aidé, ça m'aurait aidé qu'il me tende une perche à ce moment là, car je pouvais pas en parler de moi-même »

C'est un des rôles du médecin généraliste :

P5: « Je pense que c'est le rôle du médecin d'aborder le sujet, il est le premier dans la famille, il est le premier interlocuteur »

P9: « Pour moi c'est important qu'il demande, au contraire, c'est confidentiel et ça regarde le médecin. Car un médecin on peut toujours lui demander un avis, soit médical soit personnel, soit quelque chose, ça nous aide dans la vie de tous les jours. »

P1: « J'ai jamais mal pris la question d'un médecin, il pose jamais des questions par curiosité. ça a toujours un but. »

« J'aurai aimé qu'à un moment on me dise, on me demande: est ce que ça se passe bien, est ce que vous avez l'impression d'avoir des moments qu'à vous, êtes vous libres de vos mouvements, vous avez pas l'impression d'être suivie, d'être fliquée. »

Une patiente considère que le dépistage des violences conjugales n'est pas le rôle du médecin généraliste :

P11: « Malgré tout, même si on se connaît depuis longtemps, oui ça m'aurait fait bizarre qu'elle me demande où j'en suis dans ma vie. Bizarrement on s'arrête au médical, l'effet de demander la vie privée, on rentre dans une autre... on rentre dans la vie plus personnelle et ça me paraît plus bizarre. »

Les sept patientes favorables au dépistage préféraient des questions larges concernant le couple plutôt que des interrogations précises sur d'éventuelles violences.

Les questions qui semblaient le mieux correspondre aux attentes des patientes ont été :

« Comment ça va à la maison? » ou « Tout se passe bien à la maison? »(P2 -P4 - P8-P1)

« Comment ça va au sein du couple? », « Comment ça va avec votre mari? » (P5 - P6 - P3)

Une autre proposition de question à poser pour le dépistage a été faite P1: « Vous sentez vous libre de vos mouvements? »

L'absence d'identification en tant que victime rendait difficile l'emploi du mot « violence »:

P1: « Comment je pourrais savoir si on me demande si je suis victime de violence si c'est vraiment des violences si même moi je ne le savais pas? »

P5: « Employer *Subir des violences*, ça fait peur, j'aurai préféré qu'on me demande si Monsieur est gentil avec moi. »

P8: « Le mot « violences » est difficile à entendre, il faut poser la question de manière détournée, est ce que tout va bien à la maison? »

# V. Discussion

## 1 - Synthèse des résultats

La principale idée qui émane de ce travail est que la question des violences conjugales doit être abordée en consultation de médecine générale.

En effet, pour 10 patientes sur les 11 rencontrées, le médecin généraliste a une place dans le repérage des violences, l'aide à l'acceptation de la situation, la prise en charge et le suivi a posteriori.

### A. Concernant le repérage des violences

Par l'analyse des difficultés rencontrées par les patientes à aborder le sujet associée à celle des rôles attendus des médecins généraliste, nous avons pu préciser quel serait le meilleur moment et la meilleure façon de poser la question en consultation.

- Quand dépister?

Les signes d'appels pour repérer la violence conjugale sont nombreux mais non spécifiques.

Au moindre doute lors d'une consultation, poser la question des violences permettrait d'éviter des escalades thérapeutiques qui peuvent être inutiles voire dangereuses, des consultations pour symptômes multiples difficiles à la fois pour le praticien et pour la patiente, et améliorerait drastiquement le délai de prise en charge.

Cependant, avoir en tête les motifs de consultation récurrents des patientes victimes de violence aidera le praticien à aborder le sujet.

Dans cette étude, les patientes qui n'ont pas été dépistées consultaient pour des symptômes diffus, type asthénie, difficultés d'endormissement, douleurs chroniques, troubles de l'alimentation.

De même, des consultations répétées pour plaintes somatiques ou changement de comportement chez les enfants doivent faire évoquer des violences à domicile.

Nous l'avons vu, la grossesse et la périnatalité sont des périodes à risque de déclencher des violences.

Enfin, le fait de consulter régulièrement accompagnée du conjoint doit aussi faire évoquer une emprise ou des violence à domicile. Il peut être intéressant s'il existe des soupçons de proposer de recevoir seule la patiente (demander au conjoint de sortir, en profiter pour poser la question quand la patiente consulte seule).

- Comment dépister?

Contrairement aux idées reçues retrouvées dans la littérature, poser la question de violences au sein du couple n'est pas vécu comme intrusif si la question est posée de manière adaptée à chaque patiente.

Les patientes ne sont pas toujours enclines à parler des violences. En effet nous avons évoqué dans la deuxième partie la mémoire traumatique souvent retrouvée chez les victimes, mais nous avons aussi observé dans notre étude que les patientes ne sont pas toujours conscientes de subir des violences, et que l'emprise et la culpabilité imposées par leur conjoint ne leur permet pas de se considérer comme des victimes à part entière.

Il est indispensable de laisser le temps aux patientes de s'exprimer, de revenir sur ce qu'elles ont pu dire, ou de laisser une porte ouverte lors d'une prochaine consultation, en se rendant disponible et à l'écoute.

Enfin il peut être intéressant dans certains cas de renouveler la question du bien-être à domicile lorsque le doute subsiste.

Poser des questions détournées a été une proposition souvent retrouvée au cours des entretiens, sans employer le mot « violence » de manière brute ni systématique.

Ces questions peuvent être incluses dans la routine du praticien lors de ses consultations. Celles proposées par les patientes ont été « Comment ça va à la maison? », « Comment ça va avec votre mari? »

Avec une nouvelle patiente, lors des présentations d'antécédents et du mode de vie, il peut être intéressant de demander si celle-ci vit en couple, et de ce fait « comment ça se passe à la maison? ». Cela permet de comprendre que si elle souhaite parler de son quotidien, elle aura une écoute, et que cela fait partie de sa prise en charge globale.

Aborder la sexualité au sein du couple peut être intégrée dans les consultations pour motifs gynécologiques par exemple, ou lors d'un éventuel renouvellement de contraception.

La moindre réponse semblant suspecte peut alors permettre au médecin de poser des questions plus précises à la recherche de violences conjugales.

Il est nécessaire de poser la question dans une atmosphère bienveillante, avec une écoute attentive.

Le fait que le conjoint soit suivi par le même médecin est une difficulté supplémentaire pour les patientes à aborder le sujet. La peur des représailles est présente et même si dans notre étude la plupart des patientes avaient conscience de l'existence du secret médical, il reste cependant indispensable que ce dernier soit rappelé par le médecin dans ce type de consultation, ainsi que les conditions de levée de ce secret.

La possibilité récente d'effectuer un signalement au procureur de la république sans accord préalable obligatoire de la patiente, en cas de danger vital immédiat, questionne sur la confiance qui peut être accordée au médecin généraliste par ces patientes.

Il pourrait être intéressant, à distance, d'évaluer si cette dérogation au secret modifie le comportement des patientes.

Le sexe du médecin généraliste, ainsi que la notion de médecin de famille sont deux difficultés supplémentaires qui ont été décrites par les patientes. Ces freins, non modifiables, doivent être connus des médecins généralistes. Il peut être intéressant, si ce dernier travaille en cabinet de groupe de pouvoir proposer de voir un confrère/une consoeur si la patiente présente des difficultés à aborder le sujet.

Enfin rappeler notre objectivité et notre connaissance des différents profils de conjoints agresseurs peut aider des patientes à s'exprimer avec confiance, sans avoir peur d'un éventuel jugement ou de ne pas être crue.

## **B. Concernant la prise en charge des patientes une fois dépistées**

La prise en charge des violences au cabinet, centrée sur la patiente, est inhérente à l'exercice de la médecine générale. La relation de confiance et la continuité des soins sont des atouts.

Orienter vers d'autres professionnels:

Un autre frein retrouvé dans la littérature par les médecins généralistes était le sentiment d'être isolé dans la prise en charge des victimes une fois celles-ci dépistées. Nous l'avons vu, les patientes victimes attendent du médecin généraliste une ouverture vers un réseau à la fois psychologique, judiciaire et social, et ont bien décrit le médecin comme un maillon de la chaîne de soin et non comme l'unique intervenant au sein de celle-ci.

C'est une prise en charge qui doit être multi-disciplinaire, mélangeant des spécialités médicales, sociales, psychologiques et judiciaires.

Cela fait partie de la formation continue et de la création du réseau du médecin généraliste que de pouvoir proposer aux patientes les associations/services hospitaliers/psychologues/assistante sociale qui interviendront.

Soigner leurs maux:

Les répercussions physiques et psychologiques des violences sur l'état de santé de nos patientes nous renvoient à notre rôle de thérapeute. Nous avons un rôle de prescripteur de traitement chimique qui reste dans beaucoup de cas indispensable à ce type de prise en charge.

Prendre en compte toutes les facettes du quotidien:

Les violences conjugales se recoupent avec les violences intra-familiales. Notre rôle en tant que médecin de famille est d'aider notamment à la prise en charge des répercussions sur l'état de santé des enfants.

La vie professionnelle est aussi impactée par des difficultés à domicile. Rechercher un mal-être au travail, des difficultés de concentration, une asthénie majorée fait partie de la prise en charge globale des patientes.

Nous l'avons vu, les différents types de violences sont souvent intriqués et simultanés. Lorsqu'un type de violence conjugale est dépisté, il convient de se demander s'il en existe d'autres, et de les rechercher.

Expliquer aux patientes ce que sont les violences conjugales, les mécanismes de l'emprise, le cycle de la violence, permet à la patiente de la rendre actrice de sa prise en charge et de ne pas se sentir isolée dans sa situation.

## **2 - Forces et limites de l'étude**

Cette étude qualitative rencontre des biais inhérents à ce type de travail de recherche.

Tout d'abord, le canevas d'entretien a été initialement écrit à partir de données recueillies dans la littérature, puis a évolué au fur et à mesure des entretiens effectués.

Les deux premiers entretiens ont servi de « test » et le canevas n'a été modulé qu'après ces deux premiers échanges.

Ensuite, les enregistrements ont été transcrits de manière intégrale et immédiate après chaque entretien dans l'optique d'éviter des erreurs de retranscription.

Cependant, la réalisation des entretiens, leur retranscription puis leur analyse ont été réalisées par la même personne. Il aurait fallu pour augmenter la validité interne de l'étude que ces trois temps de l'étude soient effectués par trois intervenants différents. Afin de limiter ce biais d'intervention, une relecture des entretiens et une validation du codage a été effectuée par une deuxième personne.

Le biais le plus important est probablement le biais de recrutement (ou biais de sélection). En effet, j'ai rencontré des difficultés à obtenir un échantillon de patientes assez large pour pouvoir augmenter la validité de cette étude. Malgré la mobilisation de quelques médecins et des psychologues de chaque structure, la présentation du projet durant la consultation était soumise au bon vouloir des praticiens recevant les patientes. C'est un sujet difficile à aborder, et bien souvent les patientes consultant dans ces structures avaient déjà du se confier aux forces de police, à un médecin du CASA ou de l'EMHAVI, à une assistante sociale, quelques fois à un psychologue. Aborder de nouveau le sujet avec une tierce personne pouvait être un frein pour participer à mon étude.

Il fallait pour les patientes pouvoir me rencontrer dans les locaux qui nous étaient prêtés pour les entretiens. Ceci explique pourquoi les entretiens ont été effectués sur une longue période. En effet, il a fallu accorder ma disponibilité à celle des patientes, ainsi que l'assurance d'avoir un bureau à disposition à ce moment pour effectuer l'entretien dans les meilleures conditions.

Le fait de ne recevoir en entretien que des patientes ayant déjà consulté dans une des deux structures d'accueil a renforcé ce biais de sélection, puisque toutes les femmes que j'ai rencontrées avaient déjà porté plainte, et étaient potentiellement plus enclines à aborder le sujet avec un professionnel de santé.

Il pourrait être intéressant de reproduire l'étude en recrutant des patientes issues d'associations ou de structures d'accueil et d'informations (ex PAVIF, CIDFF) qui n'ont pas de vocation de prise en charge médicale de prime abord.

L'approche phénoménologique de cette étude demande une objectivité et une neutralité totale de la part du chercheur, autrement dit une suspension du jugement<sup>41</sup>. L'interprétation ne doit pas être faite lors des entretiens, qui doivent être totalement descriptifs d'une situation vécue par le sujet interrogé.

Malgré ma volonté d'avoir une attitude la plus neutre possible, ma façon de mener les entretiens a probablement été différente en fonction des patientes qui se trouvaient en face de moi. Les entretiens semi-dirigés laissent la porte ouverte à de nombreuses digressions. Ce biais d'investigation est difficilement maîtrisable, même si ces difficultés se sont atténuées au fur et à mesure des entretiens effectués.

Le fait de savoir qu'elles étaient enregistrées via un dictaphone a pu modifier le discours des participantes à l'étude. Afin de limiter ce biais je demandais systématiquement l'accord oral des patientes pour enregistrer l'entretien, puis je leur rappelais que celui-ci serait détruit dès la retranscription écrite effectuée. D'autre part, j'allumais et disposais mon portable le plus discrètement possible afin que celui-ci ne soit pas perturbant pour les patientes.

Malgré ces difficultés de recrutement, le profil de patientes de l'échantillon est varié, de par leur âge ou leur profil socio-culturel: les patientes interrogées ont entre 19 et 68 ans. Dans les chiffres de l'observatoire national des violences faites aux femmes<sup>42</sup>, les principales données concernent des femmes âgées de 18 à 75 ans.

Ensuite, 73% des patientes interrogées ont un ou plusieurs enfants. Ce chiffre recoupe les données de l'ONVF<sup>43</sup> qui présente dans la population générale 2/3 de femmes portant plainte pour violences conjugales ayant des enfants à domicile.

Cet échantillonnage varié et représentatif de la population nous permet de conclure que les attentes des victimes de violences conjugales concernant leur médecin généraliste diffèrent peu en fonction de l'âge et de la catégorie socio-professionnelle de la patiente, ainsi que du type de violence vécue.

# VI. Conclusion

L'objectif de notre étude était d'évaluer les attentes des victimes de violences conjugales concernant leur médecin généraliste, et ainsi d'évaluer le bien fondé du dépistage des violences en consultation.

La question de la prise en charge des violences conjugales résonne avec l'actualité, tant par un phénomène de libération de la parole des femmes que par la volonté des pouvoirs publics de l'améliorer.

S'impliquer dans la prise en charge des violences c'est aussi améliorer la prise en charge des patientes de manière globale.

Il existe de nombreuses études concernant les freins des médecins généralistes à aborder le sujet en consultation.

L'intérêt de cette étude a été de donner la parole à des femmes qui ont subi des violences et d'évaluer a posteriori le rôle qu'a eu leur médecin généraliste.

Onze femmes ont accepté de participer à l'étude en effectuant des entretiens semi-dirigés à partir desquels leurs propos ont été décrits puis analysés.

Les résultats ont permis de mettre en évidence les difficultés retrouvées par les patientes pour aborder le sujet des violences conjugales en consultation de médecine générale.

Concernant les attentes des patientes, cette étude a montré que les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans le repérage des violences, l'accompagnement des victimes et le suivi médical à posteriori.

Se former au psycho-traumatisme et aux mécanismes des violences, en connaître les différents types et avoir un réseau solide sont des atouts indispensables pour que le

médecin généraliste puisse prendre en charge de la meilleure manière possible les patientes victimes, et ainsi leur proposer un parcours de soin complet.

Enfin, le repérage des violences en consultation, par des questions ouvertes sur la vie de couple, basé sur la relation centré-patient permettrait de réduire le délai de prise en charge de ces patientes victimes et d'améliorer leur état de santé général.

Nous le savons, repérer les violences conjugales c'est aussi repérer les violences que subissent les enfants à domicile. En 2018, 21 enfants ont été tués dans le cadre de violences au sein du couple.

Il pourrait être intéressant de renouveler ce type d'étude pour aider à améliorer le repérage des violences intra-familiales en général.

# VII. Annexes

## **Annexe 1 : Document distribué aux patientes consultant au CASA pour violences conjugales**

Madame,

Actuellement étudiante en dernière année de médecine générale, je réalise ma thèse sur les attentes des victimes de violences conjugales auprès de leur médecin généraliste.

Je souhaiterai donner la parole aux femmes qui ont été ou sont victimes de violences, quelles qu'elles soient, afin d'évoquer avec elles le rôle qu'elles ont eu ou pourraient avoir leur médecin généraliste dans la prise en charge.

Pour ce faire, je propose de vous rencontrer dans les locaux du CASA, selon vos disponibilités afin d'aborder votre parcours, vos attentes et votre ressenti concernant la prise en charge proposée ou non par votre médecin généraliste.

L'entretien durera une vingtaine de minutes, et toutes les données seront anonymisées (ni nom, ni adresse, ni votre médecin traitant ne seront divulgués).

Votre témoignage permettra aux médecins généralistes d'améliorer la prise en charge des patientes, de mieux dépister les violences et de proposer un accompagnement plus adapté.

Mon adresse e-mail et mon numéro de téléphone sont à votre disposition, n'hésitez pas à me contacter pour que l'on convienne d'un rendez vous, ou pour toutes questions.

En l'absence de réponse de votre part, je me permettrai de vous rappeler dans un délai d'un mois.

Je vous remercie par avance de votre implication.

Ségolène BRACQ

06.64.51.21.41

segolene.bracq@etu.univ-rouen.fr

## **Annexe 2 : Document distribué aux patientes consultant à EHMAVI pour violences conjugales**

Madame,

Actuellement étudiante en dernière année de médecine générale, je réalise ma thèse sur les attentes des patientes victimes de violences conjugales concernant leur médecin généraliste.

Je souhaiterais donner la parole aux femmes qui ont subi, ou subissent des violences quelles qu'elles soient, afin d'évoquer avec elles le rôle qu'à eu ou pourrait avoir leur médecin généraliste dans la prise en charge.

Pour ce faire, je vous propose de vous rencontrer dans les locaux d'EHMAVI selon vos disponibilités afin d'aborder votre parcours, vos attentes et votre ressenti concernant l'attitude et les réponses apportées ou non par votre médecin généraliste.

L'entretien durera une vingtaine de minutes, toutes les données seront anonymes (ni nom, ni adresse, ni le nom de votre médecin traitant ne seront divulgués).

Votre témoignage permettra par la suite aux médecins généralistes d'améliorer la prise en charge des patientes, de mieux dépister les violences, et de proposer l'accompagnement le plus adapté.

Mon adresse e-mail et mon numéro de téléphone sont à votre disposition, n'hésitez pas à me contacter pour que l'on convienne d'un rendez vous, ou pour toutes questions.

En l'absence de réponse de votre part, je me permettrai de vous rappeler dans un délai d'un mois.

Je vous remercie par avance de votre implication.

Ségoène BRACQ

06.64.51.21.41

segolene.bracq@etu.univ-rouen.fr

## Annexe 3 : Canevas d'entretien initial

Patiente:

- Structure
- Age
- Situation familiale actuelle
- Emploi/Formation
- Nombre d'enfants à charge + âges.

Médecin traitant (= MT)

caractéristiques du MT: homme ou femme

tranche d'âge du MT

type de lieu d'exercice (rural/semi rural/urbain)

suivi depuis combien de temps

combien de consultation par an

l'agresseur est-il connu par le même médecin traitant ( si oui : influence sur le fait d'en parler au médecin? )

Parcours de soin au sein des violences : situation actuelle

qui a orienté vers structure

type de violences

depuis combien de temps

Le sujet des violences conjugales a-t-il été abordé en consultation avec le médecin traitant?

1/ Si oui :

a) Le sujet a été abordé par le médecin traitant

- motif de consultation initial

- comment la question a-t-elle été posée

- comment a été vécu cette question

- comment aurait-elle aimé qu'elle soit posée

- sujet déjà abordé a des consultations précédentes (repérage) si oui a quelle consultation (premier contact ou plus tard)

- satisfaction concernant la réponse

- rôle du médecin généraliste

b) Le sujet a été abordé par la victime

- motif de consultation initial

- réponse du médecin généraliste versus attentes de la patiente

- rôle attendu du médecin généraliste dans ce type de consultation

- sujet déjà abordé à consultations antérieures (si oui : cela a-t-il facilité /vécu du repérage

si non: aurait-ce été appréciable/comment)

2/ Si non:

Pourquoi?

Aurait-elle aimé que le sujet soit abordé en consultation

Si oui : type de question? attitude attendue? Rôle perçu du médecin généraliste dans le repérage et dans la prise en charge

Si non: pourquoi

Situation actuelle :

- MT est il au courant de la situation actuellement
- PEC médico-psy actuelle
- conséquences ressenties sur la santé (sexuelle, psychique, somatique)

# VIII. Bibliographie

- <sup>1</sup>Jaspard, M. et Al. (2001). « Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France » *Population et sociétés* (n° 364)
- <sup>2</sup> Vacher, A. (Novembre 2019). « Les violences au sein du couple en France » *La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes* (n°14), pp.1-3.
- <sup>3</sup> Vacher, A. (Novembre 2019). « Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2018: Indicateurs nationaux annuels » *La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes* (n°14), p1.
- <sup>4</sup> Jaspard, M., Brown, E. et Al.(2001). « Rapport national ENVEFF» *Population et sociétés* (n°364)
- <sup>5</sup> Bedeau, J., Benaïm, L.(2013) *Anna* [dvd]. Paris: Mission Interministerielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. 15minutes.
- <sup>6</sup> Lazimi, G. ( Novembre 2014). « Repérage et accompagnement par le médecin généraliste des femmes victimes de violences » *La revue de l'infirmière* (n°205), pp.7-25.
- <sup>7</sup> Henrion, R. (2001). « Les femmes victimes de violences conjugales » *Rapport au ministère chargé de la Santé*, Paris, La Documentation Française, colt.
- <sup>8</sup> Friedman, Samet, Roberts, et Al. (1992). « Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices » *Archives of Internal Medicine*, pp.1186-1190.
- <sup>9</sup> Wendt, E., Hildingh, C. et Al. (2007). « Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals » *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, pp.590-595.
- <sup>10</sup> Henrion, R. (2001). « Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé » *Rapport au ministère chargé de la santé*, Paris, La Documentation Française, p.47.
- <sup>11</sup> Bauer, A., Soullez, C. (2007-2012) « La criminalité en France, résultats des enquêtes de cadre de vie et sécurité » *Rapport de l'observatoire national de délinquance et des réponses pénales*, INSEE-ONDRP.
- <sup>12</sup> Haute Autorité de Santé (Septembre 2009): Document d'information pour les professionnels: « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer » 5p.
- <sup>13</sup> Bures, J. (Juillet 2016) « Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie ». Thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine de Rouen. 106p
- <sup>14</sup> Dautrevaux, M. (Novembre 2016) «Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ? Quelles réponses peut-on apporter ? ». Thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine de Nancy. 62p.
- <sup>15</sup> Coutanceau, R., Salmona, M. (2016) « Comprendre l'emprise pour mieux protéger les victimes de violences conjugales » *Violences conjugales et famille*, Paris: Dunod.
- <sup>16</sup> Carbonneau, J. (2005) « Violence conjugale: des spécialistes se prononcent », Montréal: Editions du Remue-ménage, p.79.
- <sup>17</sup> Walker, L. (1980) « The battered woman », NYC: Paperback.

- <sup>18</sup> OMS, (2015) « Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle: manuel clinique ».
- <sup>19</sup> Campbell, J-C. (2002) « Health consequences of intimate partner violence » *The Lancet Journal*.
- <sup>20</sup> Vives Cases, C., Ruiz-Cantero, M., et al. (Mars 2011) « The effects of intimate partner violence and other forms of violence against women on health » *Journal of public health Oxford, England* (n°33) pp.15-21.
- <sup>21</sup> Hotton, M. (2011) « Les femmes et le système de justice pénale » *Femmes au Canada: rapport statistique fondé sur le sexe 6e édition*, Ottawa: Canada.
- <sup>22</sup> Safaris,C. (2009) « L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales », Mémoire de diplôme universitaire de Victimologie, Université Paris Descartes - Paris V, 38p.
- <sup>23</sup> Pico-Alfonso, M., Garcia-Linages, M-I, et al. (Juin 2006) « The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health : depressive symptoms, post-traumatic stress disorder, state anxiety, and suicide » *Journal of women's health* (n°15) pp.599-611.
- <sup>24</sup> Ellsberg, M., Jansen, H-A. et al. (Avril 2008) « Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence : an observational study » *The Lancet Journal*, ch5, pp.72-165.
- <sup>25</sup> Coutanceau,R., Salmona, M. et al. (2016) « Comprendre l'emprise pour mieux protéger les victimes de violences conjugales » *Violences conjugales et famille*, Paris: Dunod.
- <sup>26</sup> Coutanceau,R., Salmona, M. (2016) « Prise en charge à l'UMJ des femmes victimes de violences conjugales » *Violences conjugales et famille*, Paris: Dunod.
- <sup>27</sup> Salmona, M. (2018) « Le livre noir des violences sexuelles », 2nde édition, Paris: Dunod
- <sup>28</sup> Circulaire SEDF n° 2001-210 du 9 mai 2001 relative à la mise en place au niveau local du plan d'action triennal contre les violences envers les femmes. [En ligne] (page consultée le 03/11/2019) <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-20/a0201331.htm>
- <sup>29</sup> Legifrance, Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 11 juin 1992, 91-86.346. [En ligne] (page consultée le 03/11/2019) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007065867>
- <sup>30</sup> Lux, M-G., Horel, C. et al. « Evaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes, 10 mesures pour l'autonomie des femmes » [En ligne] (page consultée le 05/11/2019) <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/11/evaluation-plan-global-2005-2007.pdf>
- <sup>31</sup> Legifrance, Loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce chapitre VI article 22. [En ligne] (page consultée le 03/11/2019) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000439268>
- <sup>32</sup> Legifrance, Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. [En ligne] (page consultée le 03/11/2019) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000422042&categorieLien=id>

<sup>33</sup> Legifrance, Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. [En ligne] (page consultée le 05/11/2019)  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022454032&categorieLien=id>

<sup>34</sup> « 5è plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes » (2017-2019) 2017-2019 », Tableau récapitulatif des actions de formation réalisées et à venir, Annexe 2 pp.79-82. [En ligne] (pages consultées le 05/11/2019 et 06/11/2019)  
<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>

<sup>35</sup> Legifrance, Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, article 222-33-2-2. [En ligne] (Page consultée le 06/11/2019)  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F71DD3CCA3FEAF00642F006859EEB2EA.tplgfr37s\\_3?cidTexte=JORFTEXT000029330832&dateTexte=20190603](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F71DD3CCA3FEAF00642F006859EEB2EA.tplgfr37s_3?cidTexte=JORFTEXT000029330832&dateTexte=20190603)

<sup>36</sup> Legifrance, Loi n°2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France. [En ligne] Page consultée le 06/11/2019)  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032164264&categorieLien=id>

<sup>37</sup> Rapport d'information de la loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes du 27 février 2017. [En ligne] (page consultée le 06/11/2019)  
<https://www.senat.fr/rap/r17-574/r17-574.html>

<sup>38</sup> Conseil national de l'ordre des médecins, (Décembre 2019) « Violences conjugales et signalement » [En ligne] (page consulté le 12/01/2020)  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/violences-conjugales-signalement>

<sup>39</sup> Vacher, A. (Novembre 2019). « Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2018: Indicateurs nationaux annuels » *La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes* (n°14), p2.

<sup>40</sup> Bilan d'activité de l'année 2018 - Médecine Légale et droit de la santé du CHU, hôpitaux de Rouen.

<sup>41</sup> Ribau, C., Lasry, J-C., et al. (2005). « La phénoménologie: une approche scientifique des expériences vécues » *Recherche en soins infirmiers* (n°81) pp.21-27.

<sup>42</sup> Vacher, A. (Novembre 2018). « Violences faites aux femmes: les principales données » *La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes* (n°8), p5.