



HAL
open science

Étude de l'influence de la médiatisation des violences faites aux femmes sur leur prise en charge par des médecins généralistes de Haute-Normandie : analyse qualitative par focus group

Morgane Simonin

► To cite this version:

Morgane Simonin. Étude de l'influence de la médiatisation des violences faites aux femmes sur leur prise en charge par des médecins généralistes de Haute-Normandie : analyse qualitative par focus group. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03261159

HAL Id: dumas-03261159

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03261159>

Submitted on 15 Jun 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 SANTE ROUEN NORMANDIE

Année 2021

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

par Morgane Simonin
née le 16/11/1990 à Dax

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3/06/2021

Etude de l'influence de la médiatisation des violences faites aux femmes sur leur prise en charge par des médecins généralistes de Haute Normandie : analyse qualitative par focus group

Composition du jury

PRÉSIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Gilles Tournel
DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Emmanuel Hazard
MEMBRES DU JURY : Mme le Dr Yveline Sevrin
Mme le Dr Lucille Pellerin

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie

Mr Hervé TILLY (<i>urnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
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
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
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
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	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
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

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

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie

M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSSONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

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

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 Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

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 Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

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 propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

Remerciements

A Mr le Pr Tournel, merci de me faire l'honneur de présider mon jury, et de m'avoir aidée dans mes recherches, mes plus sincères remerciements.

A Mr le Dr Hazard, merci infiniment pour votre aide, votre temps et votre gentillesse, je ne serais sûrement pas arrivée à tout cela sans vous, je ne pourrais jamais assez vous remercier.

A Mme le Dr Sevrin, pour nous avoir guidés et aidés tout au long de notre internat, je garde un excellent souvenir de nos ED, et je vous remercie de prendre part à la clôture de mes études de 3ème cycle en participant à mon jury de thèse, merci d'avoir été si présente et attentive.

A Mme le Dr Pellerin, merci de me faire l'honneur de participer à mon jury et de juger mon travail.

A tous les médecins que nous avons inclus dans notre projet, merci à vous de nous avoir aidés, je ne pourrai jamais exprimer toute la gratitude que j'ai pour vous.

A ma maman, toujours là pour moi, tu m'as toujours soutenue, encouragée, merci pour tout ce que tu fais pour nous, tes enfants terribles mais que tu adores quand même.

A mon petit frère, et tous nos délires, je peux tout de même pas donner du thon à doudou, le thon, vous savez ce que c'est ?

A mon beau-père, et à ma fratrie agrandie, Vin de Pays !

A mon papi, toujours là pour moi, qui fera de moi une grande cuisinière, un jour, à force.

A ma mamie, j'aurais tant voulu que tu sois là pour voir ce jour, tu nous manques chaque jour.

A mes beaux grand parents, comme un papi et une mamie mais plus beaux, merci d'être là.

A Terry, Mr le Docteur Simon maintenant, parce que sans toi, je ne serai sûrement pas arrivée au bout, c'était bien plus marrant avec toi en tous cas, tout mes vœux de Bonheur à toi et Armelle, vous le méritez bien.

A Pierre, qui aura suivi toutes les étapes de cette thèse, un grand merci du fond du cœur.

A Mme le Dr Maryline Penso, la meilleure co-interne qu'on puisse avoir, une amie comme

toi rend l'internat bien plus sympa !

A Caro, Vivien, Sacha et Arthur, pour toutes ces fois où vous m'avez accueillie sous votre toit, pour votre présence, je vous adore, ne changez rien.

Table des matières

I - Introduction :

A Les violences faites aux femmes

1) Pourquoi ce sujet ?	21
2) Quelques définitions	22
3) Des conséquences indéniables	22
4) Les chiffres, l'ampleur du phénomène	23
5) Les freins au dépistage	24
6) Le cycle de la violence.....	24

B Un séisme médiatique

1) D'un côté l'état.....	26
2) De l'autre les médias	28

II - Matériel et méthode

1) Choix de la méthode	30
2) Recrutement	30
3) Déroulement	31
4) Codage	31
5) Déclaration à la CNIL	32

III – Résultats

1) Description de la population	33
2) Généralités	34
3) Les facteurs de risque	35
4) Les conséquences	37

5) Obstacles au dépistage	39
6) Rôle du médecin	45
7) Influence des médias	50
8) Hypothèses et évolution envisagées	54
9) Changement de société	56
10) Du côté des hommes	56

IV – Discussion

1) L'intérêt de cette étude	59
2) Synthèse des résultats et explication du sens général	61
3) Comparaison avec la littérature	64
4) Limites	65
5) Perspectives d'avenir	66

V – Conclusion

La violence à l'égard des femmes est peut-être la violation des droits de l'homme la plus honteuse et peut-être la plus répandue.

Kofi Annan

Diplomate, économiste, Homme d'état, Homme politique, Humaniste, Scientifique (1938 – 2018)

I – Introduction

A Les violences faites aux femmes

1) Pourquoi ce sujet ?

Quasi tabou, ce sujet met mal à l'aise. A chaque évocation de ce sujet de thèse, j'entends « ce n'est pas un sujet facile ». Non, ce n'est pas un sujet facile, et à mon sens, aucun médecin ne peut être à l'aise avec ce sujet. Les médecins se jugent insuffisamment formés et informés sur l'accompagnement des femmes victimes de violences (1). Dans d'une étude publiée en 2005, 60,3 % des médecins déclaraient ne pas se sentir suffisamment formés pour bien repérer et prendre en charge les victimes de violences conjugales. (2)

La fréquence de cette problématique rencontrée en consultation est faible, en se basant sur les résultats de l'étude ECOGEN, L. Belkaious (3) retrouvait 2 motifs de consultation « violences conjugales » sur 1028 motifs de consultation, alors que le nombre de femmes subissant des violences est estimé à 10% des femmes dans la population générale. (4)

Pourtant ce sujet est très présent dans nos médias depuis quelques années, ne faisant plus seulement mention des violences conjugales, mais des « violences envers les femmes », déjà l'enquête Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVFF) en 2001 exposait toutes les formes de violences : physique, verbale, psychologique, économique, tant sur le lieu de travail qu'au domicile...

L'idée est née en consultation de médecine générale, au départ anecdotique : une ecchymose sur une patiente vue lors d'une consultation, rapportée par un confrère, une question non posée, et cette sensation de blocage. Comme un frein, ressenti par tous les médecins autour de la table à ce moment. Cette expérience m'a poussé à faire des recherches, comme tout médecin confronté à un sujet qu'il estime ne pas maîtriser suffisamment. On cherche des articles, des thèses. Et c'est alors que l'ampleur du phénomène m'a réellement poussé à me poser cette question : devant une telle médiatisation, aussi bien sur internet qu'à la radio, à la télévision, notre pratique, en tant que médecins généralistes est-elle impactée, que ressentent les médecins généralistes face à un tel raz de marée médiatique ?

2) Quelques définitions

Les Nations Unies définissent la violence à l'égard des femmes de la façon suivante : «tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée»(5)

Tous les milieux sont concernés, tout niveau scolaire confondu, en ville comme en campagne, à tous les âges (6).

Dès 1839, la Cour de cassation introduit la notion de viol entre époux : « si le mariage a pour but l'union de l'homme et de la femme, et les devoirs qu'il impose, la cohabitation, l'obéissance de la femme envers le mari, établissent entre les époux des rapports intimes et nécessaires, il ne s'ensuit pas que la femme cesse d'être protégée par les lois, ni qu'elle puisse être forcée de subir des actes contre nature contraires à la fin légitime du mariage ; des lors si le mari a recours à la violence pour les commettre, il se rend coupable du crime prévu à l'article 332 du Code Pénal ».

3) Des conséquences indéniables

Les conséquences sont nombreuses pour les victimes (7), certaines sont évidentes, physiques : plaies, contusions, fractures, brûlures. Elles peuvent aller jusqu'au décès.

On retrouve également des conséquences gynécologiques, les violences étant aussi retrouvées en obstétrique, avec un risque accru de fausse couche (16%) et d'accouchement prématuré (41%) (6).

Mais aussi des conséquences psychologiques : dépression, état de stress post traumatique et autres troubles anxieux, troubles du sommeil, de l'alimentation, jusqu'aux tentatives de suicide.

Les effets sur la santé peuvent aussi se caractériser par des céphalées, des douleurs de dos, des douleurs abdominales, des troubles gastro intestinaux, une mobilité réduite et un mauvais état général (6), introduisant un type de conséquence différent : le coût pour notre système de santé.

Ces effets sont plus difficiles à rattacher à des violences si les patientes ne l'évoquent pas.

Les enfants subissent également ces violences, la violence sexuelle, en particulier pendant l'enfance, peut entraîner une augmentation du tabagisme, l'usage abusif de drogues et d'alcool et des comportements sexuels à risque à un stade ultérieur de la vie. On l'associe aussi à une tendance à recourir à la violence (pour les hommes) ou à être victime de violences (pour les femmes). (6)

Protéger une mère protège également ses enfants.

4) Les chiffres : l'ampleur du phénomène

Le rapport annuel de 2017 de l'ONDRP qui retrouvait sur l'année 2016 plus de 85 400 victimes ayant déposé plainte pour violences physiques de la part de leur conjoint-e ou ex-conjoint-e selon la Gendarmerie et la Police nationales, soit *3 % de plus entre 2015 et 2016*. Les femmes sont les plus représentées parmi les victimes, avec près de 9 femmes sur 10 victimes.

C'est cette répartition qui m'a poussé à orienter ma thèse sur les violences faites aux femmes.

Plus de 100 homicides au sein du couple ont été enregistrés par la Gendarmerie et la Police nationale ainsi que par la Délégation d'aide aux victimes en 2016, (8) des chiffres que l'on entend régulièrement, c'est lorsque les violences conjugales amènent au décès qu'elles interpellent le plus.

Et les chiffres sous-estiment, près d'une victime de viol sur cinq n'a jamais parlé de son agression (19 %) (9). Cette proportion est d'autant plus importante pour les victimes de viols intra-ménages : environ un tiers des personnes ayant subi un viol par un individu vivant avec elles n'en ont parlé à personne.

Ces chiffres se confirment en 2018, 130 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire « officiel » ou « non officiel », soit une femme tous les 2,8 jours.

219 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année.

9 victimes sur 10 connaissent l'agresseur, expliquant partiellement le chiffre suivant : moins d'1 victime sur 5 déclare avoir déposé plainte.

Et enfin, en 2018 paraissait ce paragraphe de conclusion :

Depuis le mois d'octobre 2017 et le début du mouvement #MeToo, le nombre de

victimes de violences sexuelles connues des forces de sécurité sur une année a augmenté de 23 % (10)

Les chiffres bougent, mais s'associent-il à une prise de conscience du monde médical ?

On estime toujours à 21% seulement des patientes se confiant à leur médecin (9).

5) Les freins au dépistage

Avec la médiatisation, nous ne pouvons plus arguer une méconnaissance des statistiques : nous savons que nous avons parmi nos patientes des femmes victimes de violences.

La diversité des symptômes allégués par les patientes venant consulter n'aide pas, les types de violences subies étant nombreux, et si la patiente n'aborde pas spontanément cet aspect de la consultation, et que le médecin ne pose pas la question, le véritable motif de consultation n'est pas identifié.

Certains parleront d'un manque de temps, de la multitudes de problèmes médicaux à gérer en même temps, de la gêne ressentie en étant médecin de famille, de la peur des retombées judiciaires, des représailles...(11)

Les freins sont nombreux, l'insuffisance de formation et de sensibilisation des médecins durant nos études et dans nos formations continues arrivant en tête de liste, suivis de près par l'absence de prise en charge à proposer, le manque de recours associatif et juridique, une mise en sécurité étant la première étape pour sortir d'un cycle de violence destiné à se répéter, sur le lieu de travail comme au domicile. (12)

6) Le cycle de la violence

PHASE 1 : L'ESCALADE

Mise en place du système d'emprise : l'agresseur exerce des pressions psychologiques, contrôle, isole la victime. La victime se sent inquiète, tente d'améliorer le climat, fait attention à ses propres gestes et paroles.

PHASE 2 : L'EXPLOSION

Épisode de violences (quelle que soit la forme) : l'agresseur donne l'impression de perdre le contrôle de lui-même mais prend en fait le contrôle de la situation. La victime ne comprend pas et tente de calmer la situation.

PHASE 3 : LE TRANSFERT

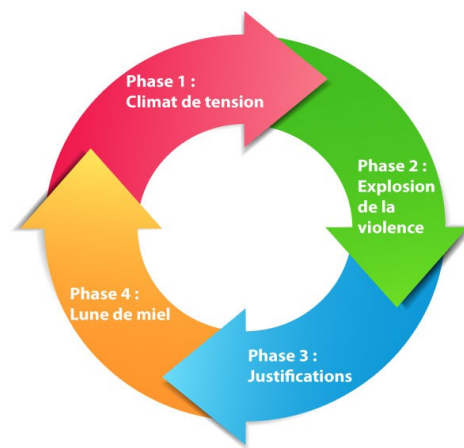
Minimisation de la violence : l'agresseur porte la responsabilité des violences sur sa partenaire.

La victime se sent responsable de la situation.

PHASE 4 : LA « LUNE DE MIEL »

Moyen utilisé par l'auteur pour reconquérir la victime : l'agresseur promet un changement.

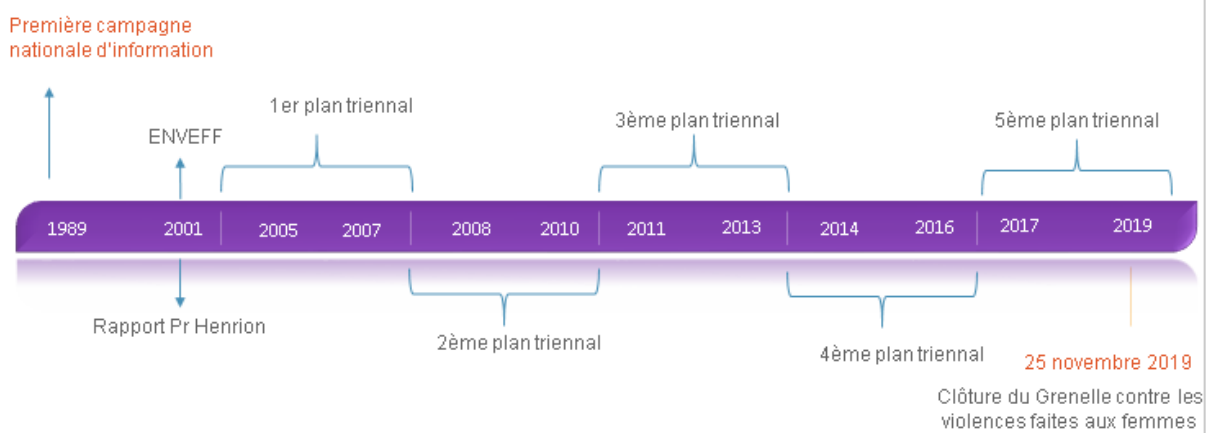
La victime lui donne une chance, lui apporte son aide, constate ses efforts, change ses propres habitudes.



Les 4 phases du cycle de la violence (13)

B Un séisme médiatique

Chronologie des actions de l'état



1) D'un côté l'État

Avec des campagnes nationales successives :

- En 1989 : les pouvoirs publics affirment leur volonté de lutter contre les violences conjugales avec le lancement de la première campagne nationale d'information et la création des Commissions Départementales d'Action Contre les Violences Faites aux Femmes.
- En 1990 : la chambre criminelle de la cour de cassation reconnaît pour la première fois le crime de viol entre époux durant le mariage et confirme sa 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 ».
- En 1992 : la loi du 22 juillet du Code Pénal mentionne que la qualité de conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante de l'infraction commise. Toute agression intra conjugale devient un délit quelle que soit l'ITT (Incapacité Totale de Travail).
- En 2001 : Première grande enquête à l'échelle nationale, l'E.N.V.E.F.F, réalisée à l'initiative du Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes, chiffre à 10% le taux de femmes victimes sur les 12 derniers mois et révèle l'isolement de ces femmes, certaines confiant leur « secret » pour la première fois (enquête téléphonique, parmi 6970 femmes interrogées, âgées de 20 à 59 ans, résidant en France métropolitaine).
- En 2001 : le rapport du Pr. Henrion, commandité par le Ministère de la Santé, fait état des conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et du rôle du médecin. Les médecins semblent méconnaître l'ampleur du problème et ont du mal à se positionner face aux patientes violentées. L'étude souligne le manque de sensibilisation, le manque de formation du corps médical, l'absence de travail en réseau.
- En 2004 : la loi du 26 mai autorise le juge aux affaires familiales à statuer en urgence sur l'attribution du domicile conjugal et à décider de l'éloignement du conjoint violent dès les premiers actes de violence, et ce avant le déclenchement de la procédure de divorce.
- Entre 2005 et 2007 : le premier Plan Triennal du Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale finance de nombreuses campagnes de sensibilisation et lance la plateforme téléphonique de lutte contre les violences conjugales « 3919 ».
- En 2005 : le Plan Violence et Santé étudie les conséquences de la violence secondaire

aux rapports de genre, en élargissant au-delà des violences conjugales. La loi du 12 décembre facilite les mesures d'éloignement à tous les stades de la procédure.

- En 2006 : la loi du 4 avril renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple avec un élargissement aux pacsés et ex-partenaires et souligne que la qualité de conjoint ou de concubin "ne saurait être une cause d'atténuation de la responsabilité en cas de viol au sein du couple". Elle aligne l'âge légal du mariage des femmes sur celui des hommes (18 ans).

- En 2007 : la loi du 5 mars permet l'extension du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins aux auteurs de violences conjugales.

- Entre 2008 et 2010 : le deuxième Plan Triennal comporte 12 objectifs pour briser le tabou, prévenir les violences, coordonner les acteurs du réseau, protéger les femmes et leurs enfants.

- En 2010 : les violences faites aux femmes sont promues « Grande Cause Nationale ». De nombreuses actions de sensibilisation sont menées par le collectif créé à cette occasion. La loi du 9 juillet autorise le juge aux affaires familiales à délivrer une ordonnance de protection des victimes en urgence dans les cas de violences au sein du couple. Elle instaure le port du bracelet électronique par le conjoint violent afin d'assurer la réalité de l'éloignement. La violence conjugale psychologique est reconnue : le harcèlement moral sur le conjoint devient un délit. Des mesures d'assistance aux femmes étrangères sont prises comme des mesures luttant contre les mariages forcés. Enfin, ce texte déclare le 25 novembre comme « Journée nationale de sensibilisation aux violences faites aux femmes ».

- Entre 2011 et 2013 : le troisième Plan Triennal renforce la lutte dans 3 domaines d'action : la protection, la prévention, la solidarité. Il est reconnu que les professionnels de santé sont ceux qui reçoivent le moins de formation spécifique, alors même qu'ils ont un rôle central à jouer en termes de repérage et de prise en charge. Des propositions de formation initiale et continue autour de cette problématique sont mises en avant (formations pluridisciplinaires, échanges de bonnes pratiques).

- Entre 2014 et 2016 : 4ème plan de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes. Les violences sont mieux repérées et les victimes mieux prises en charge : le 3919 écoute et oriente toujours plus de femmes (50 000 appels par an en moyenne) ; 327 lieux d'écoute de proximité sont recensés ; 1550 places d'hébergement ont été créées (94% de l'objectif à atteindre en 2017) ; 530 téléphones grave danger (TGD) ont été déployés dans les territoires ; plus de 300000 professionnels ont été formés. Les violences

faites aux femmes sont désormais mieux connues et davantage dénoncées. La tolérance sociale diminue.

Entre 2017 et 2019 : 5ème plan de mobilisation et de lutte contre les violences :(14)

1. Assurer l'accès aux droits et sécuriser les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences (violences conjugales, sexuelles, psychologiques, etc.)
2. Renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants
3. Déraciner les violences, lutte contre le sexisme qui banalise la culture des violences et du viol

Lundi 25 novembre 2019 : clôture du Grenelle contre les violences faites aux femmes : 30 nouvelles mesures ont été annoncées, visant à prévenir les violences, mieux protéger les victimes et mettre en place un suivi et une prise en charge des auteurs de violences. (15)

- Enfin la loi du 30 juillet 2020 fait évoluer le secret médical : « au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République. » (16)

2) De l'autre les médias

#MeToo, du phénomène viral au « mouvement social féminin du XXIe siècle » titrait le 14 octobre 2018 le Journal Le Monde :

« La somme de témoignages de femmes rassemblés sous ce label a engendré en un an une prise de conscience internationale sur le harcèlement sexuel.

En 2006, Tarana Burke, une travailleuse sociale originaire de Harlem (New York), lance une campagne de soutien aux victimes d'agressions sexuelles dans les quartiers défavorisés. Pour appuyer sur l'empathie et la solidarité, elle choisit un nom très court à cette initiative : « Me too » (« moi aussi »)

Le 5 octobre 2017, l'affaire Weinstein éclabousse Hollywood. Les révélations du New York Times et du New Yorker sur les accusations d'agressions, de viols et de violences commises par ce producteur de cinéma américain font le tour de la planète grâce à Twitter, un réseau social parmi les plus privilégiés des personnalités publiques. C'est sur cette même plate-forme que rejailit l'étincelle #MeToo.

Plus de soixante mille messages lui feront directement écho dans les cinq jours qui suivirent. Les signataires de ces tweets sont en grande partie des femmes, certaines célèbres, d'autres anonymes, qui livrent de courts témoignages, qui racontent pêle-mêle les brimades, les réflexions, les regards, les agressions, les viols. Des faits survenus au travail, mais qui s'étendent aussi à l'enfance, à la famille, à la fac, à l'espace public. L'amoncellement de ces récits en quelques centaines de caractères montre que le harcèlement sexuel des femmes ne s'arrête pas à Hollywood ; il n'épargne aucune classe sociale, aucun milieu.

La version francophone suit : le #BalanceTonPorc, lancé sur Twitter par la journaliste française Sandra Muller.

Les discussions en ligne s'étendent de l'Amérique du Nord à l'Europe en passant par le Japon, la Corée du Sud, la Chine.

Les chiffres sont vertigineux : en trois mois, ce sont trois millions de tweets #MeToo qui sont recensés par Twitter. Chaque semaine, d'octobre à janvier, plus de 38 000 tweets font référence au harcèlement sexuel. En un an, #BalanceTonPorc comptabilise 930 000 tweets, #MeToo, 17,2 millions.

II - Matériel et méthode

1) Choix de la méthode

Le choix de la méthode a été celui d'une méthode qualitative, avec analyse des données inspirée de la théorisation ancrée et du paradigme interprétativiste.

L'objectif est d'essayer de comprendre comment des médecins généralistes haut-normands appréhendent le sujet suite à la médiatisation et aux effets des réseaux sociaux, s'il y a eu une modification d'approche vis-à-vis des violences faites aux femmes.

Pour le recueil des données nous avons choisi la méthode des focus group. Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe, un groupe de discussion semi structuré, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur, qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance.

Cette technique d'entretien repose donc sur la dynamique de groupe, elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne grâce à la réunion de personnalités diverses favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées. (17)

La prévalence en consultation étant faible, il me semblait nécessaire de réunir plusieurs médecins pour obtenir des verbatims suffisamment informatifs, afin de recouper les expériences en temps réel entre les médecins, hommes ou femmes, installés récemment ou depuis plusieurs années.

2) Recrutement

L'objectif de cette étude était de réunir des médecins généralistes de Haute Normandie : Eure et Seine Maritime, participant à des groupes de Formation médicale continue, avec idéalement entre 4 et 8 médecins par Focus Group. Nous avons essayé d'obtenir un échantillonnage à variabilité maximale, en essayant de regrouper des médecins installés récemment et d'autres moins récemment, aussi bien femmes que hommes.

Le premier focus group a été réuni par le Dr Hazard, le 2ème et le 3ème par moi-même. Le Dr Hazard a utilisé ses contacts, et moi les miens, parmi les médecins

généralistes autour de nous, contactés directement par téléphone, dans un premier temps pour savoir qui serait disponible, puis dans un deuxième temps pour l'organisation logistique des entretiens de groupe.

3) Déroulement

Le premier focus group a été réalisé dans l'Eure, et a regroupé 4 médecins, en juin 2019.

Le deuxième et le troisième ont été réalisés en Seine Maritime, avec respectivement 8 médecins et 2 internes, et 6 médecins, en novembre 2019 puis en mai 2020.

N'ont été inclus que des médecins généralistes.

Les enregistrements ont été faits par deux appareils, par enregistreur numérique et outils « enregistrement » sur ordinateur portable. Les entretiens ont été réalisés en suivant un guide d'entretien (disponible en annexe). Ce guide d'entretien a pu être amélioré à partir des expériences successives. Il débute par des questions générales sur l'usage des médias par les médecins, puis sur la fréquence des consultations ayant trait aux violences faites aux femmes, en insistant sur le caractère polymorphe de ces violences, enfin la dernière partie s'intéresse au ressenti des médecins et à leur vécu de cette médiatisation des violences.

La retranscription mot à mot et fidèle a été réalisée sur OpenOffice Writer au fur et à mesure de la réalisation des focus group.

L'arrêt des focus group a été réalisé à saturation des données. Dans notre cas, au bout du 3^{ème} nous avons estimé qu'il n'avait plus émergé de nouvelles idées majeures dans les groupes.

4) Codage

Suite à la retranscription, un codage a été réalisé sur Open Office Calc, appliquant à chaque segment de verbatim un codage standardisé, sur chaque retranscription.

Ainsi le premier codage des trois verbatims a été un codage de décontextualisation aboutissant à 1118 segments, re contextualisés par la suite en 8 grandes catégories.

5) Déclaration à la CNIL

N'ayant pas recueilli de données personnelles concernant les médecins, ou les patients, la juriste de la CNIL contactée a confirmé l'absence de nécessité de déclaration de cette étude à la CNIL.

III – Résultats

1) Description de la population

Le premier focus group a été réalisé dans l'Eure, et a regroupé 4 médecins, en juin 2019.

Le deuxième et le troisième ont été réalisés en Seine Maritime, avec respectivement 8 médecins et 2 internes, et 6 médecins, en novembre 2019 puis en mai 2020.

N'ont été inclus que des médecins généralistes.

Médecin	Sexe	Année de Thèse	Année d'installation	Lieu d'exercice	MSU
FG1M1	Femme	2003	2008	Semi rural	oui
FG1M2	Femme	1997	1997	Semi rural	oui
FG1M3	Femme	2006	2009	Semi rural	non
FG1M4	Homme	2011	2015	Semi rural	oui
FG2M1	Homme	1979	1979	Ville	oui
FG2M2	Homme	1982	1982	Semi rural	oui
FG2M3	Homme	1985	1985	Ville	oui
FG2M4	Homme	1990	1992	Semi rural	non
FG2M5	Femme	1990	2015	Semi rural	non
FG2M6	Homme	1997	2001	Semi rural	oui
FG2M7	Femme	2006	2007	Semi rural	non
FG2M8	Homme	2008	2015	Ville	oui
FG3M1	Homme	1981	1985	Semi rural	non
FG3M2	Femme	2011	2014	Semi rural	non
FG3M3	Femme	2014	2015	Semi rural	oui
FG3M4	Homme	1983	1985	Ville	non
FG3M5	Homme	1988	1988	Ville	non
FG3M6	Homme	2003	2014	Ville	non

7 femmes 11 hommes, total : 18 médecins

2) Généralités

En préambule nous avons demandé aux médecins quels moyens d'informations ils utilisent, et le nombre de patientes, annuellement, qui viennent pour une problématique de violences. Il s'agissait d'amener le sujet et de situer dans leur pratique de médecins généralistes cette problématique.

Les moyens d'informations utilisés par les médecins dans cette étude regroupent : la radio, la télévision, les revues médicales, internet : réseaux sociaux et émissions médicales.

Les médecins semblent positiver plutôt les émissions dédiées : « *Le point positif passe peut-être plus par des émissions pour le coup* », « *mais des émissions radiophoniques ou télévisées consacrées au problème de violence* ».

Les lieux d'écoute ou d'information sont hétéroclites, « *dans la voiture* », « *dans la salle de bain* », « *à la maison médicale* », « *aux urgences* ». On constate que les médecins en entendent parler un peu partout.

Les verbatims relatifs aux moments d'écoute couvrent aussi tous les champs « *le matin* », « *sur le temps du midi* ». Ils en entendent ainsi parler tout au long de la journée.

Le nombre de patientes vues par an ayant allégué des violences est en moyenne 1 à 2 par an, variant de 0 à 3, avec pour description « *ponctuel* » et « *pas très fréquent* ».

Les âges de ces patientes varient de 14 à 80 ans.

Le phénomène est connu des médecins, qui le considèrent comme quelque chose d'ancien « *parce que je pense que ce n'est pas nouveau* ». On note un caractère redondant au problème des violences faites aux femmes : « *quelque chose de tellement vieux* », « *mais c'est pas une nouvelle. C'est quelque chose avec quoi on a appris à vivre.* »

Les médecins interrogés sont confrontés à des patientes subissant différentes formes de violences :

- physiques (27 occurrences) : baffes, hématomes en lunettes, bleus, hématomes, blessures, ...
- psychologique (20 occurrences) : harcèlement, rabaissement, remarques « *du genre « tu vaux rien, t'es moche, tu t'es pas arrangée ».* »
- sexuelle (19 occurrences) : viols, attouchements, harcèlement sexuel
- meurtre/féminicide (2 occurrences)

Hormis 2 évocations, relatives au harcèlement de rue et au harcèlement au travail, tous les exemples relatant des violences de tout type sont relatifs au couple, les médecins considèrent surtout les violences conjugales, et assez peu les autres types de violences.

Les qualificatifs se rapportant à l'identité intrinsèque de l'agresseur vont de monsieur tout le monde au chef de service, montrant la prépondérance des violences dans tous les milieux :

- dans le monde de la médecine : « *franchement les internes de chir, bon...* », « *c'est le chirurgien* », « *parce que même chez les gens éduqués, enfin je veux dire même en médecine* », « *après on voit des exemples aussi de professeurs à la fac, en médecine* », « *le chef qui se permet, un chef vénéré par tout le monde* »
- dans le milieu familial « *chez le beau-père et sa mère, sachant que le prédateur était là* »
- les sectes « *avec un gourou* »

Les médecins ont l'impression que cela peut aussi bien être le mari aimable « *et c'était un gars, quand tu le voyais, il était assez gentil* », « *que le mari ne les bat plus parce qu'en fin de comptes il est gentil cet homme, toujours, il est toujours gentil* », que l'homme violent : « *qui est quelqu'un de violent* ».

Et ça peut être : « *est-ce que c'est monsieur tout le monde, banal ?* »

3) Les facteurs de risque

Les facteurs de risque rapportés par les médecins interrogés peuvent être divisés en catégories se rapportant à l'agresseur d'un côté, et à la victime de l'autre.

Ils peuvent être synthétisés dans un nuage de mot présentant visuellement ces différents facteurs de risque.

Apparaît alors la notion d'impunité : *« l'intérêt c'est que maintenant les gens se disent, qu'il y aura peut-être plus autant qu'impunité qu'on avait avant », « ils se disaient c'est bon, peinard, pas de souci », « politique, show-biz, intouchables quoi ».*

On retrouve également la notion de conjugopathie, de conflit dans le couple : *« d'agressions conjugales, au sein du couple », « dans un cadre de conjugopathies ».*

L'un des facteurs de risques retrouvé confère à l'ancienneté des violences : *« pas des gros cas de femmes battues depuis longtemps », « si c'est quelque chose qui dure depuis des années ».*

– Du côté de la victime, on retrouve des facteurs de risques :

- psychologiques : *« des patientes fragiles psychologiquement ».*
- obstétricaux, comme la grossesse : *« arrivait pas à tomber enceinte », « j'ai une patiente qui est également enceinte ».*
- isolées : les patientes retraitées sont aussi victimes : *« une dame, une retraitée ».*
- physiques : *des facteurs de risques relatifs à l'apparence des patientes : « elles ont eu des soucis parce qu'elles avaient une poitrine, elles étaient belles ».*

4) Les conséquences

En utilisant nos verbatims, nous retrouvons une photo instantanée des représentations des médecins généralistes sur les conséquences entraînées par le fait de mettre à jour ces violences, à la fois pour elles, mais aussi pour leur entourage.

enfant
entourage
patiente divorce
conséquences médecin
agresseur
décès
hospitalisation

a) les conséquences pour la patiente rapportées par les médecins interrogés sont :

- être obligée de quitter son domicile : « *qui est partie* », « *qui a déménagé* »
- de quitter son emploi : « *changement de travail, quelque chose qui a été lourd aussi humainement parlant* », « *sinon la carrière au CHU aurait été brisée* », « *et elles ont pas pu aller travailler* »
- d'après les médecins interrogés, cela peut aussi entraîner des conséquences sur la santé :
 - psychologiques : « *quand elles en dorment plus, ça les suit en permanence, qu'il y a une anxiété, un trouble anxio dépressif secondaire* », « *avec tout le traumatisme psychologique que ça implique, de perdre. Elle est passée pour une menteuse* », « *alors que celles avec qui il couche sont complètement déconsidérées, on se moque d'elles, et puis elles sont complètement détruites, ravagées* »
 - obstétricales : « *qu'il y a des jours où elle oublie qu'elle est enceinte, jusqu'à ce qu'elle prenne des coups de pieds en se rappelant qu'elle est enceinte* »
 - physiques : « *les violences sexuelles faites aux femmes créent de telles blessures* », « *peut-être de les sauver, pour pas qu'un jour il la balance dans l'escalier et qu'elle se*

fracture sévèrement quoi », « sans avoir eu vraiment des dégâts importants », « hospitalisées sous X pour ça »

- sexuelles : *« Au sens large, c'est à dire que sur les répercussions de la vie sexuelle »*

- mais aussi un isolement : *« avoir rompu le lien social »*
- quitter son mari implique, s'ils sont mariés, une procédure juridique : *« en instance de divorce », « mais là elle était dans tous les affres de l'instance de divorce, où ça se passe pas bien », « mais il faut pas s'immiscer dans le fait que c'est fini, que le couple est foutu ».*

b) pour certains des médecins interrogés, les répercussions de ces violences concernent également les enfants :

« les violences sur les enfants », « enfant qui est décédé »

c) les médecins pensent que l'entourage est également impacté :

Aussi bien parmi leurs amis : *« Sa copine qui était avec elle qui l'avait amené », qu'au sein de la famille : « le lien familial », « pour tout le monde, pour le couple, pour les enfants ».*

L'un des médecins rapporte : *« mais c'est une solution qui peut bouleverser tout quoi, ça va rompre, bon le couple, mais aussi les enfants, enfin tout quoi ».*

d) pour l'agresseur :

Un certain nombre mentionne également des conséquences pour l'agresseur, d'abord judiciaires, puis sur sa santé également, notamment psychologique :

« Qui a fini par le gars en prison pour 2 ans et interdit de revenir sur Fécamp »

« le fait que sa femme ait porté plainte, il a pété un câble, au niveau dépression il a fait une énorme dépression »

5) Obstacles au dépistage

La majorité des médecins rapporte des obstacles au dépistage de ces violences :



On retrouve ainsi des obstacles à la prise en charge impliquant la patiente, qui peut être dans le déni : *« mais qui était dans le déni », « soit si elles sont dans le déni et qu'elles ne veulent pas porter plainte ».*

Les médecins ont même l'impression qu'elles défendent leur agresseur : *« il est gentil comme tout ».*

Les médecins retrouvent une certaine dualité : *« parce qu'il y a un moment donné elles se disent « ben ouais, je l'ai peut-être aguchié, il y a un moment où il y a une dualité, c'est vrai ».*

On retrouve même une honte : *« Il y a ce sentiment de honte qui persiste dans la tête », « il y a une honte quelque part. Oui il y a une honte. »*

Voire même une culpabilité : *« parce que souvent les femmes elles se sentent coupables, il y a un sentiment de culpabilité, elles osent pas en parler »*

Ce contexte semblant selon les médecins entraîner une incapacité des patientes à se rendre compte de leur situation : *« je pense que passer un certain degré de maltraitance elles peuvent plus savoir »*

« Mais du coup c'est encore plus délicat, parce qu'elles se rendent pas compte que c'est ça qui les rend mal, donc c'est encore plus compliqué. »

Les justifications des lésions que les médecins constatent en consultation sont parfois douteuses : *« ah je suis tombée dans l'escalier »*

Si bien que lorsqu'ils posent la question, une majorité d'entre eux pense que la réponse n'incriminera pas le conjoint :

« la réponse sera obligatoirement « non, moi je vais bien il ne m'est jamais rien arrivé »

« on aura pas de réponse honnête en fait », « souvent c'est « je me suis cognée »

« au départ elle dit je suis tombée dans les escaliers ou je sais pas quoi »

« même si elles ont été agressées elles ne nous le diront pas »

Et quand ils les envoient vers la gendarmerie, ils craignent qu'elles n'y aillent pas :
« le problème c'est qu'elles y vont pas, elle va pas porter plainte »

Les médecins se demandent aussi ce qu'il en est de leur autonomie financière :
« mais comment elle se débrouille financièrement ? »

Une représentation commune à la plupart des médecins est celle de l'inaction, prépondérante dans cette problématique de violences qui commence par le silence des patientes :

« Ou alors parce que les femmes ne parlent pas encore », « Et les femmes n'en parlent pas. » « il y a des femmes qui ont du mal à sauter le pas »

« Et puis même j'ai encore des patientes quand il y a du harcèlement moral, c'est compliqué pour porter plainte »

« enfin même s'il y a une assistante sociale qui passe chez elle, si elle ne voulait pas la contacter, elle ne va rien lui dire, enfin, ça ne va pas marcher. »

De l'autre côté on retrouve des facteurs de risque relatifs aux médecins :

Les patientes n'abordent pas forcément spontanément le sujet :

« la difficulté c'est 1) de leur faire avouer qu'elles ont été battues, 2) de les amener à prendre une décision »

« Je pense qu'il y a beaucoup de femmes qui n'ont pas envie de s'exposer »

« je pense qu'il y a la pudeur aussi pour ces femmes-là »

Le sujet semble difficile à aborder par la plupart des médecins :

« c'est pas facile d'aborder les choses »

« quand elles viennent pas pour ça c'est difficile d'aborder le sujet »

L'un des médecins, maître de stage universitaire, s'est interrogé sur le fait qu'un interne présent en consultation pourrait être un frein possible, aucun autre médecin présent au cours de cette réunion ne l'a contredit, aucune réponse n'a donc été apportée à cette question.

Les médecins rapportent un autre obstacle, principalement en milieu rural : le fait de connaître la famille, le conjoint, et de les suivre :

« puisque vous connaissez les familles, sur plusieurs générations », « c'est parfois plus dur de s'annoncer à quelqu'un que tu connais bien, dans ce genre de choses »

« des fois est ce qu'il n'y a pas une barrière quand on s'occupe des deux ? »

« ils doivent se dire « ben oui mais ce médecin il suit l'autre personne du couple ? »

On retrouve également dans les obstacles au dépistage les installations récentes :

« je les connais pas encore »

« qu'à des jeunes femmes qui n'ont pas trop d'expérience »

C'est une situation qui est jugée difficile à gérer pour les certains médecins interrogés : *« c'est compliqué pour moi », « donc c'est compliqué quand même, c'est très compliqué », « oui, c'est pas simple du tout »*

Il s'agit selon les médecins d'une situation chronophage : *« mais ça demande du temps, faut que tu sois disponible, faut... »*

Les médecins généralistes qui reçoivent les patientes doutent parfois des informations qu'on leur apporte :

« d'ailleurs est-ce qu'on a la vraie vérité la dessus ? moi je crois pas »

« on a parfois aussi des femmes qui pourraient faire valoir certaines choses qui ne sont pas forcément vérifiables non plus »

« ça existe, moi on m'a demandé des certificats parfois, ou manifestement, j'avais des doutes »

« et nous en tant que médecin, pour faire la part des choses, il faudrait être dans l'intimité, des couples, ou d'un travail »

Certains d'entre eux semble douter aussi des informations dont ils entendent parler dans les médias : *« alors moi ce qui m'étonne c'est la valeur de l'information », « L'histoire de Polanski est-ce qu'il n'y a pas eu une manipulation médiatique aussi ? »*

D'autant que dans les médias beaucoup de femmes parlent sur la même plateforme, mais les patientes sont souvent seules face à leur agresseur : *« Quand c'est minoritaire, il y a une personne qui en parle » « t'en as peut-être une qui se fera bouler »*

Certains médecins sont réfractaires à l'idée de poser la question si le sujet n'est pas abordé par la patiente : *« enfin moi ces choses là je me sens pas en mesure de le dire » « on peut pas l'aborder aussi légèrement » « je me vois pas le faire » « si elle a pas envie de le dire »*

On retrouve notamment le risque de perdre la confiance du patient : *« de toutes façons tu vas tout perdre, parce que tu vas perdre ton patient, tu vas perdre la confiance » « tu vas plus pouvoir l'aider parce qu'elle va plus te consulter, si t'as rompu le lien c'est foutu, elle reviendra plus te voir, et le peu d'aide que tu pouvais apporter ce sera fini, ça c'est à prendre en compte, c'est clair »*

Une majorité des médecins met en cause l'insuffisance de leur formation médicale : *« parce que nous dans nos études on avait jamais entendu parler de ça » « ça n'a jamais été évoqué, peut-être les pervers en psychiatrie, des choses comme ça » « c'est pas pour ça qu'on est plus formé sur le sujet, c'est un thème qui est pas du tout abordé » « on a eu quelques cours de entre guillemets « de médecine légale » » « Mais c'est tout quoi. Mais quelles sont les institutions qui existent, les associations de patients, enfin de victimes... »*

Les médecins se sentent mis en cause, leur silence notamment :

« on a l'impression qu'on cache aussi ce qu'on sait des violences conjugales »
« qu'on sait pas les prendre, ben si, si quelqu'un a une souffrance physique ou psychologique »
« il n'y a pas un médecin qui a été mis en cause récemment ? »
« bientôt on va entendre dire que les médecins généralistes font pas leur boulot non plus ? si on l'entend pas déjà en fait... »

On note chez eux une peur de la judiciarisation : *« les médecins généralistes on a aussi cette idée de judiciarisation de notre démarche »*
« peur qu'on se retourne contre nous »
« parce que au contraire on peut se protéger en ne faisant pas plus »

Car cette situation est risquée pour le médecin :

« moi ce que j'ai entendu par contre c'est que le médecin traitant peut être embêté »
« donc au niveau de la maltraitance, on peut être responsabilisé de ne pas signaler quelque chose qui nous a paru grave »
« on risque de se faire tomber dessus s'il y a décès, et on va être accusé de complicité, ou de malveillance »
« ou non assistance à personne en danger, en fait on sera au banc des accusés automatiquement. »

Avec un système judiciaire en lequel les patientes et les médecins n'ont pas grande foi, les médecins ne semblent pas enclins à dépister plus les violences :

« plainte qui n'a pas été reçue, ou elle n'a pas été prise au sérieux, et donc il n'y a peut-être pas que nous comme acteurs »
« - toutes les lois existent
- oui mais elles défendent pas tellement les patientes »
« moi j'en ai une qui a réussi à aller jusqu'en justice, qui a porté plainte, elle a perdu »
« Le scandale c'est surtout qu'il a été libéré, il a fait que 10 ans de taule. Et il est sorti, donc la vie vaut 10 ans selon le juge »

Cela semble entraîner chez certains un certain découragement :

« et qui se fait bouler, ça décourage tout le monde »

Cela peut même pour certains médecins les blaser : *« C'est presque banalisé finalement dans notre secteur de travail », « si bien que moi ça ne m'a pas choqué d'apprendre qu'il y a ce type de comportement »*
« est-ce que nous ça nous rend pas plus pessimiste sur ce qu'il est possible de faire »
« et donc du coup quand on a une patiente face à nous est ce qu'on baisse pas un peu les bras »

Et on retrouve même un certain sentiment d'impuissance :

« j'ai l'impression qu'on avance pas »

« pour certaines c'est perdu d'avance »

Ils se demandent comment sortir les patientes de leur environnement :

« sauf que les femmes sont dans le même cercle de problème, comment je fais pour partir de chez moi, pour être aidée ? »

6) Rôle du médecin

On peut alors se poser la question du rôle du médecin dans le dépistage des violences faites aux femmes. Un petit tour d'horizon grâce à l'image suivante nous donne une idée de ce que les médecins généralistes que nous avons interrogés peuvent penser de leur rôle :



L'une des premières demandes des patientes est la rédaction de certificats médicaux descriptifs, il semble que cela soit un rôle prépondérant dans la prise en charge : « *un certificat médical* », « *des certificats descriptifs* », « *on propose de faire des certificats* ».

Le deuxième rôle consistant selon eux à les orienter vers des associations ou une assistance sociale : « *je leur donne des coordonnées d'associations* », « *de donner des numéros d'association* », « *il existe des associations aux femmes battues* », « *et de l'assistante sociale* »

On retrouve également pour beaucoup de médecin un rôle de conseiller :

« *la femme qui va être violentée, on va lui conseiller d'aller plus loin que simplement aller voir un médecin* »

« *je lui avais conseillé à plusieurs reprises de porter plainte* »

« *je leur conseille quand même toujours d'arrêter leur relation* »

« *ça changera jamais, faut vous extraire, je leur donne des conseils, de partir.* »

« *surtout si c'est judiciairisé, après on peut donner des conseils effectivement.* »

A travers les consultations et les conseils, les médecins tentent de faire prendre conscience aux victimes que la situation est dangereuse pour elles :

« moi mon sentiment c'est qu'en tant que médecin on doit vraiment quand même faire prendre conscience à la personne qu'elle est victime »

« que c'est pas normal, qu'il faut faire quelque chose, il faut que ça s'arrête »

« de les envoyer pour éventuellement avoir un autre avis, et de leur faire un peu revoir les choses avec un œil différent »

« déjà qu'elles prennent conscience que c'est pas elles les responsables »

L'abord de ce sujet semble plus facile aux médecins quand ils connaissent les patientes depuis plusieurs années :

« je dirais plus que c'est avec le temps »

« nos patientes en les connaissant au bout d'un certain nombre d'années d'installation avec le temps et avec la confiance elles commencent à en parler »

« une patiente que je suivais quand même depuis quelques années »

Ils semblent avoir pour beaucoup une relation médecin-patient installée, de qualité :

« avec une relation de confiance »

« je pense qu'elle le dira plus dans un cadre de relation de confiance »

La question que semblent se poser les médecins reste celle du bon moment pour aborder le sujet :

« des fois ça va être le moment ou la patiente va nous parler de ça »

« je pense qu'elle avait besoin de nous en parler à ce moment-là »

« après il y a toujours la question du moment »

« on peut peut-être poser la question et 6 semaines après »

On retrouve selon eux, parfois, un élément déclencheur :

– cela peut être une phrase, une question du médecin :

« je lui dis « ah vous vous êtes cognée au niveau de la tête »

« je lui dis « vous vous êtes fait quoi ? » et je me dis ça peut peut-être des fois amener.... »

« Et des fois ça va dépendre, on va prononcer certaines paroles »

« parfois c'est juste reprendre une phrase, parfois ça tient à pas grand-chose. »

« c'était même pas une perche »

« moi quand j'examine les femmes, souvent je fais déshabiller tout le monde, même une angine en général, et je demande, quand il y a un bleu, je demande, « qu'est-ce que vous avez fait ? »

– ou une majoration des violences, ou une diminution de la tolérance des patientes :

« ou elles ont plus peur que d'habitude »

« mais pour une raison lambda, une fragilité psychique à un moment, elles vont en parler »

« c'est parce qu'il y a eu quelque chose qui fait qu'elles sont obligées de venir en parler »

– Le déclencheur est parfois un tiers, comme les enfants du couple :

« et c'est leurs enfants vers 12 ans, 13 ans qui disent mais maman, tu peux pas rester, faut que tu t'en ailles »

« c'est ses gamins qui la poussent à partir parce que c'est l'enfer à la maison »

– Ou c'est la gendarmerie qui leur demande de venir pour un certificat :

« poussées par la gendarmerie »

« puis je lui dis : faites enregistrer à la gendarmerie puis faut monter le dossier »

on parlait des coups et blessures tout à l'heure, c'est souvent l'inverse, souvent c'est la gendarmerie qui dit « allez voir votre médecin » .

« nous on doit faire un certificat de ce qu'on constate, après c'est à la police et à la justice de faire l'enquête »

Se pose alors la question de la plainte, qui ne peut être posée que par la patiente pour l'instant selon la législation actuelle : *« qui avait décidé de porter plainte »*

« moi souvent les femmes que j'ai vu en consultation elles avaient déjà porté plainte »

« La démarche était déjà faite »

« non. J'ai fait des certificats de coup et blessures mais la plainte était déjà portée »

Cette plainte peut servir pour certains de nouveau départ, pour que les violences ne se reproduisent plus, pouvant amener par exemple à une obligation de soins par le conjoint :

« oui tu veux dire que la plainte de toutes façons elle sert de barrière »

« il a franchit cette barrière et il la franchit plus, et à ce moment là ça remet peut-être les choses en place »

« après c'est peut-être aussi un déclencheur pour se rendre compte qu'il lui fait du mal »

« peut-être que c'est quelque chose qui va l'amener à se prendre en charge, d'avoir eu une plainte officielle »

Cependant, les patientes en parlent parfois à leur médecin des années plus tard :

« les femmes commencent à parler d'un vécu qu'elles ont pu avoir dans l'adolescence »,

« elles vont relater des faits, qui remontent soit à l'enfance »

« soit à leur période de vie de couple », « même 30 ou 40 ou 50 ans après »

« mais qu'à l'heure d'aujourd'hui la problématique est résolue »

C'est semble-t-il ce qui amène la majorité des médecins à se questionner quant à l'hypothèse d'un dépistage actif, un questionnement sur des violences subies au cours de la vie de la patiente :

« quand il y a des campagnes d'information sur le dépistage, là ça s'aborde assez facilement, le cancer du colon, du sein, les frottis, mais je ne me vois pas l'aborder à titre systématique, comme on peut aborder les autres dépistages »

« après c'est comme les questionnaires pour le tabagisme, l'alcoolisme »

« est ce que vous subissez des violences à la maison ou au travail ? »

La question pourrait alors, selon certains d'entre eux, être posée aux hommes comme aux femmes, comme tout dépistage :

« après la question peut se poser sans sexe, est-ce que quelqu'un a été victime de harcèlement, de violence »

« qui préconisent de poser systématiquement la question à toutes les femmes qu'elles voient en consultation »

« est-ce que vous avez déjà été victime de violences ? »

Les médecins pourraient ainsi se préparer à aborder une consultation difficile en cas de positivité de la réponse :

« après il faut aussi se préparer quand on pose la question »

« faut être prêt à accueillir, à écouter, à essayer de trouver des solutions avec elle... »

Il apparaît que poser cette question peut modifier la relation entretenue jusque là avec la patiente :

« *ça peut aussi induire une modification de la relation médecin-patient* »

7) Influence des médias

Nous avons ensuite abordé avec les médecins rassemblés la question de l'influence réelle des médias et notamment de la présence des violences faites aux femmes sur la plupart des médias écoutés et vus par les médecins : nous retrouvons dans le nuage de mots suivant la plupart des effets ressentis par les médecins, détaillés par la suite :



On a selon eux, d'un côté des effets plutôt positifs :

– Une visibilité :

« *comme on en entendait pas parler, c'est pas que ça existait pas, je pense que c'était pas visible* », « *mais c'était pas visible comme ça* »

« et puis ils se sont aperçus que c'était toutes les professions »

« Je pense qu'aujourd'hui, l'intérêt c'est que ça donne une visibilité un peu immédiate »

« pas mal de scandales sont sortis, le scandale #metoo, et balancetonporc, et c'est bien je dirais. »

– On en parle :

« mais ça a au moins le mérite d'en faire parler, de crever un peu l'abcès »

« c'est mondial, on en entend davantage parler »

« qui a fait exploser quelque chose au niveau des informations, on en a beaucoup parlé »

– On montre du doigt des comportements qui ne devraient pas être :

« de montrer qu'il y a des choses qu'on ne devrait pas faire, qui sont admises »

« je pense que ça a quand même le bénéfice de remettre les choses à plat »

– Une sensibilisation de l'opinion publique :

« ça nous sensibilise sans doute davantage »

« peut-être une prise de conscience pour les personnes non concernées que ça existe »

– Un effet de masse qui donne du poids aux plaignantes :

« après quand t'as un effet un peu plus de masse »

« avec plusieurs personnes qui portent plainte »

« mais t'en a peut-être deux qui vont gagner le procès »

« ça va peut-être avoir un effet boule de neige »

Poussant les médecins à se rendre compte que le phénomène est très présent :

« et là on est passés de notre cabinet individuel à metoo, donc mondial »

Ce phénomène peut selon certains médecins pousser les patientes à sortir de leur silence : *« en dehors de nos positions, je pense que c'est bien que ce soit médiatisé, parce que ça peut peut-être pousser certaines femmes à en parler »*

« si elles entendent parler par les médias, elles peuvent apprendre »

Avec derrière, un espoir de libération de la parole :

« avec une libération de la parole »

« avec la médiatisation balance ton porc, que ça ait changé beaucoup niveau libération de paroles de la femme »

« c'est quelque chose qui va émerger un peu plus, parce que la parole va se libérer »

Et surtout l'espoir d'éviter d'en arriver aux féminicides que les médias comptent avec tant de diligence : « donc l'intérêt des médias c'est justement que ce soit découvert à ce moment-là »

Et peut-être l'hypothèse que la justice développe de nouvelles procédures afin d'éviter ces féminicides : « après c'est peut-être un peu brouillon au niveau de la façon de le médiatiser et de le valoriser »

« il y ait des choses plus mûries, plus carrées, moins le bazar »

Ce phénomène est néanmoins resté « sur la toile » dans beaucoup de cas :

« ça reste anonyme », « du fait de l'anonymat »

« C'est resté sur internet », « parce que c'est resté dans les médias »

« c'est resté dans le cercle fermé des réseaux sociaux »

Pour beaucoup de médecins la présence dans les médias d'informations à propos des violences faites aux femmes n'a eu aucun effet :

– Les patientes n'en ont pas plus parlé :

« pas vraiment non plus, pas plus avant qu'après »

« je n'ai pas eu plus de patientes qui m'en ont parlé après. »

« moi j'ai pas eu par rapport à metoo ou balance ton porc moi j'ai pas eu de retour en tant que médecin »

– La plupart des médecins n'ont pas ressenti de changement :

« enfin dans la pratique de tous les jours ça change pas grand chose, pour moi. »

« je n'ai pas eu l'impression qu'il y ait eu un effet »

« je pense pas que ça ait changé grand chose, a priori »

« mais ça n'a pas changé grand chose. »

« pour notre ressenti ça ne change rien. »

– Leur regard ne semble pas avoir changé :

« moi c'est pareil ça n'a pas changé grand chose, concernant mon regard là dessus. »

« moi ça n'a pas changé non, ça ne m'a pas influencé »

« je n'ai pas eu l'impression que ça ait changé suite à ce qu'il s'est passé dans les médias »

« pour moi ça n'a pas changé grand-chose. »

– Leur pratique n'aurait pas changé non plus :

« moi personnellement la médiatisation elle change rien à ma façon de faire. »

– Et cela n'aurait pas d'effet sur les nombres d'agressions :

« mais en termes de diminution des actes c'est pas certain que ça ait un gros impact. »

Donc au final pour eux :

« c'est plutôt un bruit de fond, finalement. »

« est ce que le fait que ça soit très médiatisé là ces temps-ci ça change quelque chose ? apparemment ça n'a rien changé puisqu'il y 'en a toujours autant. »

« alors est-ce qu'on est plus conscients aujourd'hui, je sais pas »

On peut même voir apparaître des effets négatifs :

– Certains médecins sont mal à l'aise :

« je sais pas je suis très mal à l'aise avec ce genre de dénonciation »

« par contre très dubitatif sur cette façon de dénonciation médiatique, sur notre société en général, qui « balance ton porc »

– On risque selon eux un effet pendule, et des accusations non fondées :

« et puis qu'une fois qu'il y aura eu la vague un peu de mode, passée, après va y avoir des dérives »

« moi je pense que c'est un peu un double impact »

« qui fait que il y a eu des excès d'un côté mais qu'on peut après avoir une période où il peut y avoir des excès dans l'autre sens »

Les médias sont accusés de ne faire ressortir que les pires histoires, pour attirer le spectateur :

« alors dans les médias est – ce qu'ils n'ont pas tendance à ne mettre plutôt que celles qui se terminent mal ? »

« ben oui parce qu'ils cherchent le sensationnel. »

« donc en fait c'est les médias qui permettent de vulgariser cette notion »

« devant toute la presse, maintenant qui se jette sur tout ce qui bouge, dans les faits divers.... »

Avec l'hypothèse d'un effet de mode :

« les médias sont grossissants, sur un sujet qui est vraiment très médiatique »

« qui existe mais qui est à la mode entre guillemets »

Une chose est sûre, les médecins en entendent beaucoup parler :

« et on en parle beaucoup à la radio », « on entend que ça »

« Bah moi ça a été reçu, de partout, c'est vrai qu'on reçoit énormément sur ce sujet, on subit vraiment. »

« c'est vrai que c'est plutôt reçu, on n'a pas à chercher. »

« c'est un énième rebondissement, c'est un sujet dont on entend parler depuis toujours, qui ressort régulièrement »

8) Hypothèses et évolution envisagées

Semble apparaître une remise en question des médecins :

« c'est une question qui se pose », « qu'est-ce que nous on peut faire ? »

« est-ce qu'on doit les dénoncer », « ou est-ce qu'il faut aller trop loin »

A alors été évoquée, dans l'un des entretiens, la rupture du secret médical pour protéger les femmes victimes de violences :

« mais comment ça se passe pour les femmes battues, justement on nous avait dit, il faudrait que les médecins dénoncent, mais on en est pas là. »

« Parce que justement on parlait des médecins, on voulait lever le secret professionnel »

Les médecins présents ne semblaient pas favorables à une rupture du secret médical telle que possible pour les enfants :

« il y a plein d'autres situations où elles mettent en danger leur vie, et on est pas obligés de les déclarer et de les faire soigner »

« elles sont majeures quand même, quoi »

Selon les médecins en question l'Ordre serait contre la levée du secret médical, il nous protège : *« la levée du secret médical l'ordre des médecins est contre en tous cas »*

« Tandis que là on est retranchés derrière le secret médical qui nous protège »

Le risque étant d'être attaqué en justice en cas de dénonciation contre l'avis de la patiente : *« faudrait qu'on puisse nous laisser faire mais sans qu'il n'y ait aucun risque qu'on se prenne une plainte au retour. »*

« il n'y a pas de loi là dessus »

Car en cas de levée du secret médical, nous serions attaqués en ayant dénoncé ces violences : *« c'est pas tellement en cas de levée, c'est en cas de non levée du secret médical où le médecin va être attaqué »*

Le principe restant de dénoncer l'agresseur à la place de la patiente :

« je sais pas si c'est bien de le faire ou pas bien »

« ça revient finalement à prendre la main et à faire à la place des gens qui veulent pas forcément faire »

« mais de dire « bouger pas je vais le faire à votre place »... »

Il existe déjà des cas autorisés à la levée du secret médical, pour les mineurs et les personnes handicapées, la question est donc de savoir si la patiente est en capacité de se protéger : *« je sais que les gens victimes de violences n'ont pas d'altération de l'état de réflexion même si... », « enfin ils n'ont pas d'altération de la conscience ».*

Les médecins auront besoin d'une grande clarté si le secret médical devait être levé : *« Tant que c'est pas bien clarifié, quel est le rôle du médecin généraliste dans cette situation-là », « tant que c'est pas plus encadré, pas protocolisé mais qu'on ait une démarche bien claire ».*

9) Changement de société

Les médecins interrogés trouvent que la société à changé :

« - alors ça c'est ça m'embête une société ou le titi parisien ne sifflerait pas une jolie fille en étant admiratif.

- moi j'ai jamais sifflé une fille mais...je vois le titi parisien qui voit une jolie fille...

- dans les années 60 elle aurait sourit, voilà. Maintenant c'est harceler. Et ça ça me choque.

- oui mais pourquoi les femmes des années 60 trouvaient ça...

- ben je sais pas, peut-être qu'à l'époque c'était différent, elles avaient une conception...

- c'était sûrement vu autrement, c'était une autre mentalité à l'époque. »

Mais doit encore évoluer :

« je pense que pour ces problèmes là comme metoo c'est plus un changement de société profond »

« quand on voit ce que ça donne actuellement, enfin voilà, il faut que la société change en fait. »

« effectivement, c'est sociétal, judiciaire, etc, c'est pas ... pour faire arrêter les sifflements dans la rue etc... »

« et puis peut-être de plus prendre en considération la femme »

10) Du côté des hommes

Les violences sont statistiquement moins fréquentes, mais présentes chez les hommes.

Ces violences sont souvent évoquées comme bilatérales :

« mais c'est pas, je dirais qu'au pire c'est bilatéral, mais c'est jamais unilatéral »

« au pire ça va être un petit peu à jeu égal »

« c'est-à-dire que Mme était également violente envers son conjoint, donc je pense que c'était mixte »

Probablement moins connues encore que les violences faites aux femmes :

« ils doivent avoir tellement honte de le dire que... »

Parfois les hommes arrivent à changer :

« quand on le voit maintenant, c'est un mec qui est plus du tout le même homme quoi, il re travaille, il fait des trucs, plein de choses, il est transformé ce mec là »

« Après par chance le type va mieux, il était toujours avec sa conjointe, s'ils sont heureux tant mieux »

Ces exemples d'amélioration de la situation du couple posent la question de la systématisation de la plainte et de la judiciarisation :

« et le côté systématique, culpabiliser le mari absolument, ça paraît logique »

« c'est ce qui doit être, mais ça mérite nuance parfois quand même »

« mais il faut garder un esprit critique vis à vis de ça à mon sens »

« et ça, je me dis, ça aurait été presque dommage que sa femme aille au bout de sa démarche quoi »



IV Discussion

1) L'intérêt de cette étude

La thématique des violences faites aux femmes a gagné en visibilité au cours des dernières années, avec une accélération de ce phénomène depuis trois ans. Celle-ci s'est développée de plusieurs façons, avec les campagnes gouvernementales d'informations depuis 1989, mais surtout avec une libération de la parole sur les réseaux sociaux, ce qui a entraîné une meilleure couverture médiatique.

Cette libération de la parole a permis une prise de conscience sur ces violences dans leur caractère spécifique, que ce soit pour celles qui en sont victimes, qui ont pu se reconnaître, voir qu'elles n'étaient pas isolées dans cette situation, mais aussi auprès de l'ensemble de la population.

Le développement sur internet de la libération de la parole sur le sexisme et des violences qu'il entraîne, rencontre un écho médiatique de plus en plus important et permet d'intégrer la voix de militantes au sein de la sphère politique et législative (18).

Le mouvement « *#MeToo* » lancé à l'origine en 2007 aux Etats Unis a connu un rebond en octobre 2017 avec l'affaire Weinstein. L'actrice Alyssa Milano proposant de reprendre ce symbole pour parler des violences sexuelles et de la violence contre les femmes dans différents milieux. En écho, en France, le 17 octobre 2017, la journaliste Sandra Muller, propose sur Twitter, *#balancetonporc* qui est repris 200 000 fois en quelques jours (19)

Cette diffusion virale entraîne une hausse des plaintes pour violences faites aux femmes en 2018 et permet l'émergence d'une plateforme dédiée pour pouvoir porter plainte. (20)

Grâce à cet ensemble, plusieurs points positifs sont apparus, une meilleure prise de conscience personnelle par des victimes sur ce qu'elles subissent, couplée à un

regard plus attentif pour les différentes instances professionnelles amenées à intervenir dans ces cas. Le phénomène ne peut plus être caché ou ignoré.

Il y a aussi, chez les personnes dont la charge serait d'accueillir cette parole la difficulté de dépasser son propre vécu que ce soit en tant que victime ou en tant qu'auteur de violences sexistes.

La pratique de la médecine générale est directement confrontée à ce phénomène, en amont et en aval.

Les médecins généralistes sont sollicités par les services de polices pour établir des certificats médicaux d'ITT pour soutenir une plainte, mais sont aussi en première ligne dans la détection de ces violences.

Le gain de visibilité dans les médias sur les violences faites aux femmes a-t-il eu une influence sur notre pratique de la médecine générale ? L'objectif de cette étude était de le déterminer et de l'analyser.

De façon contre-intuitive, les premières déclarations au cours des entretiens ont montré que ce gain de visibilité n'aurait pas apporté de changements dans les pratiques de la médecine générale. Ce résultat n'était pas attendu. Parvenus au troisième entretien, il est apparu que cette tendance se confirmait, avec une absence de changement de pratique, et un ressenti neutre à négatif envers cette essor médiatique.

Ce supplément d'information est subi et non désiré pour certains. Cette exposition médiatique les met même mal à l'aise. Ce sentiment de gêne provient de facteurs divers, professionnel mais aussi personnel.

Certains médecins ont déclaré que cette visibilité pourrait amener dans le futur les femmes victimes à ne plus se sentir seules, isolées, et à mieux identifier le danger de leur situation, pouvant entraîner une prise de conscience et une demande de prise en charge.

On notera également de façon inattendue que le nombre de patientes victimes de violences vues en consultation, par an, n'aurait pas augmenté suite aux différentes affaires publiées dans les médias, malgré une augmentation des signalements et des dépôts de plaintes dans les gendarmeries.

2) Synthèse des résultats et explication du sens général

a) A propos des types de violences

Parvenus au troisième groupe de médecins, il est apparu que, dans l'ensemble, la notion de violence faite aux femmes se réduisait aux violences conjugales, particulièrement les violences physiques.

On retrouve souvent le principe de conjugopathies, avec un aboutissement du conflit à des coups, entraînant des ecchymoses, des fractures, et certains mentionnent l'issue fatale que peuvent avoir ces conflits.

Cette vision restrictive exclut d'emblée les violences commises par d'autres personnes que le conjoint, dans la sphère familiale, mais aussi les violences subies sur les lieux de travail, de socialisation ou dans la sphère publique.

La focalisation sur la violence physique occulte alors la prise en compte des violences psychologiques, économiques ou morales, qui sont plus difficiles à mettre en évidence.

La violence envers les femmes inclut une notion de domination qui est bien souvent peu évoquée par les médecins. Le cycle de la violence est destiné à se répéter parce que les femmes victimes sont dépendantes économiquement, parfois administrativement, n'ayant pas leurs papiers d'identité, ou de santé, et ne peuvent pas consulter sans leur conjoint. L'isolement de la victime est un phénomène habituel dans ces cas de violences répétées.

Cette focalisation sur les conséquences traumatiques visibles peut expliquer la faible fréquence de violences retrouvées par les médecins en consultation, les médecins détectent parfois les fragilités psychologiques, mais elles ne sont pas associées spécifiquement à des violences faites aux femmes.

En effet, une large majorité des verbatims relatifs aux types de violences identifiées par les médecins sont physiques, on a pu en extraire 27, ou sexuelles, avec 19 occurrences.

Il s'agit de violences visibles, amenant des symptômes et des motifs de consultation plus facilement identifiables par les médecins.

b) A propos des interlocuteurs des violences

Une autre possibilité est que les femmes victimes de violence choisissent de ne pas en parler à leur médecin généraliste et s'orientent vers une autre personne qui leur apparaîtra plus apte ou dont elles se sentent plus proche dans leur situation. Cela peut être leur gynécologue ou leur sage-femme, qui de par leur spécialité, notamment dans le cadre de violences sexuelles où leur champ d'expertise et leur proximité avec le plus intime apparaîtra plus rassurant et peut être plus à même d'apporter une solution, ou au moins une écoute compréhensive. De plus, contrairement à un médecin généraliste qui suit souvent l'ensemble de la famille, auteur des violences compris, les spécialistes ne suivent généralement que la victime.

L'HAS a émis une recommandation de bonne pratique le 11 décembre 2020 dans ce sens, mentionnant que le repérage des femmes victimes de violences s'adresse à tous les professionnels de santé : médecin généraliste, médecin urgentiste, pédiatre, gynécologue médical, gynécologue obstétricien, psychiatre, médecin du travail, sage-femme, infirmier(e) des urgences et libéral(e), infirmier(e) puériculteur(trice), chirurgien-dentiste, masseur kinésithérapeute. (21)

c) A propos du rôle du médecin

Les médecins interrogés ressentent avant tout leur rôle comme étant principalement d'être disponible à l'écoute, de conseiller et d'être en mesure de rédiger des certificats médicaux pour soutenir d'éventuelles actions de la part de leurs patientes.

Peu de patientes feraient spontanément part des violences qu'elles subissent et cherchent souvent à les dissimuler, à les minorer ou à les relativiser.

Les médecins eux semblent se sentir démunis dans ces situations. Au faible nombre de recours juridique disponibles, auxquels s'ajoutent les situations particulières (quand le conjoint violent est lui-même membre des forces de l'ordre, quand il est l'employeur de la victime...), s'ajoutent le manque de réponses concrètes et rapides concernant la mise en sécurité indispensable dans les cas graves.

d) A propos du secret médical

La loi adoptée le 30 juillet 2020 qui s'intitule « Loi visant à protéger les victimes

de violences conjugales » (22) était en cours de débat lors des différents entretiens.

Cette loi comporte comme mesure la possibilité de déroger au secret médical, ce qui est désormais possible, mais non obligatoire, dans le cadre de violences, à conditions que trois conditions cumulatives soient atteintes, sur le danger immédiat, sur l'impossibilité pour la victime de se protéger en raison de la contrainte morale et de l'emprise exercées par le conjoint et sur la sollicitation de l'accord de la victime. (23)

Lors des entretiens l'idée de rupture du secret médical pour protéger les patientes « *contre leur gré* », ne rencontrait pas l'adhésion des médecins concernés qui se considéraient comme protégés par le secret médical, comme un rempart.

L'absolu du secret médical étant un bouclier contre le risque de voir leur responsabilité engagée pour un diagnostic sociétal et psychologique qui n'est pas de leur ressort, mais également un des fondements majeurs de la relation de confiance entre médecin et patiente, comment espérer la confession d'une personne sous emprise psychologique et/ou économique face aux violences qu'elle subit si les médecins ne peuvent garantir la confidentialité de ces révélations ?

e) A propos de l'influence des médias

L'influence des médias est encore récente et reste principalement circonscrite au cercle des médias. Le phénomène semble lointain et sans impact sur notre pratique quotidienne. Des faits sont régulièrement mis en avant, mais ce sont généralement les plus spectaculaires, ceux servant un agenda politique et ceux concernant des célébrités. Ils semblent trop éloignés de la vie quotidienne des patientes rencontrées et ne font donc pas spontanément écho.

Il y a même un effet défavorable, le peu de succès juridique des recours déposés par des célébrités médiatiques, les conséquences pénales limitées pour les accusés, l'impossibilité d'aller jusqu'au bout en justice, la requalification réductrice des faits pour alléger le processus judiciaire... et le soutien sans faille que peuvent recevoir certains accusés, la minimisation des faits ainsi que le dénigrement violent que reçoivent les victimes... si « elles », qui ont de la présence médiatiques, des soutiens forts et des moyens matériels assurés n'arrivent pas à résoudre leur situation et à faire condamner leurs agresseurs, comment une femme seule, isolée, sans assistance et parfois précaire y parviendrait-elle ? Quelles solutions lui proposer quand le système ne semble pas fonctionner ?

L'un des médecins interrogés rappelait que « *toutes les lois sont là* », et sa consoeur lui a rétorqué immédiatement que ces lois ne défendaient pas forcément les patientes.

L'une des pistes récentes d'amélioration de la prise en charge des violences faites aux femmes est la formation des personnels recueillant les plaintes, cela pourra avoir un impact sur la confiance dans le système judiciaire.

Les attentes médiatiques sur la prise en compte des violences faites aux femmes dans le cadre de la médecine générale se heurtent aux difficultés rencontrées pour poser un diagnostic effectif d'une situation, à la déconnexion entre le rendu des médias et la vie quotidienne d'un cabinet médical, au peu de réponses judiciaires et sociales qui peuvent être proposées et à leur peu d'efficacité visible.

3) Comparaison avec la littérature

La faible fréquence en consultation est corrélée avec d'autres études récentes, (24) (25).

Comme dans d'autres travaux, il ne semble pas que les médecins que nous avons interrogés soient favorables à un dépistage actif des violences. Amélie Boismain, Marie Gaudin (12) relevaient les freins, notamment les freins au dépistage systématique, jugé intrusif, dégradant, sans intérêt, et fastidieux, confirmé par Mathilde Pantaléon en 2013 (26).

Nous avons retrouvé des obstacles au dépistage communs à d'autres études, des freins matériels tels que le manque de temps, le motif de consultation, l'insuffisance de formation, et des freins émotionnels, incluant le déni et l'ambivalence, retrouvés également dans nos entretiens. On retrouve aussi le manque de recours, l'inefficacité des recours judiciaires notamment. (12)

L'un des obstacles, cité par certains médecins femmes, a trait à leur vécu de leurs études de médecine, que je n'ai retrouvé dans aucune étude lors de la recherche bibliographique, mais qui semble avoir été exploré récemment par Sara Eudeline et Amélie Jouault, ayant soutenu leur thèse le 22 octobre 2020.

Au cours de leurs stages à l'hôpital, l'abus de comportements toxiques, notamment les faits de violences ou de harcèlement sexuels (27) (28), qu'ils soient le fait directement de personnes plus haut placées hiérarchiquement, ou que ces

personnes en responsabilité n'interviennent pas lorsque des témoignages de violences subies leur sont rapportées, balayant discrètement ces plaintes en les minimisant voire en les justifiant, ont un impact sur le vécu des étudiantes qui une fois diplômées essaieront de se protéger elles-mêmes de leur passé de violence en refusant d'entendre de nouveau le récit de violence du même type et parce que ces comportements leur paraissent banalisés.

Il semble que nos études n'échappent pas à ce rapport de pouvoir, et aux déviances qu'il entraîne.

4) Limites

S'agissant d'entretiens avec des médecins, se pose la question du biais de mémoire, puisque nous nous sommes basés sur les souvenirs des médecins. Cependant tous les participants étaient toujours en exercice, ayant donc des expériences récentes à relater pour la plupart.

On a également une limite d'investigation, car les animateurs des focus groups et le chercheur sont différents. Le chercheur étant chargé de la retranscription des focus group il était plus facile de débiter cette retranscription en notant qui parlait à quel moment, cela ne pouvant pas être compatible avec l'animation des entretiens.

On peut également retrouver une limite liée à l'organisation, lors du second entretien, l'animateur était différent du premier et du troisième, cela étant lié au groupe en question, habitué à réaliser des groupes qualité, une étude de pratique entre pairs, auquel j'ai pu assister, la qualité de l'animateur et ses connaissances de ses pairs nous ont poussées à conserver cette dynamique de groupe existante.

On peut retrouver une limite d'interprétation car un seul chercheur a analysé les focus group, en essayant d'appliquer les principes de triangulation pour limiter cet effet, avec un contrôle secondaire des codages par le directeur de thèse.

La méthode des focus group conseillant des groupes réduits, de 6 à 8 médecins, et la retranscription étant un processus long, nous avons un échantillonnage faible, pour des raisons de faisabilité, nous n'avons pu en réunir que trois. Nous sommes cependant arrivés à suffisance des données au bout du troisième groupe de médecins.

Enfin on peut mentionner un biais de recrutement, notamment peut être leur rapport aux médias, les médecins de grands centre urbains, notamment parisiens, ont peut-être plus recours à Twitter, et autres plateformes de réseaux sociaux en tant que source d'information locales et directes et comme moyen de communication plus adapté à leur mode de vie.

L'usage des réseaux sociaux et de leur utilisation en tant que sources d'information n'a pas été particulièrement exploré lors des entretiens, pourtant twitter sert de plus en plus de caisse de résonance aux faits de sociétés, que ce soit #metoo, la dénonciation de certains comportements sur les violences médicales #payetablouse et même jusqu'à interpeller efficacement la ministre de la santé. (29)

Mon intérêt pour cette étude concernait cependant les médecins de Haute-Normandie, et nous avons un échantillonnage varié concernant les lieux d'installations, et les âges des médecins participants.

5) Perspectives d'avenir

Au cours des différents entretiens, a été plusieurs fois mentionnée l'hypothèse de la levée du secret médical dans les situations mettant en danger la patiente, si la patiente était réticente à porter plainte et se mettre en sécurité.

Après la validation parlementaire, l'Ordre des médecins a publié le 14 octobre 2020 : « Après avoir pleinement pris part au Grenelle contre les violences conjugales, puis avoir soutenu la possibilité pour les médecins d'émettre un signalement au Procureur sans accord de la victime, dans certaines circonstances strictement encadrées par la loi, le Conseil national de l'Ordre des médecins publie,

avec le ministère de la Justice et la Haute Autorité de Santé, un vade-mecum pour accompagner les soignants dans la mise en œuvre de cette nouvelle disposition. »
(30)

D'autre part, avec l'augmentation de visibilité médiatique, et l'arrivée de cette nouvelle loi encourageant les médecins à dépister et signaler les violences, on peut supposer que la formation des médecins généralistes, à la fois pendant leurs études et tout au long de leur carrière, va inclure ce sujet de manière plus abondante.

On peut aussi supposer que nous verrons une augmentation de la sensibilisation des forces de l'ordre, et du système judiciaire, avec notamment la généralisation du bracelet anti rapprochement, telle que décrite lors des conclusions du Grenelle récemment divulguées.

Cette étude a été réalisée majoritairement avant les confinements, la troisième ayant cependant eu lieu après le premier, qui a débuté en mars 2020. On a pu constater l'émergence de plus de violences, avec une hausse des signalements, sans noter d'impact lors du 3ème focus group, qui a eu lieu après le déconfinement.

V Conclusion

L'objectif de cette étude était de rechercher si la médiatisation récente des violences faites aux femmes avait eu un impact sur la prise en charge et le ressenti des médecins généralistes de Haute-Normandie.

Il semble que malgré l'explosion médiatique et les nombreux plans triennaux du gouvernement, l'attitude des médecins généralistes ne change pas, et s'ils saluent la visibilité apportée par les médias, les médecins que nous avons interrogés semblent mal à l'aise, et même subir cet afflux d'information.

Les résultats de cette étude rejoignent ceux d'autres études relatant les obstacles et freins au dépistage des violences, tant du côté des médecins que du côté des patientes. (31)

Le dépistage actif des violences semble pourtant être la seule façon d'amener les patientes à se confier à leur médecin, mais peu de médecins y semblent favorables.

Il apparaît que connaître les statistiques de violences subies par les femmes en France ne suffit pas à enclencher le processus de recherche de ces violences, les représentations des médecins généralistes restent fermement ancrées, et leur formation resterait insuffisante. Si la formation des premiers cycles est gérée par les universités, celle des médecins ayant fini leur formation initiale et passé leur thèse est libre, on pourrait se demander comment orienter les médecins vers des formations ayant pour thème les violences faites aux femmes, afin qu'ils se sentent plus en confiance, plus à l'aise vis à vis de leurs connaissances des mécanismes entraînant les violences, et des solutions à apporter, avec une présentation du réseau local d'aides aux patientes en demande.

On pourrait donc se demander si des entretiens individuels amèneraient une réponse aux questions que soulève ce travail, si la médiatisation n'a pas changé notre prise en charge, qu'est ce qui pourra nous aider à dépister ces violences, à

amener le sujet, à en parler à toutes nos patientes, pas seulement les patientes subissant les violences les plus visibles ? Cela nécessiterait un nouveau travail de recherche mais permettrait d'explorer plus avant ce sujet.

Bibliographie

- (1) Cornilleau A, Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans, 2012
- (2) Morvant C, Violences conjugales : du dépistage à la prise en charge des victimes
La Revue du Prat, 2005, pp.945-54.
- (3) Belkaious L, Etude de la variété et de la distribution des motifs et des résultats de consultation en médecine générale rurale. Thèse soutenue en 2018
- (4) ENVFF 2001 L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
- (5) <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- (6) Bécourt B, Violences sexuelles conjugales à Paris : étude analytique prospective de 100 cas, Médecine et droit 2014, 89-95
- (7) <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>
- (8) Sourd A, Éléments de mesure des violences au sein du couple, rapport annuel 2017, La note de l'ONDRP, N° 22 Novembre 2017
- (9) Vanier C, Les interlocuteurs des victimes de viol, d'après les enquêtes "Cadre de vie et sécurité" La note de l'ONDRP, N° 11 Février 2017
- (10) La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes, n° 13, novembre 2018
- (11) Bures J, Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : Etude des pratiques des médecins généralistes de Haute Normandie. thèse soutenue en 2016

(12) Boismain A, Gaudin M, Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère, 2012

(13)<https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/3-le-cycle-de-la-violence-conjugale/>

(14)<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>

(15) <https://www.gouvernement.fr/30-nouvelles-mesures-contre-les-violences-faites-aux-femmes#:~:text=Prot%C3%A9ger%20les%20victimes%20d%C3%A8s%20le%20d%C3%A9p%C3%B4t%20de%20plainte&text=distribution%20d'un%20document%20,les%20policiers%20et%20les%20gendarmes.>

(16)<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000042181400/2020-08-01/#LEGIARTI000042181400>

(17) https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf

(18) https://www.assemblee-nationale.fr/14/cr-delf/16-17/c1617011.asp#P2_107

(19) Article sur [slate.fr](http://www.slate.fr) du 19 octobre 2017
<http://www.slate.fr/story/152684/mouvements-balancetonporc-metoo-exportent>

(20) Article RFI du 6 septembre 2018 <https://www.rfi.fr/fr/france/20180906-france-hausse-violences-femmes-sexisme-metoo-balancetonporc-chiffres-bilan-securite>

(21) https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

(22) LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales

(23) Article du 01/11/202 des éditions législatives : <https://www.editions->

legislatives.fr/actualite/secret-medical-et-violences-conjugales-comprendre-et-appliquer-la-loi-du-30-juillet-2020

(24) Canuet H, Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative, *Exercer* 2010; 92:75-81.

(25) Etude de la variété et de la distribution des motifs et des résultats de consultation en médecine générale rurale.

(26) Pantaléon M, Le médecin généraliste face aux violences conjugales, représentations et résistance au changement de pratique, thèse soutenue en 2013

(27) <https://www.sudouest.fr/2019/04/07/60-des-etudiantes-en-medecine-ont-subies-agressions-sexuelles-selon-une-etude-5967111-4697.php>

(28) Zou Al Guyna L, Violences sexuelles au cours des études de médecine : Enquête de prévalence chez les externes d'Ile-de-France, *exercer* 2020;160:59-65.

(29) <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/touraine-aux-24-medecins-twittos-toutes-les-idees-sont-bonnes-prendre>

(30) PDF : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf

(31) Bracque S, Quelles sont les attentes des victimes de violences conjugales concernant leur médecin généraliste ?

Annexe

Guide d'entretien

- 1) Pour commencer, demander quels moyens principaux d'information sont utilisés

Internet, télévision, radio ?

Ce jour nous allons parler de violences faites aux femmes :

- 2) Avez vous été confronté dans votre pratique à des patientes victimes de violences ? Aborder les difficultés, le vécu, les représentations

Au cours des 2 dernières années, on a vu des scandales nombreux, une libération de parole, vis à vis des violences faites aux femmes, dans tous les médias :

- 3) Quel est votre ressenti vis à vis de l'émergence de tant de cas de violences faites aux femmes ?

- 4) Avez vous l'impression d'être impacté ou influencé dans votre pratique ?

Quelques questions de relance :

- 5) De quelle manière, posez-vous plus souvent des questions, dans quelles situations, ou systématiquement... avez-vous mis en place des outils ou moyens d'informations ?

- 6) Si pas d'impact pourquoi à leurs avis ?

- 7) Ont-ils le sentiment qu'il est plus facile d'aborder le sujet ? Ou au contraire effet de saturation ?

Résumé

Introduction : La thématique des violences faites aux femmes a gagné en visibilité au cours des dernières années, de plusieurs façons, avec les campagnes gouvernementales, mais surtout avec une libération de la parole sur les réseaux sociaux, ce qui a entraîné une meilleure couverture médiatique. Ce gain de visibilité dans les médias a-t-il eu une influence sur notre pratique de la médecine générale ? L'objectif de cette étude était de le déterminer et de l'analyser.

Méthode : Il s'agit d'une méthode qualitative, s'appuyant sur la technique des focus group, regroupant 6 à 8 médecins, avec un observateur et un animateur, basés sur un guide d'entretien, composé de 4 questions. Les médecins interrogés étaient tous en activité, tous médecins généralistes en Haute-Normandie, en essayant d'obtenir un échantillonnage à variabilité maximale.

Résultat : 18 médecins ont participé à cette étude. Tous les médecins interrogés constatent l'omniprésence de la thématique des violences faites aux femmes dans les médias qu'ils utilisent. Ils retrouvent tous les mêmes statistiques de constat de violences lors de consultations au cabinet, s'élevant à une ou deux par an. Les facteurs de risques et les conséquences concordent avec les données de la littérature.

L'influence des médias sur leur pratique leur semble inexistante, les verbatims concordent, les médecins ne constatent aucune modification de leur ressenti ou de leur façon d'aborder les violences faites aux femmes. Les médecins interrogés ne se sentent pas favorables à un dépistage actif ni à une levée du secret médical.

Conclusion : Nous n'avons pas retrouvé d'impact de la médiatisation des violences faites aux femmes sur la pratique des médecins généralistes interrogés en Haute-Normandie. Leur ressenti est mitigé, certains valorisent cette visibilité, d'autres mettent en cause la valeur de l'information reçue.

Mots clés :

violences faites aux femmes, médecins généralistes Haute-Normandie, étude qualitative, focus group, influence des médias, pratique.