



HAL
open science

Prise en charge des patientes victimes de violences conjugales en cabinet de médecine générale

Marine Coutelle

► **To cite this version:**

Marine Coutelle. Prise en charge des patientes victimes de violences conjugales en cabinet de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03764291

HAL Id: dumas-03764291

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03764291>

Submitted on 30 Aug 2022

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Marine COUTELLE

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2022

**Prise en charge des patientes victimes de violences conjugales en cabinet de
médecine générale.**

Président : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marianne Pépin

Remerciements

A Monsieur le Professeur Cédric RAT, pour l'honneur qu'il nous a accordé en acceptant d'être notre président de jury.

A Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN et à Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS, pour nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être nos juges.

A Madame le Docteur Marianne PEPIN qui a dirigé cette thèse, pour ta disponibilité et ton accompagnement durant tout ce travail. Merci pour ta confiance et pour l'aide précieuse que tu m'as consacrée.

A Madame le Docteur Cornélia AMZA, pour m'avoir accompagnée avec bienveillance lors de mes débuts d'interne. Merci pour ta confiance, ton écoute et ta disponibilité.

Aux 6 médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail.

A ma famille, pour votre soutien durant toutes ces années d'études.

A ma grand-mère, sans qui je ne serai pas là où je suis aujourd'hui. Pour avoir toujours été là et avoir toujours cru en moi. Il manquera quelqu'un en ce jour important.

A Camille, Charlène, Clémence et Océane pour leur soutien sans faille et leur amitié.

A Valérie, pour ses précieux conseils qui m'ont aiguillée pour me lancer dans ce projet.

A Nico, pour m'avoir soutenue tout au long de ces longues études.

A Clément, qui a été mon acolyte pendant toutes ces années difficiles, et qui a traversé avec moi les partiels, les stages difficiles et les ECN.

A Hicham, pour m'avoir mise en contact avec Marianne. Merci de ton empathie, ta patience et tes bons conseils.

A Olav, Pouf, Hapache, Dollar et Mr L. qui sont ma famille et m'ont soutenue à leur façon pendant ces longues heures de travail.

Table des matières

Introduction

Justificatif de la thèse / objectifs

- 1) Définition
- 2) Les femmes victimes de violences conjugales
- 3) Un problème majeur de santé publique
 - A – Situation mondiale
 - B – Situation en France
 - C – Les observatoires territoriaux : exemple de la région nantaise
- 4) Parcours des femmes victimes de violences conjugales
 - A – Les médecins généralistes
 - a – Rôle du médecin généraliste
 - b – Difficultés de dépistage en médecine générale
 - c – Le secret professionnel
 - B – Les autres acteurs du réseau d'aide aux victimes
 - a – Regroupement des acteurs par critères
 - b – L'organisation de la réponse judiciaire

Mise en place d'un réseau de professionnel à l'échelle départementale : exemple de la région nantaise.

- 1) Présentation des acteurs
- 2) Rencontre avec Solidarité Femmes 44
- 3) Organisation de la séparation

Matériel et Méthode

- 1) Etude de la littérature
- 2) Question de recherche
- 3) Méthodologie
 - A – Type d'étude
 - B – Recrutement des médecins généralistes
- 4) Déroulement de l'étude
- 5) Analyse des données

Résultats

- 1) Caractéristiques de l'échantillon
- 2) Contextualisation
 - A – Définition des violences conjugales
 - B – Dépistage des violences conjugales
 - C – Situations vécues au cabinet
 - D – Prise en charge proposée par les médecins généralistes
- 3) Réponse à la question principale
 - A – Propositions des médecins généralistes pour un meilleur dépistage
 - B – Propositions des médecins généralistes pour un meilleur lien avec les associations d'aide aux victimes
 - C – Propositions des médecins généralistes pour un meilleur vécu des situations de prise en charge des violences conjugales
 - D – Le secret professionnel

Discussion

- 1) Forces de cette étude
- 2) Limites de cette étude
- 3) Résumé des principaux résultats

Conclusion

Bibliographie

Annexes

- 1) Annexe 1 : Grille de préparation aux entretiens
- 2) Annexe 2 : Grille COREQ

Résumé

Introduction

En France, en 2020 on a déploré 125 décès de victimes de violences conjugales (-28% par rapport à 2019) dont 102 femmes, 23 hommes ainsi que 14 enfants décédés dans ce contexte.

Parmi les 102 femmes décédées sous les coups de leurs conjoints, 40% avaient entre 30 et 49 ans et 21% plus de 70 ans. 86% des meurtres ont eu lieu au domicile du couple ou de l'auteur.

Concernant les auteurs, on observe que 31% avaient consommé de l'alcool au moment des faits et 30% se sont suicidés après leur acte. (7)

Au fil du temps, la justice française s'est munie d'un véritable arsenal législatif afin de lutter contre les violences conjugales. Malgré les lois votées ces dernières années, les violences graves ont peu diminué et, dès la première semaine de confinement du printemps 2020, on a enregistré une nette hausse des signalements à la police. En réaction, le gouvernement a multiplié les annonces, avec la création de la possibilité de prévenir la police par SMS, la mise en place d'un protocole d'alerte avec « code » depuis les pharmacies, la facilitation des mises à l'abri et des subventions exceptionnelles pour les associations, etc... (10)

L'OMS estime que dans le monde 30% des femmes âgées de plus de 15 ans sont victimes de violences conjugales (35).

Le dernier rapport Cadre de Vie et Sécurité (CVS) montre qu'en France près de 1% des femmes de 18 à 75 ans sont victimes de violences conjugales et une femme meurt tous les 2 à 3 jours dans ce contexte.

Entre 2011 et 2018, on évalue à 300 000 par an le nombre moyen de femmes victimes âgées de 18 à 75 ans. Les 6/8^e sont exclusivement victimes de violences physiques, 1/8^e sont exclusivement victimes de violences sexuelles et 1/8^e subissent des violences des deux types. (2)

Les femmes représentent 72% des victimes de violences conjugales et la quasi totalité des victimes de violences sexuelles. La tranche d'âge des 18-29 ans est surreprésentée. (2)

Pourtant c'est un sujet qui peine à être abordé. Les victimes ainsi que les différents professionnels concernés par la prise en charge considèrent souvent à tort qu'il s'agit d'un élément du domaine privé dans lequel il n'est pas légitime de s'immiscer. (1)

Les médecins généralistes ont une position idéale pour aborder le sujet et participent au réseau d'aide aux victimes avec de nombreux organismes, qu'ils soient de nature médicale, administrative ou judiciaire. Pourtant dans les faits très peu de victimes effectuent des démarches, avec seulement 15% qui consultent leur médecin généraliste, 14% qui portent plainte, et 12% qui entament des démarches auprès des services sociaux. (7) Quand on leur pose la question, 96% des victimes interrogées estiment que le médecin généraliste doit poser la question à ses patientes. (37)

La prévalence et les conséquences sur les femmes victimes des violences conjugales en font un enjeu majeur de santé publique, avec un coût économique de 3,6 milliards d'euros par an en 2012 en France (36).

Les conséquences sur les victimes sont multiples, et peuvent aller dans les cas les plus graves jusqu'au féminicide au sein du couple, qui représente 38% des meurtres de femmes en France (11).

On peut se demander pourquoi, malgré toutes ces données disponibles sur les violences conjugales en France et dans le monde, et malgré les moyens investis et mis en place pour répondre à cette problématique, la prise en charge des femmes victimes de violences reste encore aussi difficile et insuffisante.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer, à partir du vécu de médecins généralistes, comment améliorer la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales.

L'objectif secondaire est d'identifier quels sont les acteurs des réseaux d'aide aux victimes avec lesquels les médecins généralistes peuvent collaborer pour orienter leurs patientes victimes de violences conjugales, en particulier dans la région nantaise.

Justificatif de la thèse / objectifs

1) Définition

L'OMS définit les violences conjugales comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les rapports sexuels forcés, les violences psychologiques et tout autre acte de domination ». (5)

Violence et conflit au sein d'un couple ne peuvent être considérés comme un continuum car elles sont de nature différente. Le conflit peut survenir dans toute relation entre 2 personnes qui se situent sur un pied d'égalité et qui peuvent faire valoir leur point de vue, tandis que les violences sont le fait de l'auteur qui vise à affirmer sa domination. (24)

Dans une relation marquée par les violences conjugales, les événements se produisent de manière cyclique avec une accélération des épisodes de violence qui laisse la victime désespérée et épuisée. Les différentes phases de ce cycle de la violence sont tout d'abord la mise en place du système d'emprise psychologique à l'aide de différents stratagèmes comme les injonctions paradoxales qui mettent la victime face à des choix contradictoires où il n'y a aucune bonne solution, lui font penser qu'elle devient folle et qu'elle se trompe dans son jugement. Tout ceci participe à la création d'un climat de tension, suivi d'épisodes d'explosion de violence, puis de minimisation de la situation, et enfin d'une phase de lune de miel pour reconquérir la victime avant le retour d'un climat de tension. (24)

Les formes que peuvent adopter les violences conjugales sont multiples et variées puisqu'elles peuvent être de nature physique, psychologique, sexuelle, verbale, économique, patrimoniale, administrative...

2) Les femmes victimes de violences conjugales

Une étude menée par l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) à partir d'un panel de 50 000 Français montre que des caractéristiques semblables sont fréquemment retrouvées dans le profil des femmes victimes de violences conjugales en France, ainsi que dans le profil des auteurs de violences. (20)

Les femmes en situation de handicap ou « ayant quelques gênes ou difficultés dans la vie quotidienne » déclarent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint habitant à des taux bien supérieurs à ceux des autres femmes en couple cohabitant. Sont concernées également les femmes dont le conjoint est en situation de handicap.

Il en est de même pour le niveau d'études. Si le niveau d'étude des femmes victimes de violences conjugales ne semble pas les protéger des violences, le niveau d'étude de leur conjoint, lui a une incidence importante sur la survenue des violences. Les taux de survenue des violences sont les plus élevés si la femme est diplômée de l'enseignement supérieur et que son conjoint n'a pas de diplôme. (22)

Cependant les violences conjugales ne sont pas limitées à ces situations puisque, rien qu'en France, une femme meurt tous les trois jours sous les coups de son conjoint, dans tous les milieux, à la ville comme à la campagne.

Outre une perturbation importante de la vie quotidienne des victimes, les conséquences des violences conjugales sont multiples : traumatisme physique, psychiatrique, troubles du comportement, pathologie chronique, santé sexuelle et reproductive, féminicide, suicide... Ces conséquences ne se limitent pas seulement aux femmes victimes mais c'est la santé de toute la famille qui est impactée, puisqu'on relève des troubles du développement ainsi qu'un retentissement psychologique voire physique chez les enfants des femmes victimes de violences (même quand ils ne sont pas les cibles directes de la violence des auteurs).

Les effets psychologiques sont notamment la conséquence du contrôle qui est un élément du processus d'emprise visant à isoler la victime de ses amis, de sa famille, voire de

son milieu professionnel afin de créer une dépendance financière. Cela génère un stress et une tension qui force la victime à s'adapter constamment.

Concernant les conséquences sur la santé, il a été mis en évidence que les femmes victimes de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé. (24) Cette altération concerne tous les domaines de la santé, allant du syndrome de stress post traumatique, en passant par des troubles fonctionnels chroniques jusqu'à la mort par féminicide ou suicide.

3) Un problème majeur de santé publique

A – Situation mondiale

Les violences conjugales sont une préoccupation et un enjeu de santé publique majeur au niveau mondial puisqu'elles touchent dans des proportions variables toutes les populations de la planète.

Prenant conscience du problème, en mai 2014 la soixante-septième assemblée mondiale de la santé demande au directeur général et aux états membres des Nations Unies d'élaborer un plan d'action mondial. Celui-ci s'étale jusqu'en 2030, et vise à « renforcer le rôle du secteur de la santé dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ». (5)

Les domaines d'action choisis sont l'environnement juridique et sanitaire (renforcer le leadership et la gouvernance du système de santé), les services de soins de santé (renforcer la fourniture des systèmes de santé et la formation des soignants), les programmes de prévention pour promouvoir des normes de relation entre les sexes et l'égalité, et enfin la collecte de données (amélioration des informations et des bases factuelles).

A l'échelle européenne, le sujet est une préoccupation importante du Conseil de l'Europe depuis les années 90, ce qui a abouti à la convention d'Istanbul en 2011. L'objectif est la coopération internationale concernant la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. (31)

B – Situation en France

La première enquête nationale spécifique en France a été commanditée par le Service des Droits des femmes et le Secrétariat d'État aux Droits des femmes pour répondre aux recommandations de « produire des statistiques précises concernant les violences faites aux femmes ».

Il s'agit de l'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France) réalisée en 2000 et publiée en 2001, qui a mis en évidence plusieurs points importants. C'est dans le « huis-clos » du couple que les violences sont le plus importantes. Celles-ci peuvent être de nature physique et sexuelle mais l'enquête rapporte aussi des atteintes psychologiques novatrices perçues comme une forme moderne de domination d'un sexe à l'autre. La mise en évidence de ces violences psychologiques montre pour la première fois en France que le terme de « femmes battues » ne prend pas en compte la totalité des violences conjugales. (6)

En 2015, l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) lance l'enquête VIRAGE (Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et par les hommes) pour actualiser la connaissance statistique des violences faites aux femmes en suivant le modèle ENVEFF. Elle a pour objectif de saisir les multiples formes de la violence et de l'aborder dans une perspective de genre : les différences d'expérience et de trajectoire des femmes et des hommes, les différentes manières d'être une femme ou un homme sont des aspects centraux de l'enquête. (11) (12)

Depuis 2007, le suivi statistique de victimisation en France repose sur une enquête annuelle publiée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en partenariat avec l'ONDRP et avec le Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI). Il s'agit de l'enquête « Cadre de Vie et Santé » (CVS).

La dernière enquête CVS publiée est celle de 2019, car, du fait des mesures de distanciation sociale et de restriction de déplacement en lien avec le Covid 19, l'enquête CVS n'a pas pu être conduite en 2020.

Plusieurs dispositifs alternatifs ont été mis en place comme l'ajout d'un module de questions sur les victimisations à l'enquête Statistique sur les Ressources et Conditions de Vie

(SRCV) de 2020, ou encore l'intégration de questions relatives à la sécurité dans la grande enquête INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale)-DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) (enquête EpiCOV).

En 2021, deux enquêtes intégreront des questions rétrospectives sur les victimisations et la sécurité portant sur 2020 et 2019 : l'enquête CVS 2021, qui sera publiée en décembre 2021, et l'enquête Genese 2021 mené par le SSMSI. (32)

En 2012, le comité interministériel aux droits des femmes a créé la MIPROF (Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) par décret présenté au conseil des ministres en 2013.

Les principales fonctions sont :

- La définition d'un plan national de formation des professionnels de santé et la création d'outils de formation déclinés en fonction des spécificités des différentes professions et des différentes formes de violences. Ils sont disponibles sur le site arrêtonslesviolences.gouv.fr
- La coordination nationale de la lutte contre la traite des êtres humains. Les outils des professionnels à la formation contre la traite des être humains peuvent être demandés à formation-TEH@miprof.gouv.fr.
- Un rôle d'observatoire national à travers la mission de « rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes ».

Pour son fonctionnement, un partenariat étroit est nécessaire entre les services statistiques ministériels, l'INSEE et l'INED (qui réalisent les enquêtes de victimisation en population), la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) et le Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV), le Service des Droits des Femmes et de l'Egalité entre les Femmes et les Hommes (SDFE) et les collectivités territoriales.

Les numéros de la lettre de l'observatoire national sont également publiés régulièrement et disponibles sur le site arrêtonslesviolences.gouv.fr.

C – Les observatoires territoriaux (départementaux)

Ces structures dont l'objectif est « d'observer et innover pour apporter au niveau territorial des réponses concrètes et construites de manière partenariale » sont sous la tutelle des préfets.

L'observatoire national a un rôle d'accompagnement à la création et à l'animation des observatoires territoriaux.

Les arguments ayant motivé la création de ressources à l'échelle locale sont l'ampleur du phénomène de violences faites aux femmes, la gravité de l'impact sur les victimes, la nécessité de mettre en place une politique partenariale dédiée et la pertinence de l'échelon territorial. Le coût économique des violences faites aux femmes estimé à 3,6 milliards d'euros en France est également un argument pour le développement d'un réseau de proximité.

Les observatoires se composent de trois entités : une structure permanente, un comité de pilotage et des groupes de travail.

L'intérêt est le travail coordonné des services intéressés des collectivités territoriales avec les services de l'état, les élus locaux et les associations en lien avec les femmes victimes de violences.

Les principaux axes de travail de ces observatoires territoriaux sont :

- Le recensement et la diffusion des ressources disponibles sur le territoire : à travers la création de pages internet, de données de cartographie ou la diffusion de brochures informatives.
- L'amélioration des connaissances et des besoins spécifiques du territoire : à travers la tenue de tableaux de bord, d'enquêtes.
- La mise en réseau des professionnels dans le but de créer une culture partagée et partenariale à travers l'organisation de rencontres interprofessionnelles.
- L'expérimentation et la mise en place de dispositifs innovants.
- L'information et la sensibilisation du grand public par la mise en place d'actions de communication et de sensibilisation, notamment dans les écoles.

4) « Parcours » des femmes victimes de violences conjugales

A – Les médecins généralistes

Les organismes d'aide aux victimes de violences conjugales s'organisent en réseaux qui doivent être encouragés et dont le médecin généraliste doit faire pleinement partie.

a- Rôle du médecin généraliste

Il est difficile pour les femmes victimes de violences conjugales de venir spontanément le signaler lors d'une consultation médicale. On remarque pour autant qu'elles consultent plus souvent leur médecin généraliste pour d'autres motifs, évocateurs ou non des violences qu'elles subissent. (18)

En effet celui-ci a une position idéale pour dépister les femmes victimes de violences conjugales de par la relation de confiance qu'il a installée avec ses patientes (facilitée par le secret professionnel) et l'approche globale de sa prise en charge. Cela lui confère la possibilité voire le devoir de rentrer dans la vie privée de ses patients (devoir « d'ingérence » comme l'a évoqué le Dr Bernard Kouchner dans la préface du rapport Henrion (5)).

Le médecin généraliste a un rôle clef et multiple dans le réseau d'aide aux victimes de violence conjugale. Il est souvent le premier interlocuteur pour dépister les violences, soit par signes directs si le patient les rapporte spontanément, soit par signes évocateurs comme des symptômes de somatisation, ou alors par le dépistage systématique. Il doit accueillir le patient et être à son écoute pour l'amener à parler de ce qu'il subit.

Il recueille l'histoire et évalue la gravité de la situation, c'est à dire les conséquences somatiques mais aussi psychologiques et sociales, suite à quoi il peut, si le risque est élevé pour la victime, proposer un éloignement. Son rôle est d'orienter les patientes vers un relai compétent et les associations d'aide aux victimes.

La constatation des lésions, avec surtout la rédaction du certificat initial descriptif, est également une de ses attributions et un acte médico-légal. Ce certificat constituera une preuve ultérieure à remettre aux services médico-judiciaires en vue d'engager des poursuites pénales.

Dans un contexte d'urgence, son rôle prioritaire est d'assurer les soins et la continuité du dossier ; dans ce cas l'établissement du certificat descriptif peut être différé.

Il a également un rôle de suivi et d'accompagnement au cours d'une prise en charge qui sera souvent longue pour aider la victime à sortir du cercle de la dépendance (et de l'emprise). Pour cela il pourra s'appuyer sur le modèle de changement de comportement de Prochaska et Di Clemente qui est une théorie de changement comportemental basés sur une série d'étapes de motivation, pour sortir de la dépendance. Les étapes successives sont décrites comme telles : pré-intention, intention, préparation, action, maintien/liberté. Le médecin doit donc adapter chaque moment de la prise en charge à l'étape dans laquelle se trouve la victime pour l'accompagner vers l'indépendance. (34)

Enfin, le médecin généraliste a aussi un rôle d'information et d'orientation de la patiente. Il va la conseiller et l'informer sur ses droits pour qu'elle ait toutes les clefs en mains pour assurer sa défense et sa sécurité (conseiller de porter plainte, de quitter son domicile, adresser à une association d'aide aux victimes, adresser à une unité judiciaire...)

« L'analyse de nombreux cas montre que la capacité d'une femme victime de violences conjugales à mettre fin à la situation dépend étroitement de la clarté des réponses qui lui sont données et de l'aide offerte ». Pr Henrion, Rôle du professionnel de santé, 2001. (4)

b – Difficultés du dépistage en médecine générale

Malgré cela, quand on interroge les médecins généralistes à propos de leur ressenti lors du dépistage de ces violences conjugales en consultation, on constate qu'ils sont majoritairement déstabilisés par le sujet. Ils mettent en avant qu'ils se sentent souvent seuls face à la détresse des victimes, ont le sentiment de ne pas maîtriser le sujet, voire se sentent impuissants face à des femmes qui peinent à sortir du cercle de la dépendance. Cela conduit à une insatisfaction personnelle et professionnelle, nécessite une grande capacité de gestion des émotions et majore la charge mentale. (16)

Dans une étude menée en Haute Garonne en 2016 sur des médecins généralistes exerçant en cabinet, 75% estiment ne pas bien repérer les femmes victimes et 90% pensent être mal formés et informés. (14) Ils expriment aussi leur malaise face au dépistage des violences conjugales et parlent du sentiment d'intrusion dans la vie privée de leur patiente corrélé au dépistage systématique. Ils évoquent la frustration face à la complexité de ces

situations. Le manque de temps face à l'ampleur des prises en charge comparé au temps de consultation dédié semble aussi être un problème. Certains médecins vont jusqu'à exprimer leur crainte d'éventuelles retombées judiciaires de ces situations, voire de vengeance personnelle de la part de l'auteur des violences. Enfin, l'histoire personnelle du médecin peut aussi avoir un impact négatif dans la prise en charge et le mettre en difficulté.

Malheureusement, l'accumulation de ces difficultés peut conduire à des erreurs de rédaction du certificat, à la perte de données rapportées par le patients qui ne seront pas « utilisées » et surtout au sentiment d'isolement du patient et du professionnel de santé qui aura des difficultés à orienter la victime par méconnaissance des réseaux d'aide aux victimes.

De par le silence des femmes victimes et l'inconfort voire incompétence des médecins généralistes concernant les violences conjugales celles ci sont très largement sous-diagnostiquées. Pourtant un dépistage systématique en médecine générale, comme avec des questionnaires type « WAIST » (annexe 1) ou « HITS » (annexe 2) n'est pas recommandé par l'OMS en dehors de la situation particulière de la grossesse. (17)(18)

La mise en place d'un dépistage systématique en consultation de médecine générale semble inconcevable pour les médecins qui se sentiraient alors dépassés, submergés par les différents dépistages à réaliser sur les maigres temps de consultation. Pourtant des études portant sur des victimes de violences conjugales ont révélé que, dans bon nombre de cas, elles souhaiteraient que leur médecin généraliste leur pose la question. (19)

Pour améliorer la pratique des professionnels concernant les violences faites aux femmes, l'Etat met en place des outils pédagogiques à l'initiative de la MIPROF :

- Le kit de formation « Anna » est celui qui traite des violences au sein du couple. Il se compose d'un court métrage de 15 minutes qui illustre successivement les mécanismes de la violence, le repérage par un professionnel de santé puis la prise en charge et l'orientation des femmes victimes. La seconde partie est un livret d'accompagnement à la formation des professionnels qui développe les mêmes thèmes de façon explicite et détaillée.
- Sont également disponibles : le kit « Tom et Léna » qui traite des impacts sur les enfants des violences au sein du couple, le kit « Elisa » qui traite des violences sexuelles, le kit « Une femme comme moi » qui traite des violences sexuelles dans les

relations au travail, le kit « Bilakoro » qui traite des mutilations sexuelles féminines, le kit « Paroles de victimes » qui traite des mariages forcés mais aussi un kit consacré à la protection sur ordonnance, un sur le harcèlement sexiste et les violences sexuelles dans les transports publics, et enfin un consacré spécialement aux femmes en situation de handicap qui subissent des violences.

Ces kits de formation sont téléchargeables gratuitement sur le site www.stop-violences-femmes.gouv.fr. (15)

c – Le secret professionnel

Les consultations médicales sont un espace de parole protégé par le secret professionnel, qui permet aux femmes victimes de violences conjugales de se confier sans crainte des éventuelles répercussions.

Cependant, la loi du 30 juillet 2020 rédigée suite aux recommandations du Grenelle contre les violences conjugales autorise le médecin ou tout autre professionnel de santé à signaler au procureur de la République les violences conjugales dont ils ont connaissance sous certaines conditions strictes.

Il s'agit d'une quatrième dérogation au secret professionnel dans l'article 226-14 du code pénal. Désormais le délit de violation du secret professionnel n'est pas applicable *« 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 »*.

Cette dérogation est encadrée :

- Elle concerne les violences exercées au sein du couple « relevant de l'article 132-80 du code pénal » : c'est à dire par l'actuel ou l'ancien conjoint, cohabitant ou non (33).

- Elle concerne les situations où le médecin ou le professionnel de santé estime « en conscience », ce qui est une notion floue, impliquant un choix du médecin selon les règles de sa conscience et de son intime conviction. Ce choix doit être argumenté dans le dossier médical de la patiente.
- Ces violences doivent mettre la vie de la victime majeure en danger immédiat. La proximité de la réalisation du dommage est à prendre en compte et non sa seule probabilité.
- La victime ne doit pas être en mesure de se protéger en raison notamment de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences : ne peut se réduire à la dimension physique.
- Le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure. En cas d'impossibilité, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République, lui permettant ainsi de prendre ses dispositions pour se protéger en cas d'intervention prochaine des services de police et de justice.

La décision de porter des faits à la connaissance du procureur de la République, ou de s'abstenir, n'est pas opposable au professionnel. Elle ne peut engager sa responsabilité civile, pénale ou même disciplinaire dans un cas comme dans l'autre.

La limite retenue est la non-assistance à personne en danger, punie par la loi qui prévoit cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amande. (33)

En conclusion, les médecins occupent une place prépondérante dans la chaîne de prise en charge des victimes de violences conjugales. Ils doivent aider les femmes victimes en leur apportant un éclairage extérieur. Cependant, les principales barrières au dépistage qu'ils mettent en évidence sont le manque de formation et d'information, et la méconnaissance des réseaux locaux d'aide aux victimes.

B – Les autres acteurs du réseau d'aide aux victimes

De la prise en charge sociale à la prise en charge médicale, en passant par la prise en charge administrative, nombreux sont les professionnels impliqués dans le réseau d'aide aux victimes de violences conjugales.

Il n'y a pas un, mais de multiples recours possibles, comme évoqué dans le rapport Henrion, où l'on parle d' « itinéraires ».

a – Regroupement des acteurs par critères

- les recours d'urgence dématérialisés : police (17), pompiers (18), SAMU (15), le 39-19 (numéro d'appel anonyme et gratuit 24h/24 et 7j/7), un sms au 114, SOS viol (0 800 05 95 95), SAMU social (115), service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (119)...
- les supports d'information : arretonslesviolences.gouv.fr, egalite-femmes-hommes.gouv.fr...
- les recours d'urgence matérialisés médicaux : intervention du SAMU ou des pompiers au domicile pour faire constater la situation, urgences hospitalières (certaines sont munies d'un réseau spécifique pour les victimes de violences conjugales), urgences psychiatriques, urgences gynécologiques, planning familial, médecins généralistes...
- les associations d'aide aux victimes (recours d'urgences ou non) : Solidarité Femmes (observatoire régional présent dans la majorité des départements), services sociaux, Centre d'Information sur le droit des Femmes et des Familles (CIDFF)...
- les organismes judiciaires (recours d'urgences ou non) : police ou gendarmerie pour le dépôt de plainte, police municipale, procureur de la République, juge des affaires familiales, avocats...

b – Organisation de la réponse judiciaire

La première démarche à entreprendre face à une situation de violences conjugales est le dépôt de plainte. Il est possible de le faire hors de son lieu d'habitation et même sans certificat médical de constatation des blessures. Il est à noter que le retrait d'une plainte

n'entraîne pas nécessairement l'arrêt des poursuites car le procureur de la République peut décider à lui seul de poursuivre les charges.

Le recours à un organisme de justice peut être fait de différentes façons :

- le flagrant délit : intervention de la police pour constater des faits « simples et établis » où une enquête poussée n'est pas nécessaire. Il peut donner lieu à une arrestation avec comparution immédiate.
- la dénonciation d'un tiers : qui peut éventuellement être anonyme, et justifier l'ouverture d'une enquête.
- le dépôt de main courante : qui peut se faire au commissariat et reste dans ses locaux tandis que le procès verbal de renseignement judiciaire se dépose en gendarmerie et est systématiquement transmis au Parquet. Dans ce dernier cas, le procureur de la République peut, de son propre chef décider d'engager une procédure et ouvrir une enquête.

La convention locale du 24 novembre 2014 stipule que, étant donné la gravité des actes, seul les dépôts de plainte sont autorisés dans le cadre de violences conjugales (et non les mains courantes).

- le dépôt de plainte : qui peut se faire dans n'importe quel commissariat de police ou gendarmerie. La plainte est transmise au procureur de la République qui décide des suites. Le dépôt de plainte peut également se faire en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception directement au procureur de la République du tribunal judiciaire du lieu de l'infraction ou du domicile de l'auteur.
- la plainte avec constitution de partie civile auprès du juge d'instruction : il s'agit de demander directement au juge d'instruction d'ouvrir une information judiciaire. Au préalable, il faut avoir déposé une plainte « simple » classée sans suite ou restée sans réponse pendant plus de trois mois. Pour cette procédure, il est nécessaire d'engager un avocat.
- la citation directe : elle permet à la victime ou au procureur de saisir directement le tribunal de police (pour les contraventions) ou correctionnel (pour les délits) en informant l'accusé de la procédure entamée. La victime doit apporter elle-même la preuve de ses accusations. Pour cette procédure il est également nécessaire d'engager un avocat.

Le procureur de la République est un acteur majeur de la réponse judiciaire. Il possède la maîtrise de l'action publique et détermine le mode de poursuite pénale.

Il examine les plaintes et peut décider de classer l'affaire sans suite, ou bien il décide de saisir les juridictions concernées pour donner suite et il peut :

- engager des poursuites pénales
- mettre en oeuvre des mesures alternatives aux poursuites : rappel à la loi, stage de responsabilisation (ordonné par le procureur, aux frais de l'auteur) ou encore composition pénale. Cette dernière est suggérée par le procureur de la République qui propose des sanctions (amende, travaux d'intérêt généraux, stage de responsabilisation, injonction thérapeutique) ainsi que le dédommagement de la victime en échange de l'arrêt des poursuites. L'auteur s'engage à reconnaître les faits, et la condamnation est inscrite au bulletin numéro 1 du casier judiciaire. Pour la composition pénale les deux parties peuvent faire appel à l'aide juridictionnelle.

Il n'y a pas de recours à une médiation pénale en cas de violences conjugales.

La reconnaissance pénale des situations de violences conjugales a évolué au cours de ces dernières décennies. En juillet 1992, il est reconnu que le fait que l'auteur des violences soit le mari de la victime constitue une circonstance aggravante. En avril 2006, cette circonstance est étendue aux conjoints unis par un PACS. En août 2018, il est établi que la circonstance aggravante existe même si la femme et son conjoint ne cohabitent pas sous le même toit. A cette date il est également précisé que tout acte de violences conjugales constitue un délit (jugé par le tribunal correctionnel) même si le certificat descriptif des blessures ne fait mention d'aucun jour d'incapacité totale de travail (ITT).

Suite aux différents recours cités plus haut, si le procureur de la République décide de donner suite et de charger un juge d'instruire le dossier, plusieurs dispositions civiles et pénales sont envisageables dans le cadre des violences conjugales :

- 1) L'éviction du conjoint violent au pénal avec interdiction d'approcher est demandée par le procureur de la République. Elle fait suite à un dépôt de plainte, un procès verbal de renseignement judiciaire ou une composition pénale. Elle peut également être ordonnée lors d'un placement sous contrôle judiciaire, un sursis ou une mise à l'épreuve.

En Loire Atlantique, c'est le service pénal de l'ADAES 44 (Association Départementale d'Accompagnement Educatif et Social) qui a en charge les procédures du protocole d'éviction avec les mesures de contrôle judiciaire. Ils gèrent également les éventuels hébergements d'urgence pour les auteurs de violences.

L'éviction du conjoint violent au civil est décidée par le juge des affaires familiales, lui même saisi par l'intermédiaire d'un avocat, en cas de violences conjugales caractérisées (plainte et certificat médical).

Cette mesure qui devient caduque si aucune requête de divorce n'est déposée dans les 4 mois suivant la décision.

- 2) L'ordonnance de protection (disposition mise en place en juillet 2010) est une mesure d'urgence qui constitue un ensemble de mesures provisoires pour six mois renouvelables. Elle ne fait pas nécessairement suite à une plainte mais est prononcée après une demande de divorce. La demande se fait auprès du tribunal judiciaire et le juge des affaires familiales se prononce sous six jours à partir de la fixation de la date de l'audience de divorce. L'interdiction peut concerner plusieurs domaines de la vie quotidienne comme l'interdiction d'entrer en contact avec la victime, avec sa famille ou ses amis, l'interdiction de se rendre dans des lieux fréquentés habituellement par la victime, ou l'impossibilité de détenir une arme.

Cette mesure peut éventuellement être renforcée par le port d'un dispositif électronique anti-rapprochement.

- 3) Le téléphone grave danger (créé en août 2014) est un dispositif de protection des personnes menacées par leur conjoint ou ex-conjoint. Il s'agit d'un téléphone équipé d'une touche qui alerte immédiatement un service d'assistance et peut également permettre la géolocalisation de la victime. Il est attribué par le procureur de la République pour une durée de six mois renouvelable en cas d'éloignement sur décision de justice (injonction de non cohabitation associée à l'interdiction d'entrer en contact avec la victime) ou de danger grave et imminent dans l'attente du jugement.

Pour résumer, de nombreux acteurs sont impliqués à des degrés différents dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. On peut parler de « réseau » ou « d'itinéraire » avec plusieurs recours possible qu'ils soient judiciaires, administratifs ou médicaux ; des mesures d'urgences ou non.

Mise en place d'un réseau de professionnels à l'échelle départementale : exemple de la région nantaise.

1) Présentation des acteurs de la Loire Atlantique

Quelques structures présentes en Loire Atlantique jouant un rôle dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales :

Solidarité femmes : cf paragraphe suivant

CIDFF Nantes Loire atlantique www.infofemmes.com 02 40 48 13 83

Réseau de proximité de 111 associations locales en France animé par le CNIDFF (Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles).

Objectif : Favoriser l'autonomie sociale, professionnelle et personnelle des femmes et promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes.

Le CIDFF accueille, informe et accompagne les femmes qui souhaitent connaître leurs droits.

A Nantes : 5 rue Maurice Duval

cid_nantes@orange.fr

Le planning familial www.planning-familial.org 02 40 20 41 51

Mouvement féministe et d'éducation populaire qui milite pour le droit à l'éducation à la sexualité, à la contraception, à l'avortement et à l'égalité des droits entre les femmes et les hommes.

Objectif : Combattre toutes formes de violences et de discrimination.

A Nantes : 4 rue Meuris

mfpf.nantes@free.fr

CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) www.sanitaire-social.com 02 40 99 27 00

Objectif : Venir en aide aux personnes les plus fragiles, en mettant en œuvre les solidarités et en organisant l'action sociale au profit des habitants de la commune.

Les CCAS proposent un ensemble de services en réponse à une situation de précarité ou de difficultés sociales.

Double fonction : accompagner l'attribution de l'aide sociale légale et dispenser l'aide sociale facultative.

A Nantes : accueil général place Saint Similien et CLIC rue Léopold Cassegrain

Conseil général de Loire Atlantique : CMS (Centres Médico-Sociaux) :

Structures de proximité dont les assistantes sociales accompagnent les personnes et familles rencontrant des difficultés dans le domaine social.

Objectif : accueillir, écouter et soutenir toutes personnes rencontrant des difficultés personnelles ou familiales.

6 délégations sur le département :

- CMS de Nantes (nord, sud, est, ouest)
- CMS du Pays de Retz
- CMS d'Ancenis
- CMS de Châteaubriant
- CMS du vignoble nantais
- CMS de Blain à Châteaubriant

BAV (Bureau d'Aide aux Victimes) de la Police et de la Gendarmerie

Présence d'AS (assistantes sociales) mises à disposition sur le département par le Conseil Général.

Objectif : Accompagner les victimes et assurer l'interface entre les services de l'ordre, les services sociaux et les associations.

A Nantes :

BAV de la Gendarmerie 02 28 24 14 44 / 06 32 54 01 18

BAV de la Police : présence d'une assistante sociale 02 53 46 71 56 / 06 88 20 95 95, une psychologue 02 53 46 70 49 et une fonctionnaire de police qui assiste les victimes pour la constitution et l'avancée du dossier 02 53 46 71 55.

Citad'elles Nantes 02 40 41 51 51

Structure d'accueil de toutes les femmes victimes de violences avec ou sans enfant. L'aide proposée est confidentielle et gratuite. Elle est située dans un bâtiment avec sécurité présente sur place.

Association composée d'une équipe de psychologues, travailleuses sociales, juristes, infirmières, psychiatre, sage-femme, éducatrices spécialisées, policiers, gendarme et avocats...

Objectif : Proposer un accompagnement des femmes dans les démarches essentielles mais aussi des activités de reprise de confiance en soi et ressourcement.

A Nantes : 8 bd Vincent Gâche, ouvert 7j/7 24h/24

Espace Simone de Beauvoir 02 40 12 15 18

Espace de défense et de promotion des droits des femmes, associatif mixte et laïc.

Il s'agit d'un regroupement d'associations qui adhèrent à des valeurs communes. C'est un lieu ressource d'information et de documentation sur le droit des femmes.

Depuis 2018, il se porte partie civile aux côtés des femmes victimes de violences conjugales.

Objectif : Participer à des actions de sensibilisation tous publics, organiser des conférences et des débats, faire la promotion de l'égalité femmes-hommes, le lien localement entre les intervenants sur le champ de l'égalité, initier et porter des projets sur le sujet.

A Nantes : quai Ernest Renaud Nantes

UMJ (Unité Médico Judiciaire) CHU Nantes 02 40 08 38 28

L'accès à cette structure se fait uniquement sur demande d'une autorité judiciaire (réquisition rédigée par les services de police ou de gendarmerie).

Le médecin légiste pratique un examen médico-légal où il décrit les blessures subies par la victime pour déterminer une ITT (Incapacité Totale de Travail). Il s'agit d'une estimation de la durée des gênes physiques et psychologiques pour effectuer des actes de la vie courante ressenties par une personne victime.

L'ITT est utile pour qualifier l'infraction et aider le magistrat à établir les suites judiciaires pour les auteurs des faits.

Un psychologue interne à cette unité reçoit les personnes ayant été victime d'une infraction pénale afin d'évaluer l'impact psychologique et les prendre en charge psychologiquement au cours de la procédure.

A Nantes : Hotel Dieu 3^e étage aile sud

En conclusion, ces acteurs interviennent à différents niveaux de la prise en charge :

- aide à la prise de conscience et à la sortie du processus de violences conjugales, tout en respectant le rythme de chacune sans jugement.
- conseil en matière de protection.
- information sur les droits.
- écoute et repérage des signaux d'alerte des situations de violences.
- soutien des femmes victimes.
- orientation vers des structures adaptées aux besoins.

2) Rencontre avec Solidarité Femme 44

Dans le cadre de notre thèse nous avons contacté l'association Solidarité femmes 44 par mail qui a accepté de répondre à nos questions au cours d'un entretien en visioconférence.

Présentation de l'association

L'association accueille et accompagne les femmes victimes de violences conjugales et ou familiales.

Elle intervient par de l'écoute de femmes victimes, de leur entourage mais aussi de professionnels comme par exemple un médecin qui serait en lien avec une femme victime et qui aurait besoin de conseils et d'informations.

Ses actions visent à l'accompagnement des femmes pour leur permettre de sortir de l'emprise et du processus de violence à travers des entretiens individuels et collectifs (ateliers de groupes d'échanges, rencontres avec d'autres femmes au vécu similaire). Cet accompagnement n'est pas soumis à une durée ni à une temporalité, c'est à dire qu'il peut se faire pour une femme qui est encore au domicile avec des questionnements comme pour une femme qui vient de le quitter.

Solidarité Femmes 44 est aussi un centre d'hébergement permettant d'assurer une mise en sécurité pour les femmes victimes de violences qui doivent partir en urgence de chez elles.

Tous les éléments proposés par l'association sont gratuits et peuvent éventuellement être anonymes.

L'équipe du personnel de l'association

L'équipe de professionnels qui accueillent les femmes au quotidien est composée de travailleuses sociales (assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale, ou éducatrices spécialisées) et ce sont elles qui vont les accompagner dans la durée. Aucun

professionnel médical ou para médical ne travaille pour l'association. En cas de besoin, les personnes sont orientées vers les structures existantes.

Le conseil d'administration est composé de bénévoles qui ne sont en lien avec l'association que pour sa gestion. Ces bénévoles n'interviennent pas directement auprès des femmes. Il est nécessaire pour cela d'avoir une formation spécifique. Ils coordonnent et animent la vie de l'association.

Les domaines d'action de Solidarité Femmes 44

Les moyens dont dispose l'association sont :

- les entretiens individuels ou collectifs
- l'écoute téléphonique (pendant les horaires d'ouverture)
- l'accueil de jour (accueil de jour départemental) : toute femme victime de violence peut venir dans la journée dans les locaux de l'association où elle peut se poser, effectuer des démarches. Une salle informatique et téléphonique est mise à disposition. Il est préférable de téléphoner avant de se rendre à l'association, mais par la suite le lieu est à destination de toutes les femmes sans durée ni limitation de temps.
- l'hébergement d'urgence, la mise à l'abri dans des appartements dans l'agglomération nantaise, soumis au secret d'adresse.
- la gestion du dispositif « Téléphone grave danger » sur le parquet de Nantes. Sur réquisition du procureur de la République, évaluation de la situation et accompagnement des femmes qui bénéficient de ce dispositif.
- une voie de contact avec la justice via un travail en collaboration avec les assistantes sociales détachées du département, au sein des structures de police et de gendarmerie.

Le travail en collaboration avec les médecins généralistes

Il n'existe aucun partenariat préalablement établi avec des cabinets de médecine générale.

Le lien peut se faire via une femme qui indique avoir été orientée par son médecin, ou l'association peut orienter une femme vers un médecin (de son choix) lorsqu'un diagnostic de santé est nécessaire.

L'association mène également des actions de sensibilisation ou de formation auprès des médecins généralistes afin de se faire connaître principalement.

L'idée est que tout médecin confronté à cette situation, même s'il n'est pas en mesure de prendre en charge sa patiente pour une quelconque raison, puisse orienter celle-ci vers l'association qui prendra ensuite intégralement le relais.

Pour cela le médecin transmet les coordonnées de l'association à la patiente (numéro de permanence 02 40 12 12 40).

Il peut ou non prendre contact avec l'équipe pour discuter de la situation, avec accord de la patiente, avant que celle-ci n'entame les démarches.

Prise en charge des femmes victimes de violences

La première chose à dire à une femme qui vient dénoncer les violences qu'elle subit, c'est qu'elle n'est pas responsable de ce qui lui arrive et qu'on la croit.

Il faut ensuite lui expliquer qu'il y a des associations qui peuvent l'accompagner, et l'orienter vers l'association Solidarité Femmes 44 (ou toute autre association ayant les mêmes compétences).

Il faut bien lui indiquer également qu'il n'y a pas de délai à respecter et que l'accompagnement se fait à son rythme.

Il n'y a pas d'obligation de quitter le domicile pour être aidé. Les femmes qui sont encore au domicile peuvent bénéficier d'un accompagnement au même titre que celles qui sont déjà parties.

Aucune intervention ne doit avoir lieu sans l'accord de la personne.

Le message à faire passer aux médecins généralistes

Il est important que les médecins osent poser la question à leurs patientes.

Il faut savoir repérer les signes d'appel en consultation et les motifs qui doivent impérativement faire poser la question (symptômes dépressifs, problèmes gynécologiques à répétition, symptômes fonctionnels, difficultés d'endormissement).

Il faut systématiquement poser la question « Etes-vous ou avez-vous été victimes de violences conjugales ? » aux patientes. Si la réponse n'est pas immédiate, cela permet de faire passer le message que l'on est en capacité de recevoir l'information et de pouvoir aiguiller la patiente vers des personnes compétentes.

3) Organisation de la séparation

Le cycle de la violence est composé de 4 phases distinctes qui s'enchaînent et forment un cercle vicieux. L'intensité des violences augmente au fil du temps et le rythme a tendance à s'accroître. La sortie de l'emprise et de la violence est un processus qui se déroule dans la plupart du temps par étapes. Plusieurs séparations avec le conjoint peuvent être nécessaires, mais partir et revenir sont des étapes et non pas un échec.

Différents acteurs sont concernés par les étapes successives de la séparation :

- Lorsque la décision de séparation est prise par la victime, il est important de construire un scénario de protection en cas de crise ou de nécessité de se mettre à l'abri immédiatement (préparer un sac, informer les enfants, identifier les aidants, avoir les contacts des services d'aide d'urgence)
Il faut également s'assurer être en possession de certains documents (titre d'identité, carte vitale, carnet de santé, éléments de preuve éventuels etc...) Pour les déposer en lieu sûr il est possible d'utiliser une plateforme en ligne sécurisée comme le site « Mémo-de-vie ».
- Si une situation de crises se produit elle peut nécessiter l'intervention de la police en téléphonant au 17 ou en appelant le 112 (numéro d'appel d'urgence européen).
- Le travail de préparation de la séparation peut être réalisé en amont avec l'aide de services ou d'associations comme Solidarité Femmes Loire Atlantique, les CMS ou les CCAS.
- Pour aider à constituer le dossier de dépôt de plainte ou poursuite judiciaire, le bureau d'aide aux victimes de la police ou de la gendarmerie peut être sollicité.
- Un dispositif légal permet aux victimes de rester à leur domicile par l'éviction du conjoint violent, mais il est parfois nécessaire pour elles de partir en urgence.

Dans la région nantaise plusieurs organismes proposent des hébergements d'urgence :

- Solidarité Femmes Loire Atlantique : possibilité de mise en sécurité à l'hôtel ou en centre d'hébergement.
- Citad'elles : proposition d'hébergements d'urgence au sein de sa structure avec agent de sécurité à l'entrée.
- 115 : quand les associations sont fermées ou inaccessibles.
- Penser également à la famille et aux amis qui peuvent proposer une solution de quelques jours

Il existe également des structures d'hébergement temporaire en attendant l'accès à un logement définitif :

- CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) directement accessibles (mère-enfant, arc-en-ciel, Archipel, ETAPE : 4 centres sur la région nantaise) constitution d'un dossier Service Intégré d'Accueil et d'Orientation qui sera soumis à une commission d'admission par l'intermédiaire d'un travailleur social.
- Structures d'hébergement accessibles par l'intermédiaire d'un travailleur social référent : Hôtel Social Nantes, centre Maternel Saint-Luc de Nantes (Croix Rouge Française), Institution Anjorant Nantes, Association ANEF-Ferrer Nantes.
- Structures accessibles directement : Solidarité Femmes, les CHRS.
- Logements provisoires (pour plusieurs mois éventuellement) gérés par des associations donc l'accès se fait par l'intermédiaire d'un travailleur social : Association Trajet à Rezé, Arc en Ciel Nantes Nord Est, service Asur (association St Benoit Labre à Vertou).

Pour une solution plus permanente il est possible de formuler une demande de logement social. L'inscription se fait via le site internet www.demandelogement44.fr, ou une demande est à envoyer à l'ADIL rue sainte Catherine à Nantes 02 40 89 94 50, dans les offices HLM ou dans les mairies de communes. Il existe un dispositif spécifique pour les victimes de violences conjugales qui permet l'obtention prioritaire d'un logement social. L'inscription au contingent préfectoral de ces personnes se fait par l'intermédiaire d'un travailleur social via les CMS, les CCAS ou directement via le travailleur social référent du centre d'hébergement le cas échéant.

Les personnes qui en ont besoin peuvent solliciter des aides pour accéder à un logement :

- Le fond de Solidarité Logement (FSL) : aide concernant les frais liés à l'accès au logement. La demande se fait par un bailleur public ou un travailleur social.
Pour faire une demande : service solidarité de la délégation de Nantes 02 44 76 73 00
- Loca-Pass pour les personnes de moins de 30 ans salariées ou non sous conditions de ressources. Il s'agit d'un prêt (sans intérêt si frais de dossier) pour aider le futur locataire à verser le dépôt de garantie.
- Action logement : aide pour accéder à un logement social.
Comité Interprofessionnel du Logement (CIL) Atlantique Nantes 02 55 58 03 03

Il est également possible d'obtenir des aides pour le paiement des loyers :

- Aide Personnalisée au Logement (APL)
- Allocation de Logement Familial (ALF)
- Allocation de Logement Social (ALS)

Il existe aussi des aides ponctuelles accordées par la CAF pour aider les familles les plus modestes à faire face aux charges liées au logement.

Les femmes victimes de violences conjugales peuvent bénéficier de mesures leur permettant de récupérer leur logement antérieur via :

- l'éviction du conjoint violent au pénal ou au civile
- l'ordonnance de protection

Les prestations sociales permettant à ces femmes de percevoir un revenu minimum sont :

- le RSA
- le RSA majoré

Il est possible d'en faire la demande via un numéro vert 0 800 844 044

Si un parent ne participe pas à l'entretien de l'enfant depuis au moins deux mois consécutifs, il est possible de recevoir l'Allocation de Soutien Familial (ASF).

Pour connaître ses droits plusieurs associations peuvent apporter une aide :

- Le CIDFF
- La Maison de la Justice et du Droit (consultation gratuites sous condition de ressources)

- L'ADAVI (Association Départementale d'Aide aux Victimes d'Infractions)
- L'Association Prévenir et Réparer

Pour faire défendre ses droits, il est possible de :

- Demander de l'aide à la Maison de l'Avocat à Nantes (consultations gratuites d'orientation juridique sous conditions de ressources).
- Bénéficier de l'Aide Juridictionnelle (totale ou partielle) : à condition d'être de nationalité française ou étrangère en situation régulière résidant en France et d'avoir des ressources inférieures au plafond.

Matériel et méthodes

1) Etude de la littérature

Afin de s'imprégner du sujet et de construire le guide d'entretien semi-dirigé une revue de la littérature a été faite en premier lieu. Les recherches se sont restreintes aux articles en français et en anglais à partir des bases de données PubMed, Google et Google Scholar.

Une dizaine d'articles ont été sélectionnés, ainsi que quelques thèses existantes sur le sujet. Ils ont d'abord été lus puis ont servi de support à la rédaction de la partie « Justification de la Thèse ». Cela a également permis de répondre à l'objectif secondaire « Quels sont les acteurs des réseaux d'aide aux victimes avec lesquels les médecins généralistes peuvent collaborer pour orienter leurs patientes victimes de violences conjugales dans la région nantaise ».

Les mots clefs utilisés pour les recherches ont été : « Violences conjugales, Médecine générale, Femmes victimes, Féminicide » en français et en anglais.

2) Question de recherche

Suite à la revue de la littérature ainsi que notre rencontre avec l'association Solidarité Femmes 44, notre question de recherche a évolué pour devenir plus riche : « Pourquoi, malgré toutes les données disponibles sur les violences conjugales en France et dans le monde, ainsi que les moyens investis et mis en place pour répondre à cette problématique, la prise en charge des femmes victimes de violence au cabinet de médecine générale reste-t-elle aussi difficile et insuffisante ? »

Les objectifs sont devenus :

- **Préciser le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.**
- **Repérer les difficultés ressenties et/ou effectives dans la prise en charge des victimes de violences conjugales au cabinet de médecine générale.**

- **Tenter de comprendre quelles étapes de la formation des médecins généralistes pourraient être/devraient être plus conséquentes sur le sujet des violences conjugales.**
- **Identifier les acteurs des réseaux d'aide aux victimes présents dans la région nantaise (objectif secondaire).**
- **Chercher des axes d'améliorations possibles dans la prise en charge des victimes de violences conjugales au cabinet (objectif principal).**

3) Méthodologie

a – Type d'étude

L'objet de la thèse portait sur les axes d'amélioration de la prise en charge des violences conjugales au cabinet de médecine générale. Il s'agissait de recueillir des propositions, donc nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

b – Recrutement des médecins généralistes

Les médecins visés par le recrutement étaient des médecins généralistes thésés, installés/qui ont été installés ou remplaçants en cabinet de médecine générale.

Pour recruter les médecins généralistes participants, nous avons édité une annonce que nous avons à la fois posté sur le réseau social Facebook® dans un groupe de médecins généralistes de la région, et à la fois envoyé un e-mail à une liste de médecins participants aux gardes d'une maison médicale de la région nantaise.

L'annonce présentait le sujet de recherche et invitait les médecins à se porter volontaires par retour de mail ou message privé. Nous avons ensuite contacté par mail ou message privé ceux qui avaient répondu pour fixer une date d'entretien et leur expliquer les modalités de participation.

5) Déroulement de l'étude

Suite aux échanges de mails/messages privés, une date d'entretien était convenue. Six entretiens en visioconférence d'une durée d'environ 30 minutes ont été réalisés via l'application WhatsApp.

Au début de chaque entretien, le sujet de la thèse était à nouveau expliqué aux participants, afin de recueillir les premières réactions face au sujet.

Les caractéristiques démographiques des participants ont également été recueillies.

Nous avons réalisé l'intégralité des entretiens de l'étude à l'aide d'un questionnaire guide, lui-même réalisé préalablement selon les critères de la grille COREQ.

Le questionnaire comprenait plusieurs items de questions majoritairement ouvertes répartis en 4 grandes parties :

- Première partie intitulée « Violences conjugales au cabinet » : définition des violences conjugales, approche de la thématique en consultation, expériences de situation de violences conjugales en consultation et ressenti dans de telles situations.
- Deuxième partie intitulée « Lien avec les associations » : facilités à joindre les associations et à adresser les patientes.
- Troisième partie intitulée « Suivi et retour d'expérience » : impacts sur la prise en charge ultérieure.
- Quatrième et dernière partie intitulée « Opinion des participants » : axes d'amélioration de la prise en charge des violences conjugales en médecine générale, de renforcement du lien entre associations et médecins généralistes, et d'amélioration de l'aisance des médecins généralistes face à la question.

6) Analyses des données

Les entretiens semi-dirigés favorisaient un discours plus ouvert des personnes interviewées. Cela a permis de réaliser une analyse inductive selon le principe de la théorisation ancrée. Le but était de faire émerger des propositions auxquelles la réflexion spontanée et l'étude de la littérature n'avaient pu aboutir. L'analyse des données a été faite selon un modèle hypothético-déductif sans hypothèse initiale.

Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide du dictaphone d'un Ipad après obtention du consentement oral des médecins participants, puis retranscrits mot à mot à l'aide des enregistrements audio, le plus rapidement possible après l'entretien, pour améliorer la compréhension. Cela a abouti à la création de 6 verbatim anonymes renommés E1 à E6 en fonction de la chronologie des entretiens.

Les verbatim ont été lus à plusieurs reprises, puis nous avons construit un document Word® en les regroupant par thème selon le principe de décontextualisation-recontextualisation. Il s'agissait de réaliser un codage à 3 niveaux (c'est à dire transformation de données brutes en une première formulation signifiante) :

- D'abord un codage descriptif « ouvert » : lecture fine et étiquetage des concepts.
- Ensuite un codage thématique « axial » : hiérarchisation des concepts en catégories plus génériques.
- Enfin un codage matriciel dit « sélectif » « multiple » : articulation autour de catégories centrales identifiées produisant un modèle théorique du cas.

Ce codage a été réalisé sans l'aide de logiciel.

Pour assurer la rigueur de l'étude et limiter les biais d'interprétation, nous avons mis en place des éléments de triangulation :

- triangulation théorique en ayant recours à une analyse et relecture régulière des données par la directrice de thèse.
- triangulation des données par des échantillons provenant de cabinets et de localités différents.

Dans la mesure où aucun nom de patient n'était cité et où l'étude était purement observationnelle, il n'a pas été nécessaire de recueillir par écrit le consentement des médecins participants. L'étude n'a pas non plus nécessité de déclaration auprès de la CNIL

(Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) ni auprès d'un CPP (Comité de Protection des Personnes).

Résultats

1) Caractéristiques de l'échantillon

Les médecins généralistes participants à l'étude ont été recrutés en utilisant la mailing-list de la maison médicale de garde de Saint Herblain ainsi qu'un groupe regroupant des médecins de Loire Atlantique sur Facebook®. La portée théorique du message de recrutement en cumulant les deux effectifs est de 3191 personnes. Cependant il est impossible d'estimer avec précision le nombre de personnes qui ont réellement vu ce message, ainsi que leur statut effectif (médecin généraliste / remplaçant / non médecin).

8 médecins ont répondu par retour de mail ou message privé :

- 1 médecin ne souhaitait pas participer à l'étude car n'avait jamais été confronté à des situations de violences conjugales au cabinet.
- 7 médecins ont accepté de participer mais 1 médecin a été perdue de vue faute de disponibilité pour convenir d'un rendez vous pour l'entretien.

6 entretiens de 30 minutes en moyenne ont été réalisés de janvier à mars 2022. L'entretien le plus court était de 28 minutes et le plus long de 31 minutes.

L'échantillon final est décrit dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques principales de l'échantillon

Médecins	Age	Genre	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Durée d'exercice
Médecin 1	37 ans	F	Semi-rural	En cabinet	9 ans
Médecin 2	40 ans	F	Urbain	En cabinet	5 ans
Médecin 3	31 ans	H	Semi-rural	En cabinet	3 ans
Médecin 4	32 ans	F	Urbain	En cabinet	5 ans
Médecin 5	37 ans	F	Semi-rural	En cabinet	9 ans
Médecin 6	37 ans	F	Urbain	En cabinet	7 ans

Donnée supplémentaire : tous les médecins étaient titulaires sauf le médecin 3 qui était remplaçant fixe dans un cabinet.

Une difficulté de cette thèse a été de trouver des médecins qui acceptaient de participer aux entretiens. Sur les 3191 personnes qui ont potentiellement pu prendre connaissance du message de recrutement, seules 8 personnes ont répondu, soit 0,25% de réponse.

Il est légitime de se demander ce qui justifie ce faible taux de réponse : est ce uniquement par manque d'intérêt pour la question, par manque de temps ou par peur d'être jugé ou pour d'autres raisons ?

3) Contextualisation

A – Définition des violences conjugales

Chaque médecin a une conception particulière des violences conjugales mais tous s'accordent à dire qu'elles peuvent être de **plusieurs natures** : physiques, morales/psychologiques, administratives, financières, sexuelles.

« Ça va être les violences exercées au sein d'un couple, de tout type donc administrative comme garder les papiers d'identité par exemple, financiers, de l'humiliation au quotidien aussi, et même des agressions sexuelles ou des viols ». Entretien (E)3.

Quand il s'agit de poser la **limite entre conflits et violences** au sein d'un couple les médecins sont plutôt d'accord pour mettre en avant un **déséquilibre** entre les protagonistes. Pour eux, dans un cas de violences conjugales il existe **un ascendant** entre les deux membres d'un couple, **à l'origine d'une souffrance**.

« Le conflit est une mésentente expliquée par les 2 partenaires. S'il y a violences, il y a des limites franchies comme une insulte. » E2

« Pas évident de mettre la limite mais à partir du moment où ça fait souffrir c'est que quelque chose ne va pas, un déséquilibre. » E5

« Dans le conflit il n'y a pas de supériorité alors que dans les VC il y a un ascendant de l'un sur l'autre. » E6

B – Dépistage des violences conjugales

Aucun des médecins interrogés ne pose systématiquement la question à toutes ses patientes. Pour autant, ils abordent le sujet aussi souvent qu'ils l'estiment possible. Chaque médecin a repéré **des situations** dans lesquelles il lui semble opportun et plus facile d'aborder le sujet. Ils se disent également ouverts à aborder la question selon les demandes des patientes.

« Je pose très souvent la question et de façon systématique quand il y a un nouvel enfant qui naît. » E2

« Je le fais chaque fois que je fais un examen gynéco parce que ça s'y prête. » E5

Même si certains **points d'appel semblent communément admis** par l'ensemble des médecins, d'autres semblent plus personnels. Pour exemple la rencontre avec une nouvelle patiente semble être pour certains une bonne occasion d'aborder la question, alors que pour d'autres cela semble plus difficile avant d'avoir mis en place une vraie relation de confiance.

« Sur la nouvelle patientèle c'est plus difficile, avant une vraie relation de confiance. » E1

« Quand on voit une nouvelle patiente arriver au cabinet on est sensés poser la question. » E3

Les **points d'appel** évocateurs de violences conjugales rapportés par les médecins sont de plusieurs natures.

Ils peuvent être **d'ordre psychologiques** : troubles du sommeil, syndrome anxio-dépressif, asthénie, plaintes psychologiques diverses, troubles cognitifs ou mnésiques, consommation de toxiques.

Outre les sévices physiques directement rapportés ou visibles ils peuvent être **somatiques** : douleurs diffuses sans organicité retrouvée, douleurs chroniques inexplicées, symptomatologie urinaire ou inconfort gynécologique surtout s'ils sont répétés, traumatismes multiples.

Ils peuvent également être des **situations sociales** : familles en situation de précarité, ou d'isolement.

Ils peuvent finalement être des **situations cliniques** : une maman très sensible ou avec une inquiétude exacerbée pour ses enfants, la grossesse de manière générale et le post partum, les consultations de gynécologie surtout si elles sont difficiles, ainsi que les consultations répétées d'une même patiente.

« Ça peut être un syndrome anxio-dépressif, des troubles somatiques et des douleurs diffuses, de la fatigue, des choses difficiles à rattacher à une organicité. » E3

« La période de la grossesse et du post partum est à surveiller. » E4

La plupart des médecins rapportent qu'ils **se sentent mal à l'aise** ou alors qu'ils se sont déjà sentis en difficultés par le passé face à des femmes victimes de violences conjugales.

Les difficultés rapportées se situent à 3 niveaux :

- Manque de **ressources** nécessaires, notamment **connaissance du réseau** de professionnels à qui adresser la patiente et manque de confiance en ses capacités par défaut d'expérience et de connaissances.

« Pas très à l'aise car je n'avais pas le réseau pour déclencher la prise en charge. » E1

« Jamais à l'aise, compliqué de l'être par mon manque d'expérience. » E2

- Manque d'aisance **dans la relation** avec la patiente à l'abord du sujet des violences conjugales.

« Difficile de faire prendre conscience que ce sont des violences et d'avoir l'adhésion de la patiente. » E3

- **Inquiétude** face à la dangerosité de la situation pour la patiente voire **frustration** devant le fait qu'on ne peut pas faire avancer les choses à sa place.

« Ce qui est difficile c'est de ne pas projeter ce qu'on aurait envie de faire à sa place. » E4

« J'ai toujours l'inquiétude qu'il se passe quelque chose de grave. » E6

En conclusion, chaque médecin a sa propre vision des violences conjugales, mais tous s'accordent à dire qu'elles peuvent prendre de multiples formes (psychologiques, physiques, administratives, financières, sexuelles). Poser systématiquement la question semble difficile en pratique et possiblement source de malaise, mais certaines situations ou plaintes de patientes sont évocatrices et doivent faire évoquer le sujet. Le manque de connaissance et d'expérience dans le domaine, la relation avec la patiente ainsi que l'inquiétude et la frustration que peuvent engendrer de telles situations sont les principaux éléments de difficultés ressentis par les médecins.

C – Situations vécues au cabinet

L'ensemble des médecins interrogés **a déjà eu à prendre en charge** des patientes victimes de violences conjugales.

La plupart du temps c'est le médecin qui a abordé la question, ou qui a amené la patiente à livrer ces informations en l'aidant à prendre conscience de ce qu'elle était en train de vivre.

« Elle était dépressive, elle rapportait des faits de conjugopathie. » E1

« C'est moi qui avait posé la question car la femme était arrivée en pleurant. » E2

« Oui plein parce que quand on creuse on trouve. » E5

« Plus souvent en réponse à une question sur des points d'appel. » E6

Parfois ce sont les patientes qui vont spontanément rapporter des faits de violences conjugales, en particulier quand elles viennent pour demander un certificat descriptif dans le but d'entamer des procédures de judiciaires.

« Ça m'est déjà arrivé qu'elles viennent pour un certificat parce qu'elles avaient pris un coup. » E3

« Oui, à chaque fois spontanément rapporté. » E4

Tous les médecins ont validé le fait que le manque de formation avait pu les faire passer à côté de situations à un moment où un autre de leur exercice médical.

- *« Oui c'est certain. » E1, E2, E3*

- *« Oui, peut être. » E4*

- *« Oui, c'est possible. » E6*

D – Prise en charge proposée par les médecins généralistes

Face à des situations de violences conjugales en consultation, les médecins interrogés ont tous été en mesure de proposer des solutions. Pour ceux qui ne connaissaient pas d'associations ils ont pu conseiller à leur patiente de composer **le numéro national 3919**, afin d'être informées sur les structures de proximité existantes et de bénéficier d'une écoute adaptée.

« J'avais entendu parler seulement de ce qu'on voit à la télé le numéro vert, je ne connaissais aucune association. » E1

« Il faut leur dire de faire le 3919 pour être informées. » E2

« Je donne le 3919. » E3

Ceux qui connaissaient le nom des associations locales existantes ont pu **remettre les différentes coordonnées** selon les besoins des patientes. De ce fait ce sont les patientes qui ont fait elles-mêmes la démarche de joindre les associations et non les médecins.

« J'envoie aux urgences du CHU s'il y a un besoin de mise à l'abri immédiat, sinon j'adresse à Solidarité Femmes 44 car j'ai déjà eu des retours. » E3

« J'ai un carnet avec les adresses et les numéros de téléphone des associations. » E4

« J'ai une plaquette avec toutes les coordonnées pour les donner aux patientes. » E5

« Je connais Citad'elles. Je donne régulièrement les coordonnées. » E6

Le fait d'avoir un **suivi sur la prise en charge** avec éventuellement des retours de la part des patientes permet d'apporter au médecin **de la confiance et de l'expérience** dans sa pratique. En effet le fait de savoir qu'une association a été réactive et de savoir ce qu'elle a apporté comme solution permet d'affiner les futures prises en charge.

« La dame a eu une prise en charge psychologique et ils lui ont trouvé un foyer. » E2

« C'est rassurant de savoir qu'elles vont être prises en charge. » E5

En conclusion, tous les médecins interrogés pour cette étude ont déjà eu à prendre en charge des patientes victimes de violences conjugales. La plupart du temps ce sont eux qui ont abordé le sujet mais parfois ce sont les patientes qui ont rapporté les faits à l'occasion d'une demande de certificat médical. Tous s'accordent à dire que le manque de formation les a probablement fait passer à côté de situations de violences conjugales. Concernant la prise en charge, à défaut de connaître les coordonnées des associations locales, ils savent qu'il est utile de conseiller d'appeler le 3919. Les retours d'expérience et le suivi ont une influence positive sur les compétences des médecins dans ce domaine.

4) Réponse à la question principale

Axes d'amélioration de la prise en charge des violences conjugales :

A - Propositions des médecins généralistes pour un meilleur dépistage.

Lorsqu'on demande aux médecins généralistes par quel biais on pourrait améliorer la prise en charge des violences conjugales, tous nous parlent de **la formation**.

- Tout d'abord, la **formation initiale** doit être développée. Cette formation est nécessairement **théorique** et doit aborder des thèmes importants tels que le bien-être et la santé de la famille et du couple, incluant des notions de thérapie de couple ainsi que des notions de communication non violente, tout cela dans le but de se sentir armé pour aider au mieux les futures patientes.

« La formation initiale est importante et tout ce qui concerne le bien-être et la santé de la famille c'est pas du tout enseigné. » E2

- La **formation continue** est tout aussi importante mais doit être **plus concrète**. Elle est basée sur des témoignages de victimes de violences conjugales et/ou des rencontres avec les associations locales. Ces échanges peuvent avoir lieu dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu) ou sur la propre démarche du médecin qui doit être autonome et moteur pour améliorer ses connaissances. Le but est de confronter le médecin à des situations de violences conjugales pour acquérir de l'aisance dans sa pratique.

« J'ai amélioré ma pratique sur les formations continues car je n'ai pas eu l'impression d'être correctement armée avec la formation initiale. » E6

- Il existe également des **formations complémentaires** et notamment un DIU Prise en charge des violences faites aux femmes en vue de la bientraitance.

L'autre point important abordé par les médecins généralistes interrogés est la nécessité d'avoir un **lien étroit avec un réseau de professionnels**, notamment les associations locales d'aide aux victimes de violences conjugales.

« Avoir des relations fortes avec le réseau autour duquel on travaille est important. » E2

« Développer un réseau de professionnel qui soit plus important, souvent chacun est dans son coin. » E3

Pour améliorer la prise en charge des violences conjugales tous les médecins interrogés pensent qu'il est intéressant de mieux les dépister et donc de **poser systématiquement la question**. De préférence cela doit se faire **à l'oral** car cela permet de voir les réactions des femmes et de prendre en compte le « non verbal ». Un questionnaire peut venir compléter la démarche notamment pour aider certaines femmes à prendre conscience de ce qu'elles vivent (on peut imaginer qu'obtenir un certain score au questionnaire place le sujet dans la catégorie des femmes victimes de violences conjugales).

Plusieurs circonstances sont envisagées pour poser la question :

- **L'inclure dans l'examen clinique** de chaque patiente afin de banaliser la question et améliorer sa perception par les patientes.

« Il faudrait l'inclure dans l'examen clinique sur nos propres patientes pour qu'elles sentent la porte ouverte si besoin. » E1

« Peut-être le fait de poser systématiquement la question fait qu'il y a moins de tabou car ça devient usuel. C'est banalisé donc on a moins l'impression de rentrer dans l'intimité. » E4

- La poser **systématiquement lors de la première consultation** au cabinet.

« Il faut essayer de la poser systématiquement en première consultation, que la femme nous garde en référent même si c'est pas pour tout de suite. » E2

- La poser lorsqu'une **relation de confiance est installée** avec une patiente qu'on connaît bien.

« En pratique plutôt lorsqu'une relation de confiance s'est installée sinon ça peut être indiscret. » E3

Dans chacune de ces situations, même si la réponse est négative cela permet de montrer à la patiente que le médecin est **en capacité de recevoir** cette information si le cas se présente.

En conclusion, pour les médecins interrogés l'amélioration de la prise en charge des violences conjugales passe donc par une formation (initiale et continue) plus développée et l'élaboration de liens étroits avec un réseau de professionnels adapté. Cela passe aussi par un meilleur dépistage des situations de violences conjugales grâce au questionnement systématique de leurs patientes. Le but est de créer une ouverture pour que la patiente sache qu'elle peut se confier si besoin.

B – Propositions des médecins généralistes pour un meilleur lien avec les associations d'aide aux victimes.

Plusieurs éléments permettraient de renforcer la collaboration entre les médecins généralistes et les associations d'aide aux victimes :

Le premier point est **d'améliorer la connaissance du réseau** de professionnels présents localement.

Cela peut être une démarche personnelle du médecin qui se renseigne à propos des associations existantes à proximité.

« Il faut avoir une adresse ou un numéro de téléphone dédié à donner si besoin. » E1

On peut également envisager que le conseil de l'ordre puisse communiquer les numéros utiles lors de l'installation.

« Quand tu t'installes le conseil de l'ordre pourrait te remettre un petit listing de numéros à utiliser devant différentes situations. » E1

Pour se faire connaître des médecins et des patientes les associations peuvent aussi envoyer de la documentation à laisser dans la salle d'attente du cabinet.

« Le fait de nous envoyer des choses comme des affiches et flyers à donner aux patientes c'est intéressant. » E6

Enfin les médecins peuvent faire la démarche de se déplacer pour aller à la rencontre des acteurs locaux.

« Il ne faut pas hésiter à demander aux associations si on peut venir voir quand on est au cabinet. » E2

Deuxièmement il serait intéressant de **développer une voie de contact** unique et sécurisée pour communiquer avec les professionnels (associations, médecins généralistes, médecins légistes).

« Il serait intéressant de développer une messagerie sécurisée avec des professionnels pour communiquer rapidement. » E3

Enfin, **organiser des rencontres régulières** avec les associations pourrait améliorer la coordination. Cela peut être mis en place au travers de colloques dans le contexte du DPC, ou alors par des rencontres annuelles pour faire un point sur les nouveautés et faire des rappels.

Les associations peuvent proposer des formations sur des thèmes méconnus ou mal maîtrisés.

Pour ceux qui le souhaitent il est possible pour un médecin d'être bénévole dans certaines associations.

« Les associations peuvent organiser des colloques sur des thèmes par exemple la prise en charge juridique des violences conjugales ou encore l'arrivée d'un enfant dans la famille et ce que ça peut amener comme problématique. » E2

En conclusion, pour renforcer le lien entre les médecins généralistes et les associations d'aide aux victimes, il faut une démarche réciproque dans laquelle les médecins et les associations sont moteurs. Cela permet d'avoir une meilleure connaissance du réseau, de mieux communiquer et de pouvoir se rencontrer à des temps dédiés dans le but de progresser ensemble.

C – Proposition des médecins généralistes pour un meilleur vécu des situations de prise en charge de violences conjugales.

Les médecins ont été interrogés sur la manière de les rendre plus à l'aise avec les situations de violences conjugales.

Une majorité a répondu qu'il leur faudrait **plus de connaissances** notamment une meilleure formation basée sur des éléments concrets, comme des témoignages de victimes ou des cas cliniques.

« Il faudrait entendre beaucoup de témoignages de femmes victimes de violences, de choses très concrètes et de parcours car il s'agit vraiment d'un parcours. »E2

Mieux connaître le réseau de professionnels qualifiés qui les entoure, avec lesquels ils peuvent échanger et travailler est un élément rassurant. Avoir des interactions facilitées avec une équipe permet de se sentir moins seul face à des situations qui peuvent être compliquées.

« Le fait d'avoir une équipe derrière, quelqu'un qui va pouvoir prendre le relai c'est important. » E1

Il ressort également que travailler sur soi pour **être disposé à recevoir l'information** tout en sachant **mettre de la distance personnelle** est un point important. Cela passe éventuellement par le fait de prendre plus de temps en consultation et surtout savoir donner de son temps.

« Savoir mettre de la distance personnelle et garder les idées claires. » E1

« Prendre plus de temps en consultation car 10 minutes c'est insuffisant pour prendre en charge une femme victime de violences conjugales. »E5

Enfin, un des médecins a évoqué le fait qu'il faudrait un meilleur encadrement légal des dérogations au secret professionnel, avec l'assurance d'être **protégé au niveau ordinal**.

« Peut être protéger d'avantage les médecins car les dérogations au secret médical sont hyper casse-gueule. » E3

Pour que les médecins généralistes se sentent plus à l'aise dans la prise en charge de situations de violences conjugales il faudrait qu'ils soient mieux « armés » pour avoir des

solutions à apporter quand la réponse à leur question est positive. Cela passe par une formation plus complète, une meilleure connaissance du réseau de professionnels concernés, un travail sur soi pour obtenir gagner en détachement et un meilleur encadrement légal et ordinal.

D - Le secret professionnel

Concernant le secret professionnel il est légitime de se demander **dans quelle mesure cela peut constituer un obstacle** légal à la prise en charge des violences conjugales.

Par ailleurs est ce que les changements de législation intervenus récemment dans ce domaine permettent d'en améliorer la prise en charge ?

Très peu de médecins connaissent les nouvelles dérogations de 2020 qui permettent de lever le secret médical sous condition de danger imminent.

Ceux qui en ont connaissance mettent en doute la clarté de ces nouvelles mesures.

Certains estiment que **cela peut être un problème** dans la prise en charge de la patiente.

« Oui, ça peut nous empêcher de défendre et protéger quelqu'un quelquefois. » E1

« Oui ça pose problème, en tous cas ça pose question. » E3

« Oui je les connais et oui ça m'a déjà posé problème mais les dérogations est ce que ça ne va pas à l'encontre du cheminement de la patiente sur sa propre histoire ? » E5

D'autres n'y voient **pas forcément un obstacle** mais un gage de confiance vis à vis de leur patiente.

« Je ne pense pas que ce soit un problème, si on pense qu'il y a une mise en danger ça doit être levé ». E2

« Avant ça pouvait être un problème mais moins maintenant. Le secret avant nous maintenait à l'écart. C'était confortable, alors que maintenant c'est difficile même si c'est bien car ça nous donne la possibilité d'intervenir. » E4

« Non ce n'est pas un problème c'est essentiel et il faut absolument qu'on leur rappelle qu'il existe. Ça ne me met pas du tout à l'aise ces nouvelles reco. » E6

En conclusion, la question du secret professionnel dans les cas de violences conjugales est une question qui divise les médecins interrogés.

Peut être serait-il nécessaire de venir préciser les conditions de dérogation pour qu'ils se sentent mieux encadrés, protégés et ainsi permettre d'améliorer la prise en charge des violences conjugales dans certaines situations.

Discussion

1) Forces de cette étude

La principale force de cette étude est sa méthodologie qualitative qui laisse une expression libre aux médecins généralistes interrogés. Le choix d'un entretien semi-structuré a permis de faire émerger des opinions inattendues.

Parmi les éléments de méthode participant à la force de cette étude on compte la longueur des entretiens de 30 minutes, qui a permis de laisser le temps aux médecins de s'exprimer et de poser un certain nombre de questions.

Le fait que l'investigateur n'ait aucun lien avec les participants permet d'éviter un biais d'affinités.

2) Limites de cette étude

La faiblesse la plus évidente de l'étude est la petite taille de l'échantillon qui ne permet pas de généraliser les résultats.

Malgré le recrutement aléatoire des participants, il existe un biais de recrutement dans la mesure où les médecins interrogés sont ceux qui ont accepté de participer à cette étude. La liste des médecins invités à faire partie de l'étude était limitée aux médecins participant à la permanence des soins sur le CAPS de St Herblain, ainsi que ceux inscrits sur le groupe Facebook® dans lequel le message a été publié. Elle n'incluait pas les autres médecins généralistes de la région nantaise.

Le manque d'expérience de l'interrogateur dans la conduite des entretiens a pu entraîner un défaut d'objectivité et orienter les questions. De même, le fait que ce soit la même personne qui ait procédé aux entretiens, à la retranscription et à l'analyse, a pu entraîner des biais d'interprétation et d'analyse.

La réalisation d'entretiens en visioconférence a pu conduire à la perte de certains détails, notamment en ce qui concerne le langage non verbal.

3) Résumé des principaux résultats

Les médecins généralistes ont une position idéale pour dépister les situations de violences conjugales parmi leurs patientes, de par la relation de confiance qu'ils ont installée avec elles. Bien souvent, ils sont les premiers interlocuteur de ces femmes, soit devant des faits spontanément rapportés, soit par des signes évocateurs ou encore le dépistage systématique. Ils ont un rôle clef et multiple, comme par exemple la rédaction du certificat descriptif ou encore l'orientation vers un relai compétent et les associations d'aide aux victimes.

Pourtant, lorsqu'ils sont interrogés à propos de leur ressenti on constate qu'ils sont majoritairement déstabilisés par le sujet. Outre le fait de se sentir seuls face à ces situations, ils ont également l'impression de ne pas maîtriser le sujet voire d'être impuissants. Cela conduit à une insatisfaction personnelle et professionnelle et à une majoration de leur charge mentale.

L'histoire personnelle et le propre vécu des médecins peuvent également impacter la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, car c'est un domaine dans lequel des éléments de vie privée peuvent s'intriquer avec des situations professionnelles.

Les médecins qui expriment leur malaise parlent du sentiment d'intrusion dans la vie privée de leur patiente, notamment en ce qui concerne le dépistage systématique.

Toutes ces difficultés peuvent conduire au sentiment d'isolement des professionnels de santé. Ils peuvent rencontrer des difficultés de diagnostic et d'orientation des victimes par perte des données rapportées par le patient et méconnaissance des réseaux d'aide aux victimes.

De nombreux professionnels sont impliqués dans le réseau d'aide aux victimes de violences conjugales. Il n'y a pas un mais de multiples recours possibles. C'est pour ça que

l'on parle « d'itinéraires » : recours d'urgence dématérialisés, sites internet d'information, recours d'urgences matérialisés médicaux, associations d'aide aux victimes, organismes judiciaires...

Les deux principales associations dédiées à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales dans la région nantaise sont Solidarité Femmes 44 et Citad'elles Nantes. Elles sont composées de travailleuses sociales, de bénévoles ainsi que des professionnels de santé inhérents à l'associations Citad'elles. Leurs rôles vont de la simple écoute à l'hébergement d'urgence, en passant par l'accueil de jour, le conseil et l'information judiciaire, l'aide administrative ainsi que la gestion du dispositif Téléphone Grave Danger (par Solidarité Femmes 44). Tout médecin peut y orienter une de ces patientes. Remettre les coordonnées d'une association doit constituer la première réponse à un diagnostic de violences conjugales.

Pour les médecins interrogés, on peut améliorer la prise en charge des violences conjugales en développant la formation initiale qui doit être plutôt théorique. La formation continue doit elle aussi être développée et elle est volontiers plus concrète, basée sur des témoignages de femmes victimes de violences conjugales et/ou des rencontres avec les associations. Ces échanges peuvent être organisés dans le cadre du DPC ou à l'initiative des médecins qui sont autonomes et moteurs dans leur formation. Le but est de confronter les professionnels à des situations de violences conjugales pour obtenir de l'aisance dans ce domaine, et qu'il se sentent plus « armés » face à ces situations.

Tous les médecins interrogés pensent qu'il est intéressant de mieux dépister les violences conjugales, et donc de poser systématiquement la question. De préférence il faudrait le faire à l'oral, mais selon les médecins les solutions peuvent être différentes : inclusion dans l'examen clinique, question systématique au premier entretien ou encore question lorsqu'une relation de confiance est installée. Dans tous les cas, le but est de créer une ouverture pour plus tard, même si la réponse est négative sur le moment. De cette façon les femmes savent que si un jour elles ont besoin de se confier, leur médecin est à même de recevoir cette information et de les prendre en charge.

L'amélioration de la prise en charge des violences conjugales en cabinet de médecine générale passe également par l'élaboration de liens étroits avec un réseau de professionnels adapté, notamment avec les associations locales d'aide aux victimes. En premier lieu il s'agit

d'améliorer la connaissance du réseau de professionnels présents localement : via une démarche personnelle du médecin, l'élaboration d'un guide des numéros utiles à l'installation ou la prise de contact de la part des associations qui font parvenir de la documentation pour les salles d'attente.

Il est intéressant de se demander dans quelle mesure le secret médical peut constituer un obstacle légal à la prise en charge des violences conjugales, et si les changements de législation intervenus récemment permettent d'en améliorer la prise en charge. C'est une question qui divise les médecins interrogés, en partie parce que des précisions sur les conditions de dérogations seraient nécessaires pour que ceux-ci se sentent protégés légalement.

Conclusion

Les violences conjugales sont un enjeu majeur de santé publique, avec un coût annuel de plusieurs milliards d'euros, et plus de 300 000 victimes par an en France, et bien plus encore dans le monde. Pourtant, cela est encore souvent considéré à tort comme un sujet tabou et peine à être abordé.

Les médecins généralistes sont les premiers interlocuteurs des victimes car ils disposent d'une place de choix, et leur rôle est de diagnostiquer, de prendre en charge et d'orienter les victimes dans les réseaux compétents d'aide aux victimes.

Cependant, ils se sentent souvent démunis et insuffisamment « armés » face à des situations qui peuvent rapidement les dépasser.

Pour surpasser cela, ils proposent d'améliorer la formation initiale et continue, en se confrontant à des situations de violences conjugales, notamment par des témoignages, pour se sentir plus à l'aise, d'établir des liens étroits avec les réseaux de professionnels adaptés, et de poser systématiquement la question « Etes-vous victimes de violences ? » pour que leur patientes sachent qu'ils sont aptes à recevoir l'information.

Enfin, les violences conjugales s'exercent non seulement au sein d'un couple mais aussi au sein de la famille et il ne faut pas oublier que les enfants sont eux aussi touchés. A ce sujet, il serait intéressant d'étudier l'impact de ces violences sur les enfants des familles concernées.

Bibliographie

1. Janeiro O. Dépistage systématique, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes [thèse]. Faculté de médecine de Marseille ; 2018 Juin 21.
2. Bernardi V, Guedj H, Moreau A, Razafindranovona T, Zilloniz S. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019. INSEE. ONDRP. SSMSI.; 2019 déc p. 123.
3. Picatto C. Ressenti des médecins généralistes lors du dépistage des violences conjugales faites aux Femmes [thèse]. Faculté de médecine de Marseille ; 2020 Juin 17.
4. Pr.Henrion. Les femmes victimes de la violence conjugale, le rôle des professionnels de santé. 2001 févr p. 64.
5. Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants [Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017.
6. CNRS, INED, INSERM. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF). Service des Droits des femmes et le Secrétariat d'État aux Droits des femmes.; 2000 p. 8
7. Ministère de l'intérieur. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple. 2020 Juillet 10
8. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violence et la lutte contre la traite des êtres humains). [disponible sur : <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr>]
9. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes. 2019. [disponible sur : <http://www.arretonslesviolences.gouv.fr>]
10. Le Monde. Violences conjugales : « Pour sauver des vies, un SMS ne suffira pas ». 7 avril 2020.

11. INED. Virage Violences et rapports de genre. Violences au cours des 12 derniers mois.
12. Brown E., Debauche A., Mazuy M. Virage, une enquête innovante pour caractériser les violences de genre. Institut national d'études démographiques ; 2017 janv.
13. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012;52(6):587-605.
14. Boutonné R. Représentations et vécu des médecins généralistes face à la violence conjugale en consultation: une étude qualitative exploratoire. [Creteil]: Université Paris Est Creteil; 2014.
15. Bedeau J, Benaïm L. Anna. Outil pédagogique de formation des professionnels. [disponible sur : <http://www.arretonslesviolences.gouv.fr>]
16. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violence conjugale: Etude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. [Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen]: Université de Rouen; 2016.
17. Dhuny DN. Violences conjugales: vers un dépistage systématique par les médecins généralistes lorrains. [Faculté de médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2012.
18. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. [Paris]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2013.
19. Benoit M. Pour un meilleur dépistage médical des violences faites aux femmes. Une revue de la littérature. [Faculté de médecine Henri Warembourg]: Université de Lille 2 Droit et Santé; 2016.
20. Taraborrelli E. Voilà à quoi ressemblent les victimes de violences conjugales. *LExpress.fr*. 2016.
21. Soullez C. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Rapport d'activité 2019. 2019
22. Rizk C. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Repère numéro 31. Éléments de profil des hommes et des femmes de 18 à 75 ans ayant déclaré avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles sur deux ans par conjoint cohabitant. 31 mars 2016.
23. Ministère de l'intérieur. Etude nationale relative aux morts violentes au sein d'un couple. 2019
24. Solidarité femmes. Solidarité femmes 44. (France): 2022. [disponible sur <http://solidaritefemmes-la.fr>]

25. CIDFF. CIDFF Loire Atlantique. Rapport Annuel d'activité. Année 2020.
26. Gouvernement. Arrêtons les violences. (France): 2020. [disponible sur <https://arretonslesviolences.gouv.fr>]
27. Département de médecine générale de Clermont-Ferrant. Décllic violence (France): 2022. [disponible sur <https://decllicviolence.fr>]
28. Y. Lambert-Delettre. SOS femmes. (France): 2000-2022. [disponible sur <http://sosfemmes.com>]
29. Citad'elles Nantes. (France): 2022. [disponible sur <https://www.nantescitadelles.fr>]
30. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Mise en place et animation d'un observatoire territorial des violences faites aux femmes. nov 2016. [disponible sur <http://arretonslesviolences.gouv.fr>].
31. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Istanbul: Conseil de L'Europe; 2011.
32. SSMSI (service statistique ministériel de la sécurité intérieure), Insee. Communiqué de presse. Statistiques de victimation : Un dispositif alternatif à l'enquête cadre de vie et sécurité pour 2020. 9 nov 2020.
33. A. Charbonnel. Gestions hospitalières n° 600. La nouvelle dérogation au secret professionnel en cas de violences conjugales – nécessité de protéger et lien de confiance à préserver : comment choisir, comment agir ? nov 2020.
34. HAS santé. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » Annexe. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente.
35. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 50 p.
36. Albagly M, Cavalin C, Mugnier C, Nectoux M. Etude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012 [Internet]. France: Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes; 2014 nov p. 102.

37. Burge SK, Schneider FD, Ivy L, Catala S. Patients' Advice to Physicians About Intervening in Family Conflict. *Ann Fam Med*. juin 2005;Vol. 3(No. 3):248-54.
38. Organisation mondiale de la santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. Le fémicide. Sept 2012.
39. LEPCAM. Lire écrire publier et communiquer des articles médicaux. [disponible sur <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/redaction/>]

Annexe 1

Grille de préparation aux entretiens semi-dirigés

- Information sur la thèse
- Obtention du consentement oral des médecins pour enregistrer l'entretien.
- Questions administratives (pour remplir le tableau) : âge, sexe, formation, lieu d'exercice, durée d'installation/exercice, type de patientèle (rurale/urbaine), adresse mail.

Violences conjugales au cabinet

- Définition des violences conjugales ? Qu'est ce qui constitue des violences conjugales pour vous ? Quelle est la frontière entre conflit / violence ?
- Comment est-ce que vous abordez les choses au cabinet ? / Est-ce que vous abordez les choses au cabinet ? Est ce que vous posez systématiquement la question ?
- Avez vous déjà eu des situations de violences conjugales en consultation ?
Etait-ce vous qui aviez posé la question (sur point d'appel gynéco ou autre ou alors sans aucun point d'appel) ou était-ce spontanément rapporté par la patiente pour demande de certificat initial descriptif par exemple ?
Qu'avez vous ressenti, vous êtes vous senti à l'aise ? Quels sont les points qui vous ont posé problème ?
- Connaissez-vous des points d'appel évocateurs de violences conjugales ? (ou situations évocatrices : sociales et médicales) Savez-vous les repérer ?

Lien avec les associations

- Saviez vous vers qui adresser votre patiente, connaissiez vous les associations d'aide aux victimes ?
- Si le médecin n'a jamais été confronté à une situation de violences conjugales : Si vous faisiez face à cette situation que feriez vous ? Vous sentez-vous en capacité de prendre en charge une telle situation ?
- Avez-vous réussi à joindre les associations rapidement ? Vous ont-elles apporté une solution rapide et concrète ?

Suivi par la suite

- Avez-vous eu des retours suite à la prise de contact / orientation de votre patiente dans le réseau d'aide aux victimes, notamment les associations ?
- Pensez vous que ça vous a aidé/aurait aidé à améliorer votre prise en charge ?

Opinion

- Selon vous comment pourrait-on améliorer la prise en charge des violences conjugales en médecine générale ?
- Est-ce que c'est par une formation initiale plus importante ? Une formation continue plus développée ? Faudrait-il organiser des rencontres entre les médecins et les associations ? Par quel biais ?
- Faudrait-il développer une voie de contact médecins-associations par mail ?
- Pensez-vous qu'il devrait y avoir un référent hospitalier des violences conjugales à l'hôpital en dehors des urgences ?
- Savez-vous qu'il y a un référent aux urgences du CHU de Nantes ?
- Comment renforcer le lien avec les associations / améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les associations ?
- Faudrait-il poser systématiquement la question à toutes les patientes ? Au moyen de questionnaires ou à l'oral ?
- Que faudrait-il pour que les médecins se sentent plus à l'aise avec ces situations ?
- Est-ce que pour vous le secret professionnel est un problème dans la prise en charge des violences conjugales ? Connaissez-vous les nouvelles conditions de dérogation (de 2020) ?

Annexe 2

Traduction française de la grille COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Grille tirée de l'article : Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.

Vu, le Président du Jury,

(Indiquer le NOM, Prénom et titre et faire signer)

Vu, le Directeur de Thèse,

(Indiquer le NOM, Prénom et titre et faire signer)

Vu, le Doyen de la Faculté,

(nous nous chargeons de faire signer le Doyen)

NOM : COUTELLE

PRENOM : Marine

Titre de Thèse : Prise en charge des patientes victimes de violences conjugales en cabinet de médecine générale.

RESUME

Introduction : Les violences conjugales sont un sujet qui concerne plus de 30% des femmes dans le monde. Pourtant c'est un sujet qui peine à être diagnostiqué par les médecins généralistes qui sont pourtant les premiers interlocuteurs des victimes. Notre étude a pour but de déterminer à partir du vécu de médecins généralistes quels sont les axes d'amélioration de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en cabinet de médecine générale. L'objectif secondaire est d'identifier quels sont les acteurs des réseaux d'aide aux victimes avec lesquels les médecins généralistes peuvent collaborer pour orienter leurs patientes victimes de violences conjugales, en particulier dans la région nantaise.

Matériels et Méthodes : L'étude réalisée est de nature qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés menés avec 6 médecins de la région nantaise. Le recrutement s'est fait grâce à une annonce envoyée via une mailing-list de garde et postée sur un réseau social. Les médecins qui ont répondu favorablement ont accepté de participer à des entretiens conduits entre janvier et mars 2022, en visioconférence.

Résultats : Pour les médecins interrogés, l'amélioration de la prise en charge des violences conjugales passe par le développement de la formation initiale et continue. Cette dernière doit être basée sur des rencontres avec les associations et avec les victimes. Cela passe également par l'élaboration des liens étroits avec les réseaux de professionnels adaptés, grâce à un investissement mutuel des médecins et des structures locales existantes. Enfin, un meilleur dépistage de ces situations est souhaitable.

Par ailleurs, les structures pouvant offrir une aide aux victimes de violences conjugales à différents niveaux sont nombreuses dans la région nantaise. Les 2 associations qui sont entièrement dédiées à ce sujet et proposent une prise en charge la plus complète sont Solidarité Femmes 44 et Citad'elles Nantes.

Discussion : Notre étude met en avant des axes d'amélioration de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales grâce à l'utilisation d'une méthodologie qualitative qui laisse une expression libre aux médecins généralistes interrogés. Cependant, compte tenu de la faible taille de l'échantillon il est probable que des éléments de réponse manquent à cette étude et les résultats sont difficilement généralisables.

MOTS-CLES

VIOLENCES CONJUGALES, VIOLENCES DE GENRE, MEDECINE GENERALE, FEMMES VICTIMES, FEMINICIDE, FEMMES BATTUES, VIOLENCES PHYSIQUES, VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES.