

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BARROSO DEBEL Maria
Née le 19 avril 1982 à MONTMORENCY

Présentée et soutenue publiquement le : 10 octobre 2013

**Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences
conjugales en médecine générale.**

Président de thèse : Professeur MAGNIER Anne-Marie
Directeur de thèse : Docteur LAZIMI Gilles

DES de médecine générale

Remerciements

- A mon directeur de thèse, le Dr Gilles Lazimi pour son aide, sa patience et sa compréhension,
- A la présidente et aux membres du jury, qui ont accepté d'écouter et de juger mon travail,
- Aux 28 médecins généralistes interrogés, qui par leur participation et leur temps accordé, ont permis d'élaborer ce travail,

Je dédie cette thèse :

- A Frédéric, mon mari, pour son aide précieuse et sa présence à mes côtés,
- A ma maman et à ma sœur, pour leur soutien pendant toutes ces années,
- A mes amies et consœurs,
- A toutes les femmes victimes de violences conjugales, j'espère que ce travail me conduira au cours de mon exercice professionnel à mieux les soutenir.

Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

HPV : Human Papilloma Virus

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

CMP : Centre Médico-Psychologique

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

MG : Médecin généraliste

« Tout pouvoir est un pouvoir de vie ou de mort. »

Michel Foucault

« Le pouvoir est d'infliger des souffrances et des humiliations.

Le pouvoir est de déchirer l'esprit humain en morceaux. »

Georges Orwell

« Les pires tyrans sont ceux qui savent se faire aimer. »

Spinoza

« Le monde est dangereux à vivre,

Non à cause de ceux qui font du mal

Mais à cause de ceux qui regardent et laissent faire. »

Einstein

Table des matières

INTRODUCTION	11
PREMIERE PARTIE : LES VIOLENCES CONJUGALES	15
I. Définition des violences conjugales	15
II. Les différents types de violence	16
1. Les violences verbales et psychologiques	16
2. Les violences physiques.....	17
3. Les violences sexuelles	17
4. Les violences économiques et financières	18
III. Les cycles de la violence	19
1. Phase 1 : le climat de tension.....	19
2. Phase 2 : l'agression	19
3. Phase 3 : le déni, le transfert des responsabilités.....	20
4. Phase 4 : la lune de miel ; rémission, sursis amoureux.....	20
IV. La première enquête nationale française sur les violences faites aux femmes : l'enquête ENVEFF (1)	20
V. Le retentissement sur la santé des femmes (13,14)	23
1. La traumatologie	23

2.	L'impact psychologique	24
3.	Les pathologies psychiatriques.....	25
4.	La gynécologie	26
5.	L'obstétrique (15)	26
6.	Les pathologies chroniques aggravées ou déséquilibrées	27
7.	Le décès	27
8.	Les enfants témoins (20,21)	28
VI.	Le rôle du médecin généraliste	29
VII.	L'objectif de la thèse	30
DEUXIEME PARTIE : Matériels et méthode		31
I.	La recherche bibliographique.....	31
II.	Le type d'étude (22)	31
III.	Le guide d'entretien	32
IV.	Le recrutement des médecins.....	33
V.	Le déroulement des entretiens	34
VI.	L'analyse des données.....	35
TROISIEME PARTIE : RESULTATS.....		36
I.	Caractéristiques des médecins de l'échantillon ayant participé aux entretiens.....	36
1.	Le sexe	36
2.	L'âge	36
3.	L'activité	37
4.	Le secteur et le type d'exercice des médecins libéraux	37

5.	Le lieu d'exercice	38
6.	La zone d'exercice	39
II.	Données du discours des médecins généralistes	39
1.	Prérequis sur les violences conjugales : définition, types de violence et fréquence	39
1.1.	Les définitions des violences conjugales	39
1.2.	Les différents types de violences connus par les médecins généralistes	40
1.3.	Estimation de la fréquence des violences conjugales en France au cours des 12 derniers mois.....	42
2.	Nombres de femmes victimes rencontrées en consultation lors des 12 derniers mois et type de violence	43
2.1.	Nombre de patientes victimes rencontrées lors des 12 derniers mois	43
2.2.	Type de violence concerné.....	44
3.	Le sujet des violences conjugales est-il le motif de consultation et/ou le médecin a repéré des signes suspects le menant au dépistage ?	45
4.	Comment la question est-elle posée ?	45
5.	Les éléments de repérage	47
6.	La prise en charge et le réseau d'intervenants	49
7.	La situation est-elle ressentie comme difficile ?	50
8.	Les médecins se sont-ils posé la question des violences conjugales à posteriori ?	51
9.	Représentation des femmes victimes de violences par les médecins de l'enquête.....	52
10.	Comment améliorer le dépistage et la prise en charge des violences conjugales.....	54
11.	Ce que les médecins pensent du dépistage systématique.....	56
III.	Les obstacles au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales	57
1.	Obstacles inhérents au thème des violences conjugales.....	57

1.1.	Absence de reconnaissance du problème médical : ce n'est pas le rôle du médecin généraliste	58
1.2.	Les violences conjugales appartiennent à une autre culture	59
1.3.	Les violences conjugales appartiennent au domaine de la vie privée	59
1.4.	Obstacle lié au faible nombre de patientes vues (échantillon trop petit)	60
2.	Obstacles inhérents aux femmes victimes de violences conjugales	61
2.1.	Responsabilité de la patiente	61
2.2.	Peur des représailles du conjoint	66
2.3.	Obstacle lié au fait que les patientes ne viennent pas seules en consultation.....	67
2.4.	La barrière de la langue	68
3.	Obstacles inhérents au médecin	68
3.1.	Obstacles liés à la représentation des victimes par les médecins.....	69
3.2.	Méconnaissance des problématiques des violences conjugales	73
3.3.	Problème de temps et de disponibilité	76
3.4.	Peur de la réaction de la patiente	78
3.5.	Peur de mettre à jour des situations douloureuses, insupportables, dérangeantes....	80
3.6.	Obstacles liés au réseau d'intervenants	82
3.7.	Sentiment d'impuissance et d'échec.....	84
3.8.	Obstacle lié à la connaissance du conjoint ou du reste de la famille	86
3.9.	Formation du médecin généraliste inexistante ou incomplète	87
3.10.	Obstacle lié au sexe du médecin	89
3.11.	Obstacles liés à la relation idéale médecin-malade	90
3.12.	Obstacles liés à la crédibilité de la patiente	91
3.13.	Peur des retombées judiciaires	92
3.14.	Obstacle lié au fait que le sujet soit tabou pour le médecin.....	94
3.15.	Obstacles liés à l'histoire personnelle du médecin	95
3.16.	Obstacle lié au fait que la patiente soit connue.....	96
3.17.	Problèmes du repérage et du questionnement	96
3.18.	Méconnaissance de l'ampleur du problème, minimisation et banalisation du problème	97
3.19.	Peur des représailles du conjoint envers le médecin.....	97
3.20.	Refus d'entendre ou feindre d'entendre	98
3.21.	Problème de dénomination.....	98

3.22.	Manque de moyens et d'aide des pouvoirs publics	99
3.23.	Obstacles liés au cabinet médical : médecin exerçant seul ou en groupe	99
3.24.	Peur de soulever un problème dont la patiente ne se plaint pas	99
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION		101
I.	Les limites de l'étude.....	101
1.	Les biais de recrutement	101
2.	Les biais d'intervention	102
3.	Les biais d'interprétation.....	102
II.	Analyse des principaux résultats	103
1.	Les différents types de violences conjugales connus par les médecins de l'enquête	103
2.	L'estimation de la fréquence des violences conjugales	103
3.	Le nombre de femmes repérées au cours des 12 derniers mois	103
4.	Le diagnostic de violences conjugales.....	104
5.	Le réseau	105
6.	Le ressenti des médecins.....	105
7.	La représentation des victimes par les médecins de l'enquête	105
8.	Leur avis sur le dépistage systématique.....	106
9.	Les obstacles au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales	106
III.	Discussion des résultats suite à une comparaison avec les données de la littérature	108
1.	Le nombre de femmes repérées au cours des douze derniers mois	108
2.	Les signes évocateurs	109
3.	Le réseau	109
4.	Le ressenti des médecins.....	110

5.	La représentation des femmes.....	110
6.	Le dépistage systématique.....	111
7.	Les obstacles au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales.....	113
IV.	Les perspectives d'avenir.....	114
1.	Amélioration de la formation initiale ou de la formation continue.....	114
2.	Connaitre de réseau d'aide.....	114
	CONCLUSION.....	116
	ANNEXES.....	119
	Annexe 1 : Le guide d'entretien.....	119
	Annexe 2 : Liste et coordonnées des associations et des aides juridiques :.....	120
	BIBLIOGRAPHIE.....	121
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	125
	RESUME.....	126

INTRODUCTION

« C'est quoi ton sujet de thèse ? ». « Elle concerne les violences conjugales. Je voudrais savoir pourquoi on a tant de difficultés à les repérer et à les prendre en charge. ». « Les violences conjugales... ? Ah bah... bon courage ! ».

Ce sujet a pu étonner, interpeller, choquer, bouleverser mes confrères mais en tout cas il n'a laissé personne indifférent, et moi la première. J'ai commencé à m'impliquer et à faire des recherches sur le sujet lors de mon internat, pendant le stage d'Urgences à l'hôpital René Dubos de Pontoise. J'ai été amenée à rencontrer des femmes victimes de menaces, de gifles, de coups, de brûlures de cigarettes mais aussi de brûlures au troisième degré sur la moitié du corps ou bien de viol. Des jeunes et des moins jeunes. Des femmes enceintes ou avec des enfants en bas âge. Des femmes que j'ai revues plusieurs fois en six mois. Des femmes démunies, isolées, qui avaient peur pour leur avenir et celui de leurs enfants mais aussi des femmes en colère ou pleines d'espoir.

Je me suis posé légitimement des questions : « Comment ont-elles fait pour en arriver là ? Pourquoi n'arrivent-elles pas à se sortir de cet enfer ? Que fait l'entourage ? Les intervenants sociaux ? La police ? Les médecins ? ». Je me suis remise en question : « Pourtant la dernière fois, il me semblait avoir été claire, avoir fait quelques démarches sociales, avoir rédigé le certificat médical descriptif pour la plainte. Pourquoi revient-elle ? »

Mes recherches m'ont amenée à découvrir l'ampleur du problème : une femme sur dix âgée entre 20 et 59 ans a subi des violences conjugales de la part de son conjoint ou son ex-conjoint dans les douze derniers mois d'après l'enquête ENVEFF de 2000 (1). Lors de l'enquête, la moitié des femmes ont parlé des violences subies pour la première fois et 24% des femmes victimes ont consulté en premier lieu leur médecin, avant d'avoir fait appel à la gendarmerie (13%), justice ou associations. Les violences conjugales touchent 30% des femmes à l'échelle mondiale (2).

Il existe plusieurs types de violences : psychologique, verbale, physique, sexuelle et économique, que nous détaillerons plus loin.

Les violences conjugales ont des répercussions sur l'état de santé des victimes : selon l'OMS, les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et leur prise en charge en ambulatoire coûte deux fois et demi plus cher à la société que celle des autres femmes (3).

Entre 1993 et 1994, une enquête a été réalisée en France auprès de 761 femmes enceintes sur les violences conjugales subies au cours des 12 mois (Saurel-Cubizolles, 1997) (4). Elle révèle une fréquence de violences de 3 à 6% des cas.

D'après une étude réalisée en 1996 (5), chaque médecin répondeur avait été confronté en moyenne à deux femmes victimes de violences conjugales dans l'année.

Eisenstat et Bancroft (1999) (6) rapportent qu'une femme sur trois se présentant aux urgences, une femme sur quatre consultant les médecins généralistes, une femme sur quatre ayant consulté en psychiatrie pour tentative de suicide ou syndromes psychiatriques variés et une femme sur six consultant en obstétrique ont été victimes de violences de la part de leur partenaire.

D'après l'enquête ENVEFF (2000), environ 10% des femmes ayant répondu à l'étude étaient victimes de violences conjugales.

Il existe donc un fossé entre les chiffres officiels de prévalence et les chiffres réels de dépistage.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse qu'il existe des obstacles au repérage. Certains de ces obstacles ont été identifiés lors de l'enquête de 1996 (5). 82% des médecins pensaient qu'il s'agissait d'un problème difficile voire très difficile à gérer, les médecins femmes (91%) plus que les hommes (77%) et 83% exprimaient des difficultés personnelles dans cette situation ; 17% se disaient à l'aise, 28% bien informés et 26% peu motivés. Les difficultés étaient dues :

- Pour 61% à la femme elle-même : ambivalence, peur de problèmes financiers ou d'éventuelles représailles, déni, refus de quitter l'agresseur.
- Pour 64% à leurs difficultés d'exercice : problèmes de temps, de disponibilité, de difficultés de communication, manque de formation, impuissance ou crainte de l'échec.
- Pour 34% au conjoint : problèmes de communication, crainte de représailles contre eux-mêmes, déni, alcoolisation.
- Pour 30% aux partenaires sociaux : lenteur.
- Pour 17% à appréhender les problèmes de couple ou les interactions familiales.
- Les difficultés de communication avec les services de police.

L'objectif de cette thèse est donc d'identifier les freins au repérage des violences conjugales, expliquant leur sous-estimation par les médecins généralistes, dans leur

pratique quotidienne, afin de pouvoir améliorer le dépistage puis la prise en charge des victimes.

J'ai réalisé une étude qualitative auprès de 28 médecins généralistes, libéraux et salariés, dans différents départements d'Ile de France.

Une première partie traitera des données de la littérature concernant les violences conjugales. La deuxième partie abordera la méthode de l'étude, la troisième partie ses résultats et leur analyse. La quatrième partie sera consacrée à la discussion des résultats et aux perspectives futures.

PREMIERE PARTIE : LES VIOLENCES CONJUGALES

I. Définition des violences conjugales

La violence conjugale se définit comme un processus au cours duquel un individu utilise la force ou la contrainte pour promouvoir et (ou) perpétuer des relations hiérarchisées et de domination sur son partenaire (7).

L'Organisation Mondiale de la Santé, reprenant les termes adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies, donne la définition suivante de la violence à l'égard des femmes : "*Tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée*".(8)

Elle est présente dans tous les milieux. Elle est le fait majoritairement de l'homme à plus de 90 à 95% selon l'OMS (9).

Elle atteint la femme dans son intégrité physique et psychique (code pénal français), dans son autonomie, dans sa liberté d'aller et venir. Ce n'est pas un conflit de couple ni un couple qui est en difficulté. A la différence d'un conflit de couple où il existe une relation égalitaire, une symétrie entre les deux partenaires, la violence conjugale se distingue par une asymétrie dans la relation. Dans un conflit de couple, l'identité de chacun est préservée, l'autre est respecté en tant que personne, ce qui n'est pas le cas lorsque le jeu est de dominer et d'écraser l'autre (10). Les femmes enceintes sont particulièrement exposées. Enfin le terme de « femmes battues » couramment utilisé ne rend pas compte de la totalité des violences conjugales puisque les

pressions psychologiques, majoritairement répandues, peuvent faire autant de dégâts.

II. Les différents types de violence

Cette violence prend plusieurs formes mais toutefois, dans de nombreux cas, ces formes se conjuguent les unes avec les autres (11).

1. Les violences verbales et psychologiques

Elles sont souvent la première étape avant les violences physiques. La majorité des conjoints violents préparent le terrain en terrorisant leur compagne. Elles sont difficiles à repérer du fait de la limite imprécise. Elles comportent différentes attitudes et comportements :

- le contrôle (des dépenses, des heures de sommeil, des sorties, des pensées de l'autre),
- l'isolement (de sa famille, de ses amis),
- la jalousie pathologique (suspicion constante, attribution d'intention non fondée),
- le harcèlement (saturer les capacités critiques et le jugement de l'autre pour lui faire accepter n'importe quoi, surveillance de la personne, la harceler au téléphone, l'attendre à la sortie du travail),
- le dénigrement (atteindre l'estime de soi de la personne, lui montrer qu'elle ne vaut rien),
- les humiliations (rabaisser, ridiculiser, non-respect),
- les actes d'intimidations (faire naître la peur chez l'autre),

- l'indifférence aux demandes affectives (se montrer insensible ou inattentif, créer une situation de manque ou de frustration),
- le chantage.

Les violences psychologiques visent à établir ou maintenir une domination sur la partenaire, elles se répètent et se renforcent dans le temps. Elles peuvent faire autant de dégâts que les violences physiques en provoquant une véritable usure mentale poussant parfois jusqu'au suicide.

2. Les violences physiques

Les agressions physiques qui vont de la simple bousculade à l'homicide : pincements, gifles, coups de poings et de pieds, tentatives de strangulation, morsures, brûlures, bras tordus, agression avec arme blanche ou arme à feu, séquestration. Certains actes ne laissent pas de trace : frapper au ventre avec le plat de la main, tirer les cheveux, bousculer. Elles peuvent aussi s'exprimer indirectement en torturant un animal familier ou en malmenant un enfant d'un autre lit. Elle survient généralement lorsque la femme a résisté aux violences psychologiques et que l'homme n'a pas réussi à contrôler sa partenaire. Elles augmentent dans le temps en fréquence et en intensité.

3. Les violences sexuelles

C'est la forme dont les femmes ont le plus de mal à parler. L'enquête « Contexte de la sexualité en France » réalisée en 2006 (12), a apporté des nouvelles données : 16% des femmes et 5% des hommes interrogés déclaraient avoir subi des tentatives ou des rapports forcés au cours de leur vie. Toujours une minorité des agressions sexuelles font l'objet d'une plainte. Seules 8% des victimes de rapports sexuels forcés par leur conjoint se sont confiées à leur médecin.

La loi française reconnaît le viol entre époux seulement depuis 1990 avec un arrêt de la cour de cassation. L'article 11 de la loi du 04 avril 2006 introduit l'alinéa 2 de l'article 222-22 du code pénal : « Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. Dans ce cas, la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel ne vaut que jusqu'à preuve du contraire. »

Elle prend également plusieurs formes : activités sexuelles dangereuses ou dégradantes, harcèlement sexuel, viol ou tentative de viol, mutilations génitales, mariage forcé, négation du droit d'utiliser une contraception ou de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles, avortement forcé, prostitution forcée.

Une relation sexuelle imposée est souvent passée sous silence parce qu'elle fait partie du « devoir conjugal ».

4. Les violences économiques et financières

Contrôle du budget familial, entrave au travail extérieur, dissimulation des papiers administratifs, empêchant ainsi les femmes de sortir de la relation aliénante.

III. Les cycles de la violence

Les premiers spécialistes à avoir étudié les violences conjugales, en particulier Lenore E. Walker, ont décrit qu'elles se manifestent sous forme de cycles. Le modèle de Walker (1979) ne s'intéresse pas aux causes de ce processus mais explique comment il se déroule.

1. Phase 1 : le climat de tension

- Tension du conjoint : par ses paroles et attitudes, il installe un climat de tension à la maison et prétexte la soi-disant incompetence de la femme.
- Peur de la conjointe : elle doute d'elle-même. Elle a peur de déplaire et de faire des erreurs. Elle est anxieuse et paralysée.

2. Phase 2 : l'agression

- Agression du conjoint : n'ayant pas obtenu les résultats attendus, il recourt à la violence psychologique, physique, etc. Il « éclate ».
- Colère et tristesse de la conjointe : elle se sent humiliée, désespérée, outragée, démolie, etc.

3. Phase 3 : le déni, le transfert des responsabilités

- Invalidation du conjoint : il invalide et minimise son comportement. Il se déculpabilise et accuse sa conjointe : « J'étais stressé ! », « Si tu m'avais écouté ! ».
- Responsabilisation de la conjointe : elle se sent responsable de la violence. Elle se dit que si elle change, la violence cessera : « Il a peut-être raison, c'est moi qui ne comprends rien. », « J'exagère, je suis trop sensible. ». Plus le cycle se répète, plus la femme se perçoit comme incompétente et se responsabilise de la violence du conjoint.

4. Phase 4 : la lune de miel, rémission, sursis amoureux

- Rémission du conjoint : il exprime ses regrets et promet de ne pas recommencer. Il devient affectueux et attentionné (cadeaux, fleurs).
- Espoir de la conjointe : elle croit que l'homme peut changer.

Les cycles se répètent ensuite avec des périodes d'apaisement de plus en plus réduites alors que les crises augmentent en intensité. La fin du cycle peut aboutir soit au retrait total de la victime de la relation, soit dans certains cas extrêmes à la mort.

IV. La première enquête nationale française sur les violences faites aux femmes : l'enquête ENVEFF (1)

L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) fait écho à la conférence nationale des femmes à Pékin en 1995 où il a été recommandé aux différents pays de fournir des statistiques sur le sujet.

Elle est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs appartenant aux institutions publiques de recherches (CNRS, Ined, Inserm, universités). Les travaux ont commencé en 1997 sous la direction de Maryse Jaspard.

Les objectifs de l'enquête sont :

- Évaluer les fréquences des divers types de violences interpersonnelles, psychologiques, verbales, physiques et sexuelles, qui s'exercent envers les femmes, à l'âge adulte, dans leurs différents cadres de vie (couple, famille, travail, lieux collectifs), quels que soient les auteur(e)s des violences.
- Analyser le contexte familial, social, culturel et économique des situations de violence.
- Étudier les réactions des femmes aux violences subies, leurs recours auprès des membres de leur entourage et des services institutionnels.
- Analyser les conséquences de la violence sur le plan de la santé physique et mentale, de la vie familiale et sociale, et de l'usage de l'espace privé/public.

Le questionnaire de l'enquête comprend presque exclusivement des questions fermées et dure 45 minutes. Il concerne les violences subies dans les douze derniers mois dans différents cadres de vie : espaces publics, sphère professionnelle, couple, famille.

Les collectes des données ont été menées par téléphone du 3 mars 2000 au 17 juillet 2000 auprès d'un échantillon aléatoire de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans résidant en métropole, hors institutions.

Les résultats concernant les violences conjugales sont :

- Agressions verbales : 4.2%
- Pressions psychologiques répétées : 24.3% dont harcèlement psychologique : 7.9%
- Agressions physiques : 2.5%
- Viols et autres actes sexuels imposés : 0.9%

Un indicateur global de violence conjugale a été créé devant la complexité de nombreux cas où les différents types de violence s'entrecroisent : près d'une femme sur 10 qui a vécu en couple pendant les douze derniers mois a été en situation de violence conjugale. Sur ces 10%, 7% ont subi des violences « graves » (insultes répétées, harcèlement psychologique, agression physique ou sexuelle unique) et 3 % ont subi des violences « très graves » (agressions physiques ou sexuelles répétées ou associées à des violences psychologiques). Les chômeuses et les étudiantes ont l'indicateur global le plus élevé (11%).

Les facteurs aggravants retrouvés sont :

- Une instabilité professionnelle et le retrait du monde du travail, surtout chez le conjoint.
- Le manque d'argent et la dépendance financière des femmes et non pas le niveau de revenu du couple.
- Le fait d'avoir eu des difficultés pendant l'enfance.

- Un jeune âge (20-24 ans).
- Le niveau d'étude ne joue pas.

Près de deux tiers des femmes en situation « très grave » de violence ont déclaré que leurs enfants étaient présents lors des agressions.

Lors de l'enquête, la moitié des femmes ont parlé des violences subies pour la première fois. Les violences sexuelles sont les plus cachées ou dénoncées tardivement.

V. Le retentissement sur la santé des femmes (13,14)

La violence conjugale est un vrai problème de santé publique ayant des conséquences sur la santé des femmes à court et long terme ainsi que sur l'économie. Selon l'OMS, les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et leur prise en charge en ambulatoire coûte deux fois et demi plus cher à la société que celle des autres femmes.

Tous les signes évocateurs, qu'ils soient d'ordre physique ou psychologique, doivent faire l'objet d'une incapacité totale de travail (ITT) lors de la rédaction du certificat de coups et blessures volontaires

1. La traumatologie

Ce sont les symptômes les plus évidents. Les lésions traumatiques sont multiples, d'âge différent et de nature variée : érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation,

fractures. Leur localisation est variable mais principalement : visage, crâne, cou, extrémités. Les lésions peuvent être cachées sous les vêtements. Les lésions sont majoritairement infligées à mains nues, les armes sont plus rares. A noter que les violences physiques ne sont jamais isolées mais précédées et accompagnées de violences verbales et psychologiques. Les séquelles comprennent une asthénie marquée, des douleurs musculaires, une impotence fonctionnelle.

2. L'impact psychologique

L'état de tension, de peur et d'angoisse dans lequel les femmes maltraitées sont maintenues par leurs agresseurs peut produire différentes formes de troubles psychiques :

- Troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité et d'impuissance, auto-dévalorisation.
- Troubles psychosomatiques : douleurs chroniques, céphalées, asthénie, engourdissements, palpitations, difficultés à respirer, etc.
- Troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, réveils nocturnes, cauchemars.
- Troubles de l'alimentation : repas irréguliers, anorexie, boulimie, impossibilité de s'alimenter normalement parce que l'agresseur les en empêche ou bien ne leur dispense pas l'argent nécessaire à l'achat de nourriture.
- Troubles cognitifs : difficultés de concentration ou d'attention, pertes de mémoire.

3. Les pathologies psychiatriques

- Les états d'anxiété et troubles paniques, syndromes dépressifs (plus de 50% des femmes) : les tentatives de suicide sont plus fréquemment observées : dans l'enquête ENVEFF, 5% des femmes victimes de violences conjugales ont fait une tentative de suicide contre 0.2% chez les autres femmes.
- Abus de substances psychoactives : tabac, alcool, médicaments à visée antalgique ou psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques). D'après l'enquête ENVEFF, un tiers des femmes victimes de violences conjugales ont consommé de façon régulière des médicaments psychotropes, antidépresseurs ou hypnotiques.
- Syndromes de stress post-traumatiques (50% des femmes) : ré expérience des évènements du traumatisme, réactions émotionnelles ou physiques exagérées provoquées par un évènement gâchette, stratégies d'évitement, troubles dissociatifs.
- Troubles psychotiques : liés à l'état de désorientation ou de confusion mentale, des altérations du niveau de conscience et des pensées délirantes ou paranoïaques.

Dans l'ensemble, les femmes victimes de violences conjugales reçoivent quatre à cinq fois plus de traitements psychiatriques que dans la population générale.

4. La gynécologie

- Lésions périnéales lors des rapports sexuels violents.
- Infections sexuellement transmissibles (chlamydia, herpès, hépatite B, VIH, HPV, etc.), infections génitales et urinaires à répétition.
- Douleurs pelviennes chroniques inexplicables.
- Troubles de la sexualité : dyspareunie, vaginisme, anorgasmie.
- Troubles des règles : dysménorrhées, dysovulation.

5. L'obstétrique (15)

Tous les auteurs considèrent que la grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant. La fréquence des violences conjugales chez les femmes enceintes est de 3 à 8%.

La grossesse peut être non désirée (viol conjugal, interdiction pour la femme d'utiliser une contraception) ou elle peut résulter d'une tentative de « repartir à zéro » après une période d'accalmie. Elle peut conduire à des IVG plus ou moins désirées. La femme victime va présenter, outre des souffrances psychologiques, des conséquences physiques graves : hémorragies, rupture utérine, décollement rétroplacentaire, fausses couches, menace d'accouchement prématuré. Le fœtus peut présenter des lésions, fractures, retard de croissance in-utero ou mort in-utero.

Les conséquences se répercutent également après l'accouchement : carence ou absence de soins à l'enfant, allaitement déficient ou absent, douleurs abdominales ou chroniques persistantes.

D'une manière générale, les femmes victimes se trouvent très isolées. Dans l'étude de Saurel-Cubizolles, un an après la naissance de leur enfant, 46% de ces femmes (au lieu de 14%), n'ont personne dans leur entourage à qui se confier (4).

6. Les pathologies chroniques aggravées ou déséquilibrées

Les femmes peuvent décompenser une pathologie chronique : affections pulmonaires (asthme, bronchites chroniques, insuffisance respiratoire), affections cardiaques (angine de poitrine, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle), troubles métaboliques (diabète), du fait de la difficulté de suivre son traitement ou de consulter son médecin, du fait de son état physique ou psychologique ou parce que son mari l'en empêche.

7. Le décès

L'étude Psytel (16) en 2006 présente une estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en Europe et en France. Elle estime à 460 le nombre de décès liés aux violences conjugales en France :

- 137 homicides féminins par un partenaire
- 14 homicides collatéraux
- 232 suicides de femmes victimes de violence
- 31 homicides d'hommes par un partenaire
- 46 suicides d'hommes auteur d'homicide de partenaire.

Le nombre de décès de femmes victimes de violences est donc estimé à 369 en 2006, ce qui signifie que plus d'une femme par jour meurt des conséquences des violences de son conjoint ou ex-conjoint.

Selon l'Insee (17), en 2006, une femme meurt sous les coups de son compagnon tous les trois jours en moyenne : homicides volontaires, assassinats, violences entraînant la mort sans intention de la donner.

En 2013, d'après un communiqué de presse du ministère de l'intérieur (18), ce chiffre passe à un décès tous les deux jours.

A ces chiffres, il est important d'ajouter les décès secondaires au suicide des femmes victimes.

A l'institut médico-légal de Paris (19), sur 652 homicides de femmes constatés en 10 ans, 51% des meurtres étaient perpétrés par le mari ou le partenaire, 34% par un proche ou une connaissance et seulement 15% par un inconnu.

8. Les enfants témoins (20,21)

Les enfants, témoins des violences conjugales, sont au moins eux-mêmes victimes de traumatisme psychologique et développent différents troubles en conséquences : troubles du comportement et de la conduite, troubles somatiques, états anxieux et dépressifs, stress post-traumatique.

Chez l'enfant de moins de 6 ans, certains signes sont spécifiques : jeux et dessins compulsifs qui répètent le traumatisme, anxiété de séparation (refus de l'école, de rester seul, de s'endormir seul...), comportements régressifs (énurésie, parler bébé, sucer son pouce, troubles somatiques fréquents (douleurs abdominales, nausées,

vomissements, céphalées), changements de comportement (agressivité, hyperactivité, opposition), troubles de l'alimentation, du sommeil (terreurs nocturnes, cauchemars).

Se pose également le problème de la reproduction de la violence durant leur enfance, leur adolescence ou au cours de leur vie d'adulte.

VI. Le rôle du médecin généraliste

Nous avons vu plus haut que les violences conjugales ne doivent pas être abordées seulement sous un aspect social et psychologique mais doivent être considérées comme un véritable problème de santé publique mobilisant le secteur médical à cause des nombreuses pathologies en résultant. Les médecins généralistes sont les premiers, voire parfois les seuls, interlocuteurs pour les victimes. Une étude publiée en 1999 a montré qu'avaient été victimes de violences conjugales : une femme sur trois se présentant aux urgences, une femme sur quatre consultant des médecins généralistes, une femme sur quatre ayant consulté en psychiatrie pour tentative de suicide ou syndromes psychiatriques variés, une femme sur six consultant en obstétrique (6).

En 2000, l'enquête ENVEFF, met en évidence que 24% des femmes victimes ont consulté en premier lieu leur médecin, avant d'avoir fait appel à la gendarmerie (13%), justice ou associations.

Le rapport Henrion (14) rappelle que trois catégories de médecin sont en première ligne : les médecins généralistes libéraux, les urgentistes hospitaliers et l'ensemble des gynécologues-obstétriciens. Pour tous ces professionnels, le rapport décline des

recommandations en 6 points : l'accueil et l'écoute, le dépistage des violences, l'évaluation de la gravité des conséquences somatiques, gynécologiques et psychologiques des violences, assurer les soins et constituer un dossier, rédiger le certificat, informer et orienter la patiente.

VII. L'objectif de la thèse

L'objet de cette étude est de mettre en évidence des situations de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes et ainsi de connaître la pratique, le rôle et la particularité des obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales qui pourraient nous permettre de comprendre la sous-estimation de ces dernières.

Dans un premier temps nous reviendrons sur la méthode utilisée, puis les résultats obtenus seront présentés, enfin ceux-ci seront discutés.

DEUXIEME PARTIE : Matériels et méthode

I. La recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée à partir du moteur de recherche Pubmed.

Les mots clés ont été utilisés en anglais. Les mots clés étaient les suivants : « domestic + violence », « intimate partner + violence », puis ont été ajoutés : « screening », « detecting », « primary care », « family practice ».

Une recherche documentaire a également été réalisée à la bibliothèque de la faculté de médecine Xavier Bichat.

II. Le type d'étude (22)

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés. La recherche qualitative ne permet pas de mesurer mais de comprendre. Elle ne cherche pas à quantifier, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des médecins, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux.

Ces entretiens ont été enregistrés après accord du médecin, puis ont été retranscrits mot à mot afin de permettre leur analyse.

III. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien se compose de douze questions à réponses libres.

La première question sert à faire l'état des lieux des connaissances du médecin sur le sujet des violences conjugales.

Les six questions suivantes font le point sur l'expérience professionnelle du médecin : nombre de femmes victimes rencontrées lors des douze derniers mois, type de violence, motif de consultation, éléments de repérage, question posée, prise en charge.

La huitième question cherche à mettre en évidence les difficultés ressenties par les médecins lors de ces consultations.

Je demande aux médecins à l'occasion de la neuvième question s'ils se sont déjà remis en question concernant le dépistage des violences conjugales.

La dixième question fait le point sur les représentations des femmes victimes vues par les médecins.

Il est demandé aux médecins s'ils ont des idées qui pourraient améliorer le dépistage ou la prise en charge des violences conjugales dans la onzième question.

Enfin, la dernière question permet de connaître leur avis concernant le dépistage systématique.

Ce guide d'entretien a été réalisé sur trois médecins généralistes initialement afin de savoir si des modifications étaient à apporter. Aucune modification n'a été réalisée.

Le guide d'entretien est en annexe 1.

IV. Le recrutement des médecins

Le critère d'inclusion était uniquement d'être médecin généraliste. Aucun critère d'exclusion n'existait notamment concernant l'activité, le nombre de patients victimes qu'ils avaient pu voir en consultation.

Initialement, j'ai proposé à mes anciens maîtres de stage de Paris VII, rencontrés lors de mes stages de niveau I et II, de participer à l'étude.

J'ai également fait appel aux différents médecins coordinateurs des conseils départementaux des PMI (Epinay-sur-Seine, Villetaneuse, Saint-Gratien, Montmagny) et des centres de santé (Gennevilliers, Pierrefitte-sur-Seine), que j'ai joint soit par appel téléphonique soit par e-mail. Ils ont fait part de ma demande aux différents médecins généralistes de leur circonscription (PMI, planning familial, centre de santé). J'ai reçu en retour, par e-mail, les réponses positives des médecins intéressés que j'ai ensuite joint par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous sur leur lieu de travail.

D'autre part, j'ai réalisé une enquête téléphonique aléatoire à partir des pages jaunes pour compléter l'échantillonnage et ce, jusqu'à saturation des données. En effet, les entretiens étaient retranscrits au fur et à mesure. J'ai pu avoir directement les médecins à leur cabinet ou leur secrétaire auxquelles je laissais un message. J'ai passé au total 17 appels. Certains médecins m'ont rappelé, d'autres jamais (6 médecins). Une grande partie des médecins (8 médecins) contactés par ce biais ont refusé de me rencontrer évoquant une surcharge de travail ou l'absence de

violences conjugales dans leur patientèle, notamment des médecins conventionnés en secteur 2. Trois médecins recrutés par ce biais ont bien voulu participer à l'étude.

Le sujet de thèse était présenté de manière évasive afin de ne pas influencer l'entretien ultérieur, en précisant que le sujet parlait des violences conjugales et qu'il s'agissait d'une étude qualitative avec des entretiens individuels et anonymes. Mon discours soulignait le fait que j'étais interne en médecine générale et je précisais que je n'étais pas représentante d'un laboratoire pharmaceutique. Je demandais environ 15 à 30 minutes de leur temps.

Au total, 28 médecins ont été interrogés, exerçant à Paris ou en Ile-de-France (Val d'Oise, Seine-Saint-Denis et Hauts-de-Seine) entre octobre 2012 et mars 2013. Le secteur a été choisi pour des raisons de proximité géographique.

V. Le déroulement des entretiens

Les 28 entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone dans le but d'une retranscription intégrale du discours et après accord des participants, en leur assurant le respect de l'anonymat et du secret médical.

Il était précisé aux médecins qu'il s'agissait ici d'une enquête, qu'il n'y avait pas de réponse bonne ou mauvaise, que ce n'était, bien sûr, pas un test de connaissance. Ils pouvaient ainsi vraiment exprimer leur opinion la plus sincère et je leur assurais ma neutralité.

Les entretiens étaient réalisés au cabinet du médecin interrogé. La durée des entretiens était de 10 à 50 minutes avec une moyenne entre 15 et 20 minutes.

VI. L'analyse des données

Une fois les entretiens enregistrés, j'ai commencé par la retranscription intégrale de tous les entretiens à l'aide d'un logiciel Word pour permettre une analyse horizontale et verticale. Ces retranscriptions ont été réalisées par moi-même, au fur et à mesure, entre octobre 2012 et avril 2013.

Je me suis attachée à retranscrire tout l'entretien en intégralité, mot à mot, en respectant les données non verbales comme les blancs, les soupirs, les hésitations, les rires.

L'analyse des entretiens a été soumise à l'appréciation du directeur de thèse, ainsi qu'à un autre maître de stage afin de limiter les erreurs et les oublis.

Les phrases ont été ensuite découpées afin de garder uniquement les mots clés permettant de représenter l'idée émise par le médecin interrogé (unité minimale de signification ou UMS). Par la suite, ces UMS ont été classées, regroupées et thématiques. Les résultats sont présentés avec des extraits des entretiens qui sont cités entre guillemets (verbatim).

Les médecins généralistes sont nommés «MG» avec le chiffre correspondant à leur ordre dans la liste alphabétique.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

I. Caractéristiques des médecins de l'échantillon ayant participé aux entretiens

1. Le sexe

16 des 28 médecins généralistes de l'enquête sont des femmes (57.1%), 12 sont des hommes (42.9%).

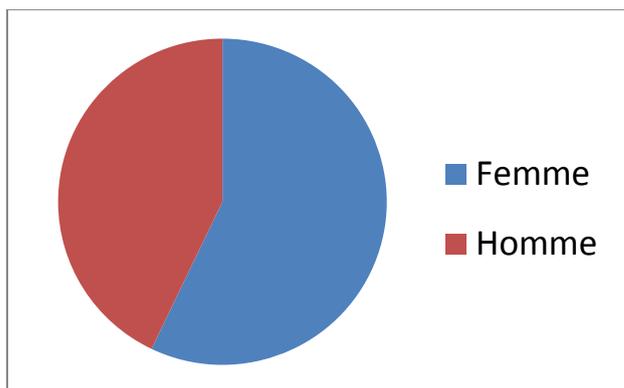


Figure 1: Répartition des médecins selon le sexe

2. L'âge

4 des médecins généralistes ont entre 30 et 39 ans (14.3%), 7 ont entre 40 et 49 ans (25%), 13 ont entre 50 et 59 ans (46.4%) et 4 ont plus de 60 ans (14,3%). L'âge moyen étant de 50 ans.

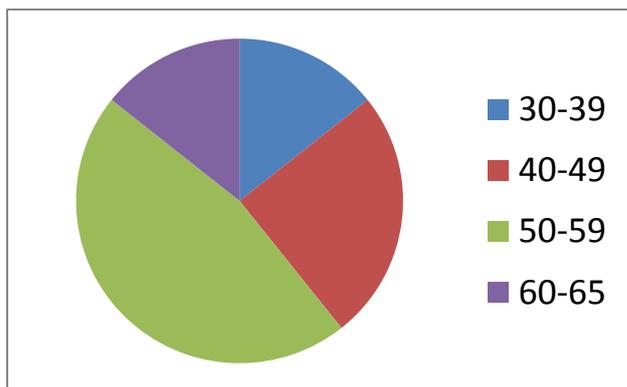


Figure 2: Répartition des médecins selon l'âge

3. L'activité

18 des médecins généralistes travaillent en libéral (ville) (64.3%), 5 dans une PMI (17.8%), 4 dans un centre municipal de santé (14.3%) et 1 dans un planning familial (3.6%).

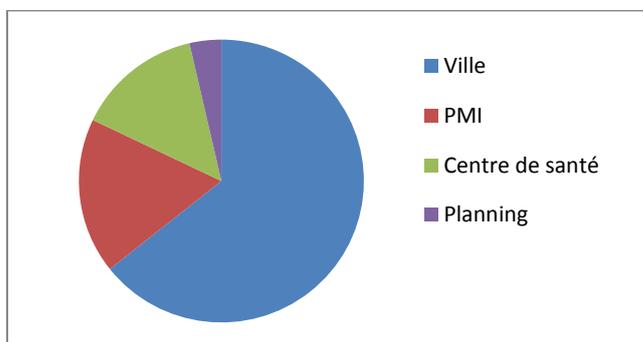


Figure 3: Répartition des médecins selon l'activité

4. Le secteur et le type d'exercice des médecins libéraux

15 des médecins libéraux travaillent en secteur 1 contre 3 en secteur 2. D'autre part, 5 d'entre eux exercent seul en cabinet alors que 13 exercent dans un cabinet de groupe (de 2 à 5 associés).

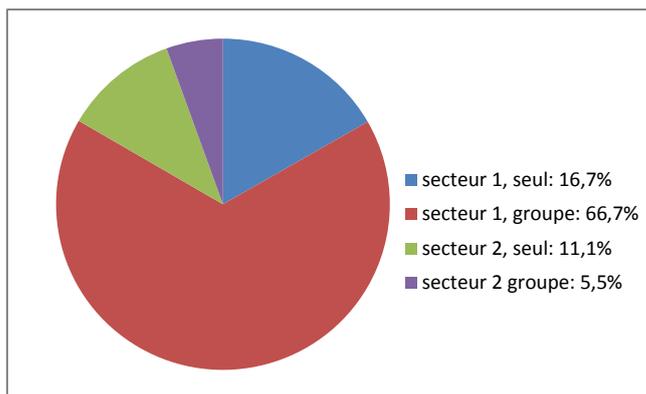


Figure 4; Répartition des médecins selon le secteur et le type d'exercice

5. Le lieu d'exercice

1 des médecins interrogés travaille sur Paris (75) (3,6%), 2 d'entre eux travaillent dans les Hauts de Seine (92) (7,1%), 8 d'entre eux travaillent en Seine-Saint-Denis (93) (28,6%) et 17 d'entre eux travaillent dans le Val d'Oise (95) (60,7%).

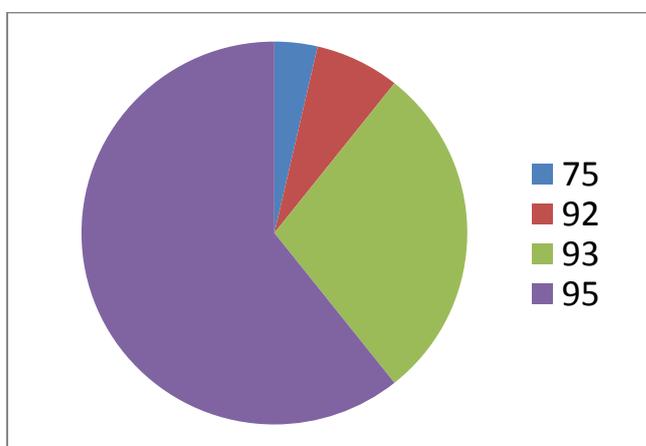


Figure 5: Répartition des médecins selon le lieu d'exercice

6. La zone d'exercice

Comme vu précédemment, un des médecins de l'enquête exerce à Paris (3.6%), alors que 24 d'entre eux exercent en banlieue parisienne (87.7%) et 3 d'entre eux exercent en zone semi-rurale (10.7%).

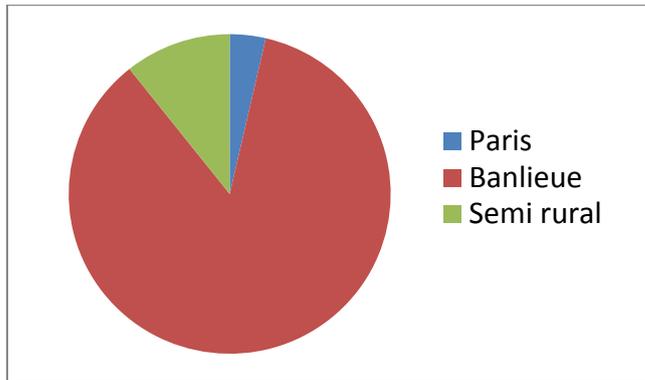


Figure 6; Répartition des médecins selon la zone d'exercice

II. Données du discours des médecins généralistes

1. Prérequis sur les violences conjugales : définition, types de violence et fréquence

1.1. Les définitions des violences conjugales

La plupart des médecins interrogés répondent à la question : « Quelle est votre définition des violences conjugales ? » par les différents types de violences conjugales leur venant à l'esprit. Cependant certains d'entre eux précisent leur définition par des points intéressants :

- MG1 : « *à partir du moment où ça entrave la liberté de l'autre.* »

- MG3 : « violence exercée dans un couple dans des situations où on, peut-être avec un œil extérieur, ne verrait pas motif à violence. »
- MG8 : « le fait qu'on essaie de prendre une supériorité par rapport à l'autre. »
- MG9 : « c'est unilatéral, c'est gratuit. »
- MG18 : « rendre la vie de l'autre difficile. »
- MG20 : « à partir du moment où la personne n'a plus la capacité de se défendre toute seule. »
- MG28 : « lorsque l'un des conjoints empêche l'autre de vivre et nuit physiquement, par la parole, par le comportement, par la présence, au bon état de santé physique et psychique de l'autre. ». « But de présence et de domination. ». « Rapport de force. ». « Déséquilibre. »

1.2. Les différents types de violences connus par les médecins généralistes

Les violences physiques et psychologiques ont été citées, de différentes manières, par 100% des médecins généralistes interrogés. La violence physique a été évoquée en premier lieu et de façon prépondérante.

Pour la violence physique, nous pouvons citer :

- MG2 : « coups et blessures. »
- MG3 : « tortures physiques. »
- MG7 : « cocards, traces de coups. »

Pour la violence psychologique, nous retrouvons :

- MG2 : « *violence des mots, violence intellectuelle, destruction psychique, dévalorisation permanente menant au suicide.* »
- MG3 : « *insultes, humiliations, tortures morales.* »
- MG4 : « *violences morales* »
- MG7 : « *rapports de force psychologiques.* »
- MG8 : « *harcèlement.* ». « *... de faire penser qu'il est nul alors que pas du tout.* »
- MG9 : « *enfermement, diminuer l'autonomie de l'autre.* ».
- MG10 : « *le harcèlement, la pression, les brimades.* »
- MG13 : « *vexations et humiliations.* »
- MG17 : « *dépréciation, vis-à-vis de l'éducation des enfants, des capacités du conjoint, du mode de vie du conjoint.* »
- MG19 : « *persécutions psychologiques.* »
- MG20 : « *dénigrement, enfermement, isolement, mariage arrangé, violence envers les enfants.* »
- MG24 : « *menaces.* »
- MG26 : « *propos dévalorisants.* »
- MG27 : « *donner à l'autre une image de lui-même très mauvais, tu ne vaux rien.* »

La notion de violence sexuelle est évoquée chez 11 des 28 médecins interrogés, soit 39.3%.

- MG2 : « *viol.* »
- MG3 : « *viol, proxénétisme.* »

- MG20 : « *mutilations sexuelles.* »
- MG24 : « *excision, viol.* »

Enfin, la violence économique a été retrouvée dans le discours de 6 médecins généralistes sur 28, soit chez 24.4% d'entre eux.

- MG9 : « *diminuer l'autonomie de l'autre.* »
- MG11 : « *la priver de ses moyens.* »
- MG16 : « *maintien de dépendance.* »
- MG24 : « *chantage aux papiers, faire dépendre l'autre intégralement de soi, l'empêcher de travailler, la faire dépendre financièrement.* »

1.3. Estimation de la fréquence des violences conjugales en France au cours des 12 derniers mois

Sur les 28 médecins généralistes interrogés, 8 d'entre eux n'ont pas donné d'estimation de la fréquence des violences conjugales en France. Certains ont exprimé un ordre d'idée :

MG1 : « *Je sais que c'est énorme.* ». Ou à l'inverse pour MG16 : « *Si je dis un chiffre... je vais dire que c'est rare.* »

2 des 28 médecins généralistes ont estimé la fréquence des violences conjugales à l'image de l'enquête ENVEFF, c'est-à-dire de 10%.

6 des 28 médecins généralistes ont estimé que la fréquence était inférieure à 10%.

3 d'entre eux ont donné un chiffre entre 10 et 20%, 5 d'entre eux entre 20 et 30% et 4 d'entre eux entre 30 et 50%.

Donc 6 des 28 médecins généralistes ont sous-estimé la fréquence des violences conjugales en France (21.4%) et 12 d'entre eux l'ont surestimée (42.8%). Ces chiffres sont biaisés car on ne sait pas ce qu'avaient en tête tous les autres médecins qui n'ont pas donné d'estimation précise.

Estimation en %	Entre 0 et 10	10 et 20	Entre 10 et 20	Entre 20 et 30	Entre 30 et 50	Ne sait pas
Nombre de médecins	6 (21.4%)	2 (7.1%)	3 (10.7%)	5 (17.8%)	4 (14.3%)	8 (28.6%)

Tableau 1: Estimation de la fréquence des violences conjugales, en France, au cours des 12 derniers mois selon les médecins de l'échantillon.

2. Nombre de femmes victimes rencontrées en consultation lors des 12 derniers mois et type de violence

2.1. Nombre de patientes victimes rencontrées lors des 12 derniers mois

Les médecins généralistes ont, dans leur majorité, vu très peu de patientes victimes de violences conjugales. Ils se remémorent souvent les cas dans un second temps. Ils reconnaissent méconnaître sûrement de nombreux cas de patientes.

Ce nombre va de 0 (pour 2 médecins) à 10 (pour 2 autres médecins) pour un total de 78 femmes. La moyenne est de 2.8 femmes suivies et repérées par médecin, sur les 12 derniers mois.

Les médecins femmes ont dépisté au total 55 femmes, ce qui fait en moyenne 3.4 femmes dépistées au cours de l'année. Les médecins hommes ont dépisté 23 femmes, ce qui fait 1.9 femmes dépistées par homme au cours de l'année.

2.2. Type de violence concerné

Le MG 1 n'a pas répondu à cette question, hors il a vu 2 femmes victimes de violences conjugales au cours de l'année. Les chiffres suivants sont donc basés sur 76 femmes.

Violences physiques : 21 femmes (27.7%)

Violences psychologiques : 15 femmes (19.7%)

Violences sexuelles : 1 femme (1.3%)

Violences économiques : 1 femme (1.3%)

Violences mixtes physiques et psychologiques : 36 femmes (47.4%)

Violences mixtes physiques et sexuelles : 1 femme (1.3%)

Violences mixtes psychologiques et sexuelles : 1 femme (1.3%)

Violences +/-	Physiques	Psychologiques/verbales	Sexuelles	Economiques
Physiques	27.7%	47.4%	1.3%	0
Psy/verbales	47.4%	19.7%	1.3%	0
Sexuelles	1.3%	1.3%	1.3%	0
Economiques	0	0	0	1.3%

Tableau 2: Type de violence rencontré

3. Le sujet des violences conjugales est-il le motif de consultation et/ou le médecin a-t-il repéré des signes suspects le menant au dépistage ?

27 des 28 médecins de l'enquête ont répondu à cette question, les données ci-dessous sont comptabilisées à partir de 76 patientes.

42 des 76 patientes ont fait part spontanément à leur médecin qu'elles étaient victimes de violences conjugales. Soit pour 55.3% d'entre elles, les violences conjugales étaient le motif de consultation. Nous pouvons souligner que pour beaucoup de ces cas, le motif était lié à la demande d'un certificat de coups et blessures volontaires et lié à des violences physiques.

34 des 76 patientes ont été repérées à partir de signes évocateurs, soit 44.7% d'entre elles. Ces signes ont pu permettre au médecin d'aller plus loin dans la discussion et de poser, plus ou moins clairement, la question de savoir si la patiente était victime ou non de violences conjugales.

4. Comment la question est-elle posée ?

4 médecins de l'enquête ont déclaré ne jamais avoir posé la question.

En parcourant les réponses, nous pouvons mettre en évidence deux types de questions récurrentes, plutôt indirectes :

« Comment ça se passe à la maison ? » (8 médecins) :

- MG1 : « *Comment ça se passe à la maison ? Est-ce que le papa vous aide ? Quel est son soutien ?* »
- MG3 : « *Et à la maison, c'est comment ?* »
- MG5 : « *Comment vous vous organisez à la maison ? Comment ça se passe ? Est-ce que votre mari vous aide* »
- MG13 : « *Si tout va bien à la maison, s'il n'y a pas de problème.* »

Et « Comment ça se passe dans le couple ? » (8 médecins) :

- MG10 : « *Comment ça se passe avec le conjoint, s'il aide à la maison.* »
- MG14 : « *Comment ça se passe dans votre couple ?* »
- MG17 : « *Quelles sont vos relations conjugales ?* »
- MG22 : « *Comment ça se passait avec son concubin.* »

La question peut être posée aussi de façon plus directe en nommant le terme de violence :

- MG1 : « *Est-ce qu'il y a des violences à la maison ?* »
- MG11 : « *Est-ce que c'est déjà arrivé que votre mari soit violent avec vous ?* »
- MG12 : « *Pourquoi vous avez ces marques-là ? Vous n'êtes pas tombée. Vous avez reçu des coups ?* »
- MG16 : « *Quand il boit, il est méchant ? Il dit des choses désagréables ? Il vous tape ?* »

- MG21 : « *Est-ce qu'il pouvait être violent au décours de son alcoolisme.* »
- MG25 : « *Avez-vous reçu des coups ?* »
- MG27 : « *Je vais demander si quelqu'un lui a fait du mal dans son entourage.* »

La question peut également être évolutive, indirecte puis directe :

- MG1 : « *Comment ça se passe à la maison ? Est-ce qu'il y a des violences à la maison ?* »
- MG4 : « *De façon indirecte puis reformuler de façon plus directe pour être sûr.* »

5. Les éléments de repérage

Un des éléments clé est le syndrome dépressif, cité chez 12 des médecins de l'enquête : « *Déprime* », « *dépression* », « *syndrome dépressif* », « *syndrome anxio-dépressif* », « *souffrance psychique* ».

Ce syndrome dépressif se compose de :

- « *Tristesse* », « *ne pas avoir le moral* », « *pleurs* » : 7 médecins
- « *Repli sur soi* », « *être en retrait* », « *renfermement* » : 7 médecins
- « *Mal-être* » : 4 médecins
- « *Dévalorisation* », « *manque d'estime de soi* », « *trop grande modestie* », « *prostration* » : 3 médecins
- « *Insomnies* », « *troubles du sommeil* » : 3 médecins

- « *Asthénie* », « *grande fatigue* », « *grosse fatigue* », « *épuisement* » : 3 médecins

L'autre élément revenant souvent est le syndrome anxieux, anxiété majeure, les angoisses (9 médecins). Il est associé au surmenage (2 médecins).

4 médecins déclarent avoir mis en évidence des changements comportementaux suspects par rapport à un état antérieur.

Les signes de violences physiques sont rapportés chez 9 médecins : « *traces physiques* », « *bleus* », « *gros cocards* », « *hématomes* », « *fractures* ».

Des problèmes chez les enfants peuvent être le signe de violences conjugales au domicile (5 médecins). Les médecins parlent de : comportement de l'enfant, problèmes scolaires, retard de langage, enfant agité, problèmes de sommeil ou alimentaires.

L'alcoolisation revient chez 4 médecins : 2 cas où la femme victime s'alcoolise, 2 autres cas où le mari consomme de façon pathologique de l'alcool.

Le fait que le couple consulte toujours à deux est suspect pour 4 des médecins généralistes.

Enfin, 2 médecins relèvent la notion de problèmes somatiques multiples et inexplicables : « *démangeaisons péri anales et péri génitales* », « *bilan étiologique négatif.* »

A noter qu'il n'est pas fait mention du syndrome post-traumatique, des grossesses pathologiques, des IVG, des IST et des décompensations d'affections chroniques.

6. La prise en charge et le réseau d'intervenants

6 des 28 médecins généralistes (21.4%) ont déclaré ne pas avoir participé à la prise en charge des victimes et n'ont pas de réseau d'aide.

Plusieurs types de prise en charge ont été relevés dans le discours des 22 médecins restant :

Type de prise en charge	Nombre de médecin
Rédaction d'un certificat déclaratif de coups et blessures volontaires	7 (31.8%)
Prescription de médicaments (antalgiques, pommades, hypnotiques, anxiolytiques)	5 (22.7%)
Ecoute, soutien de la patiente	3 (13.6%)
Rédaction d'un arrêt de travail	1 (4.5%)
Evaluation de la souffrance morale	1 (4.5%)
Parler au conjoint agresseur	1 (4.5%)
Evaluation du risque vital	1 (4.5%)

Tableau 3: Type de prise en charge mise en place

Les médecins orientent leurs patientes vers différentes structures :

Structure	Nombre de médecin(s)
Psychologue, CMP	12 (46.1%)
Gendarmerie, police (plainte)	10 (38.5%)
Association(s)	9 (34.6%)
Conseillère conjugale, médiation de couple	7 (26.9%)
Assistante sociale	3 (11.5%)
Aide juridique (avocat, Maison de la Justice)	3 (11.5%)
UMJ	2 (7.7%)
Urgences	2 (7.7%)
Consultation de victimologie	2 (7.7%)
Orientation des enfants (mise à l'abri)	2 (7.7%)
Psychiatre	1 (3.8%)

Tableau 4: Type de structure où sont orientées les victimes

2 médecins généralistes précisent qu'ils n'ont pas de réseau particulier mais qu'ils utilisent internet au besoin afin de trouver les adresses recherchées.

Le réseau est donc connu mais peu exploité.

7. La situation est-elle ressentie comme difficile ?

19 des 28 médecins généralistes ont déclaré avoir trouvé la situation difficile, soit pour 67.9%. Ces 19 médecins se répartissent comme suit : 53% sont des femmes, 47% des hommes. L'âge moyen est de 50.5 ans. Nous reviendrons sur leurs raisons plus tard.

6 des 28 médecins généralistes ont trouvé au contraire que les consultations traitant du sujet des violences conjugales n'étaient pas plus difficiles qu'une autre consultation, soit pour 21.4%. Ce sont pour les 2/3 des femmes et pour 1/3 des hommes. La moyenne d'âge est de 48.3 ans.

Et pour les 3 médecins manquants, ils répondent de façon mitigée : d'abord non à la question puis développent certaines réticences rendant la situation effectivement plus difficile (10.7%).

8. Les médecins se sont-ils posé la question des violences conjugales à posteriori ?

Cette question cherche à savoir s'il est déjà arrivé aux médecins de se remettre en cause, s'ils pensent avoir omis de repérer certaines patientes victimes, à postériori.

3 médecins généralistes n'ont pas répondu à la question.

48% des médecins ont déclaré clairement avoir suspecté, dans un second temps, certaines de leurs patientes d'être victimes de violences conjugales :

- MG1 : « *Oui, de toute façon, on se pose toujours de question.* »
- MG3 : « *Très certainement.* »

- MG5 : « *Bien sûr que si tu réfléchis, tu te dis : Bah mince, elle correspond à tel profil, c'est un peu le même profil que madame untel. »* »
- MG6 : « *On passe à côté de beaucoup de choses. »* »
- MG7 : « *Je pense que je ne dois pas les choper toutes. »* »
- MG13 : « *Je me pose souvent la question de savoir si je passe à côté. »* »
- MG23 : « *Je suis certainement passé à côté d'histoires. »* »

10 des 25 médecins généralistes ont répondu « non » à la question, soit 40%.

Enfin, les 3 derniers médecins ont répondu « non, mais... », soit 12% :

- MG10 : « *Non, mais je suis sûre qu'on passe à côté de plein de choses. »* »
- MG11 : « *Non, mais en tout cas je me suis dit que je n'aurais jamais imaginé qu'elle... ».* « *Forcément, on n'en voit plus qu'on en dépiste. ».* »
- MG15 : « *Non, mais ça pourrait se produire. »* »

9. Représentation des femmes victimes de violences par les médecins de l'enquête

Tout d'abord, 10 des 28 médecins généralistes ont signalé que les femmes victimes n'avaient pas de profil particulier, ni en âge, ni en catégorie socioprofessionnelle, ni en profil psychologique.

Au sujet de la catégorie socioprofessionnelle, 6 médecins déclarent que les femmes victimes appartiennent à des milieux défavorisés avec des problèmes économiques, du chômage :

MG2 : « *ça se cogne dans les milieux populaires.* ». « *Dans les classes défavorisées, ça cogne.* »

2 médecins pensent que les femmes qui dépendent financièrement de leur conjoint sont plus à risque. 1 médecin souligne leur isolement.

MG8 : « *Femmes au foyer qui n'ont pas de statut social, qui ne travaillent pas ou qui n'amènent pas d'argent.* ».

1 médecin précise que ces femmes ont un niveau culturel moins élevé.

Les avis sur l'âge à risque divergent : 4 médecins penchent pour des femmes jeunes, 2 pour des femmes approchant la quarantaine.

Du point de vue du profil psychologique, les médecins trouvent que les femmes victimes sont :

- Fragiles, vulnérables (5 médecins) ; MG15 : « *La femme qui a du caractère, elle ne se laissera pas battre.* »
- Pénibles (1 médecin) ; MG13 : « *Les victimes agacent leur entourage, elles sont pénibles, ce sont des victimes-nées quoi.* »
- Dépressives (2 médecins) ; MG 15 : « *tendance dépression* »
- Récidivent avec le même type d'homme (3 médecins) ; MG23 : « *J'en ai vu qui ont été battues deux fois par des maris successifs.* »

L'alcool joue un rôle pour 5 médecins généralistes :

- MG 4 : « *J'ai envie de dire : qui a bu, boira ou qui a été battu, continuera à être battu.* ». « *Je crois que les enfants qui boivent sont souvent des enfants d'alcooliques, les adultes qui cogent sont des enfants battus.* »
- MG12 : « *En général, les violents, ce sont des gens qui ont tendance à boire.* »
- MG14 : « *dans des milieux un peu plus défavorisés, là où il y a de l'alcool ou autre, ça survient un peu plus facilement.*»
- MG 15 : « *le mari alcoolique...* »
- MG 28 : « *L'alcoolisation, des choses comme ça, des situations économiques difficiles.* »

10. Comment améliorer le dépistage et la prise en charge des violences conjugales

Nous avons retenu plusieurs idées émises par les médecins qui pourraient améliorer le dépistage et la prise en charge :

Idée	Nombre de médecin(s)
Sensibilisation de médecins et de la population par des actions de prévention par le biais des médias : campagnes d'information télévisées, campagnes nationales, impact médiatique, opérations grand public	10 (35.7%)

Améliorer la formation initiale et la formation continue	7 (25%)
Améliorer le réseau : numéro vert et national, réseau plus adapté, réseau simple d'accès	6 (21.4%)
Education et prévention dès l'école	3 (10.7%)
Y penser et poser la question plus souvent	3 (10.7%)
Poser la question systématiquement à toutes les femmes	3 (10.7%)
Poser la question systématiquement devant certains critères (symptômes psychosomatiques, souffrance psychologique, consommation drogue/alcool, demande de psychotropes)	2 (7.1%)
Poser des affiches dans le cabinet pour sensibiliser les patientes	2 (7.1%)
Etre plus à l'écoute, soutenir les patientes	2 (7.1%)
Majorer les moyens économiques	1 (3.5%)
Ne sais pas	1 (3.7%)

Tableau 5: Propositions d'amélioration des pratiques concernant le repérage et la prise en charge des victimes

11. Ce que les médecins pensent du dépistage systématique

Un seul médecin (3.6%) était prêt à pratiquer le dépistage systématique des violences conjugales dans le cadre de ses consultations. Il inclurait la question « Est-ce que ça va bien dans votre couple ? » dans l'item « Mode de vie », lors de l'interrogatoire.

12 médecins (42.8%) sont contre le dépistage systématique, pour diverses raisons :

- MG2 : « *ça ne fonctionnera pas, on n'obtiendra que des réponses négatives, il faut cibler.* »
- MG4 : « *Irréaliste.* ». « *Pas une priorité.* ». « *Echantillon trop petit.* »
- MG5 : « *Violation de la vie privée et de l'intimité des gens si pas d'éléments de repérage.* »
- MG11 : « *Pas d'intérêt en systématique, plutôt cibler devant un point d'appel.* »
- MG12 : « *Ça serait très mal vécu par les patientes.* »
- MG15 : « *Certaines se vexeront.* »
- MG16 : « *Il ne faut pas être intrusif.* »
- MG23 : « *Ça crée un doute sur la relation médecin-malade.* ». « *Le dépistage doit être orienté pour être efficace.* »
- MG25 : « *Pas bonne perception.* ». « *Parce que je les connais.* ». « *Question choquante.* »
- MG27 : « *Médecins débordés.* ». « *Je vais les faire fuir, je trouve ça trop abrupt.* »

Enfin, 15 médecins (53.6%) ont donné une réponse mitigée :

- MG1 : « *Pourquoi pas.* ». « *Je ne suis pas sûre que les femmes s'en saisissent.* »
- MG3 : « *Non à la première consultation, oui pour les patientes connues.* »
- MG8 : « *Eventuellement oui, mais est-ce qu'on a le droit de rentrer dans la vie des gens ? Qu'est-ce qu'on fait après ?* »
- MG9 : « *Il faudrait me prouver que ça a un impact.* »
- MG10 : « *Je trouve que c'est violent, ça me gêne de demander la première fois qu'on voit quelqu'un... à la limite, à un deuxième ou troisième contact.* »
- MG17 : « *Bonne idée sur le papier mais pas sur le terrain.* »
- MG18 : « *Pas une mauvaise idée mais est-ce que ça aurait des résultats ?* »
- MG20 : « *Pas facile, il faut déjà avoir un peu de bouteille.* ». « *Et après qu'est-ce que je fais si elle me sort le gros morceau ?* »
- MG21 : « *Alors si on met le doigt dessus : aie, aie, aie, on va amputer notre temps.* ». « *Le but c'est de les aider mais qu'est-ce qu'on peut leur proposer ?* »
- MG28 : « *Pourquoi pas, mais il faut être à l'aise.* ». « *ça ne me choque pas de le faire.* »

III. Les obstacles au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales

1. Obstacles inhérents au thème des violences conjugales

1.1. Absence de reconnaissance du problème médical : ce n'est pas le rôle du médecin généraliste

Les violences conjugales ne sont pas toujours considérées comme un problème médical à part entière. Elles sont abordées comme un problème psycho social.

- MG1 : « *C'est-à-dire qu'en médecine générale, on voit souvent les patients pour des problèmes aigus et c'est ce genre de chose qui n'est pas forcément abordé. »*
- MG13 : « *Ou bien on n'est pas les bons, je ne suis pas le bon interlocuteur. »*
- MG14 : « *Alors est-ce que vraiment en tant que généraliste euh... »*
- MG15 : « *Le côté médical ne ressort pas vraiment, on est plus dans le côté un peu social. »*
- MG19 : « *Et ce n'est pas mon métier et puis voilà. »*
- MG23 : « *Ce n'est pas un problème médical au départ. »*
- MG28 : « *Sauf que bon, on ne sait pas faire et ce n'est pas notre métier. »*

1.2. Les violences conjugales appartiennent à une autre culture

- MG4 : « *Le problème c'est que... c'est qu'on a une population fortement immigrée, culturellement pas forcément très élevée au niveau culturel... Donc il y a sûrement aussi une population qui n'a ni l'idée, ni les mots, ni... je dirais la possibilité de décrire ça parce que je pense que ça ne leur vient même pas à l'esprit, voire même que d'ailleurs ils subissent ce genre de chose en pensant que c'est normal. »* »
- MG6 : « *Mais ce n'est pas vraiment de la violence, c'est de la tradition. »* »
- MG24 : « *Parce qu'il y a des femmes qui se disent que : « C'est normal qu'on me tape dessus, je croyais que j'étais méchante, je croyais que... je croyais que tout le monde faisait ça chez soi. » »* »
- MG26 : « *J'ai vu des femmes roumaines qui étaient battues, mais vraiment battues, avec des coups, qui me disaient : « Ah oui, mais ça, c'est mon mari, ça c'est normal chez nous. C'est normal, tu ne peux pas comprendre. » »* »

1.3. Les violences conjugales appartiennent au domaine de la vie privée

Le médecin généraliste a peur d'être intrusif.

- MG3 : « *Il ne faut pas, non plus, aller violer l'autre. »* »

- MG5 : « *Parce que c'est une violation de la vie des gens et de l'intimité des gens. On ne peut pas rentrer dans le lard des gens comme ça. »*
- MG8 : « *Est-ce qu'on a le droit de rentrer dans la vie des gens ? »*
- MG15: « *C'est un peu intrusif. »*
- MG16 : « *Il ne faut pas être intrusif. »*

1.4. Obstacle lié au faible nombre de patientes vues
(échantillon trop petit)

- MG2 : « *Mais je n'en ai jamais eu. »*
- MG4 : « *ça ne sera pas, en tout cas pour moi, une priorité dans la mesure où on en voit très peu. »*
- MG15 : « *Parce qu'au final il n'y en a pas beaucoup de patientes. »*
- MG23 : « *Je n'ai pas une grande expérience. Je n'ai pas de profil en tête parce que je n'ai pas assez de gens. »*
- MG25 : « *Je n'en ai pas en tête de très forcément nombreuses. »*

2. Obstacles inhérents aux femmes victimes de violences conjugales

2.1. Responsabilité de la patiente

La patiente est co-responsable des violences qu'elle subit. Sa responsabilité permet d'une part de dégager le médecin de sa responsabilité d'interroger mais aussi de justifier l'agresseur.

- Elle n'en parle pas, elle est co-responsable de la non divulgation des violences subies
- MG1 : *« Le problème c'est que c'est très rare qu'elles en parlent. ». « Donc très peu parlent de ce qui se passe à la maison, se livrent en fait. ». « Ce n'est pas toujours facile pour elles de faire le premier pas. »*
- MG2 : *« Le grand problème, pour nous généralistes, c'est d'avoir le silence qui règne autour de ça, on sait tous les deux qu'il en est de même du viol. ». « Je suis persuadé qu'on passe à longueur de journée à côté parce qu'il y a une telle honte, une telle pression sociale... ». « Elle évoluait, si tu veux, dans un monde de silence, où elle gardait profondément enfoui ce secret d'inceste paternel que personne n'avait soupçonné. »*
- MG3 : *« Ou elles n'osent plus. »*
- MG4 : *« Je pense aussi que le fait de passer avec mon interne, c'est parce qu'ils ont un peu honte et ne veulent pas me voir. »*

- MG5 : « *Il faut vraiment les cuisiner pour savoir ça.* ». « *Elle avait honte, les gens ont honte d'en parler.* ». « *Ils vont voir un autre médecin parce qu'ils ont honte.* ».
- MG6 : « *Mais ça fait 10 ans, pourquoi on n'en a jamais parlé ? Mais parce que vous ne me l'avez jamais demandé.* »
- MG8 : « *Il y a le fait qu'elles le cachent bien, elles n'ont pas envie d'en parler parce qu'elles ne sont pas prêtes.* »
- MG10 : « *On sent que la personne n'est pas prête à dire les choses mais à chaque fois, on repose la question.* ». « *Et je pense que les femmes ont la capacité de ne pas montrer que justement il y en a, de la violence.* ». « *Elles essaient de ne pas montrer que c'est difficile parce qu'elles ne savent pas ce qui va arriver quoi.* »
- MG12 : « *Ce n'est pas une très belle image que l'on donne de soi-même, de se faire casser la gueule ou de se faire battre.*». « *Parce qu'il y en a d'autres chez qui j'ai découvert des violences et elles ont beaucoup nié ça.* »
- MG13 : « *Les violences verbales, finalement, sont souvent banalisées et les femmes, je pense, souvent, ne m'en parlent pas.* ». Culpabilité de la femme qui banalise.
- MG16 : « *On a tous vu des gens qui présentent des marques physiques de coups, et on sait qu'il se passe des choses qui ne vont pas et ils en parlent pas, enfin ils ne veulent pas en parler, donc c'est difficile...* »

- MG17 : « *Les victimes n'osent pas en parler.* ». « *... tendance à avoir honte de ce qu'il leur est arrivé. La culpabilité de dire « c'est quelque part ma faute », c'est quelque chose de typiquement féminin.* ». « *Il y a des violences qui sont un peu latentes, non extériorisées, dont les femmes ne se plaignent pas forcément.* »
 - MG20 : « *Parce qu'il y a aussi la honte de la famille.* ». « *Bah parce que souvent c'est bien caché aussi.* »
 - MG21 : « *Je pense qu'il y en a qui ont honte.* ». « *Il y en a qui ne se sont pas plaintes aussi.* ». « *Je veux dire qu'elle subissait, elle n'avait jamais eu l'idée d'en parler.* ». « *Je ne vois pas comment l'aider dès l'instant où il n'y a pas de demande.* »
 - MG27 : « *Elles savent cacher, elles savent très bien cacher.* »
 - MG28 : « *Elles parlent rarement de la violence physique.* ». « *La femme n'ose pas parler.* »
- Elles ont un caractère ou un tempérament difficiles, ce qui pousse et justifie l'agresseur dans ses actes de violence.
- MG2 : « *La victime est tellement souvent la coupable, dans les viols comme dans les coups : si elle se fait battre c'est qu'elle le mérite.* ». « *Putain quand même il y a des femmes battues qui m'énervent !* ». « *J'ai envie de leur foutre des tartes.* ». « *C'est la vérité, elles sont irritantes, irritantes, irritantes, à se*

demander si elles ne cherchent pas à un moment donné les limites de celui qui est en face. ». « Mais dans leur comportement, dans leur façon d'être, c'est tellement horripilant... ». « Si tu n'étais pas en position de soignant, tu aurais envie de lui en coller une pour l'ensemble de son œuvre. »

- *MG5 : « Donc le problème, c'est qu'il y a beaucoup de femmes qui ne sont pas posées, qui s'excitent, qui sont agressives, un peu hystériques, ça perturbe énormément le fonctionnement masculin et ça peut les rendre violents. ». « Et puis les femmes sont très féroces avec les histoires de garde d'enfants et tout ça. Là elles sont terribles. »*

- *MG13 : « C'est-à-dire que bah finalement on a l'impression que si elles sont victimes, c'est parce qu'elles sont pénibles et qu'à la limite, elles sont tellement pénibles qu'elles méritent simplement d'avoir ce qu'elles ont. »*

- Culpabilité de l'entourage qui fait que la patiente ne peut pas parler.

- *MG13 : « Je dirais qu'à la limite, très souvent, ces victimes, bah par leur comportement, euh... souvent agacent leur entourage. »*

- *MG20 : « Parce qu'il y a aussi la honte de la famille. »*

- Elles ont une prédisposition, soit trans-générationnelle, soit parce qu'elles récidivent dans le choix de leur conjoint-agresseur, c'est donc une fatalité. Elles font tout pour ne pas être aidées.
- MG2 : « *C'est à dire s'il n'y a pas dans nos histoires personnelles une prédisposition à être harcelée ou à être maltraitée.* »
 - MG3 : « *J'ai envie de dire : « Qui a bu, boira ou qui a été battu, continuera à être battu. ». « Je crois que les enfants qui boivent sont souvent des enfants d'alcooliques, les adultes qui cogent sont des enfants battus. »*
 - MG9 : « *Je trouve que c'est vrai qu'il m'est arrivée, d'autres fois, de voir des jeunes femmes tomber sur le même type d'homme à chaque fois, très possessif.* »
 - MG13 : « *C'est des victimes nées quoi ! ». « Parce que nous, on observe et on a l'impression que ces femmes font face à une fatalité et que rien n'avancera et nous, on a l'impression d'être là, simplement là, comme les simples observateurs d'une violence. »*
 - MG21 : « *Pour elle, c'est fataliste, pour moi, je ne comprends pas mais je ne vois pas ce que je peux faire.* »

- MG23 : « *Alors j'en ai vu une qui a été battue deux fois par des maris successifs.* ». « *Quand j'ai vu le gars, je me suis dit : « Ce n'est pas possible, elle va au-devant des problèmes.* » »
- MG28 : « *Il y a un profil de femmes qui récidivent.* »

2.2. Peur des représailles du conjoint

- MG2 : « *Quand tu es dans ton HLM et que tu portes plainte et que le mec est sorti de la maison et qu'il revient menacer sur le pas de la porte et qu'il rentre et qu'il frappe, et il ne se passe rien, parce que pour finir il ne se passe rien.* »
- MG10 : « *... elle avait peur qu'il la retrouve.* »
- MG18 : « *Et lui faire comprendre, effectivement, que d'abord quand elle parle, elle est sous couvert du secret médical et qu'on ne va pas aller casser la gueule du mari ou du conjoint, qu'on ne fera pas de remarque, à lui, il n'aura pas accès au dossier.* »
- MG21 : « *Elles n'osent pas parce que si elles nous en parlent, elles ont peut-être peur que nous, on engueule le mari et que du coup il tape plus fort ou il la harcèle encore plus.* »
- MG24 : « *Elles ont peur qu'on en parle au mari.* »

2.3. Obstacle lié au fait que les patientes ne viennent pas seules en consultation

- MG1 : « Bah oui parfois quand ils sont un peu grands, on s'arrange pour que l'enfant aille jouer dans la salle d'attente et on reprend les choses. Le problème, c'est que souvent dans la conversation elles sont prises par le truc et l'enfant entend. »
- MG10 : « Mais c'est vrai que dans le cadre avec les enfants, quelques fois, il y a des femmes qui ne se sentent pas peut-être... le lieu de dire... avec les enfants dans la salle. ». « Et des fois elles s'interdisent avec la présence des enfants de dire des choses. »
- MG18 : « Quand une patiente qui consulte par exemple avec son conjoint et qu'elle vient et qu'on sent que c'est tendu... on sent la peur... euh, ça m'est arrivé effectivement d'essayer une ou deux fois, de mémoire, de faire sortir le conjoint. »
- MG20 : « Bah ce matin, j'en ai eu une qui est venue avec un gros bleu là, mais elle est venue avec son mari. ». « Donc quand elle est avec le mari, ce n'est pas facile. ». « ...une maman qui... où le papa est toujours là. »
- MG24 : « Quand vous avez des personnes étrangères et que c'est le mari qui est là pour traduire...on ne peut pas dire systématiquement qu'on va exclure le mari et qu'on va faire appel à un interprète. »

- MG26 : « *Elles viennent toujours accompagnées. Et ça, c'est presque limite de l'ingérable. Parce qu'il faut quand même qu'elles puissent nous parler.* »
- MG28 : « *Lorsque les conjoints viennent toujours en couple.* »

2.4. La barrière de la langue

- MG19 : « *Si je vois que eux ne veulent pas creuser sur ce qui se passe à domicile, je ne vais pas forcer la porte quoi.* »
- MG20 : « *Bah parce qu'en fait, elle ne parle pas français.* »
- MG26 : « *Des femmes qui ne parlent pas du tout français, qui sont en situation de soumission et qui n'arrivent pas et qui ne peuvent pas nous parler.* »
- MG24 : « *Bah oui parce qu'on a beaucoup de gens qui ne parlent pas le français ou qui ne maîtrisent pas forcément la langue.* ». « *Quand vous avez des personnes étrangères et que c'est le mari qui est là pour traduire...on ne peut pas dire systématiquement qu'on va exclure le mari et qu'on va faire appel à un interprète.* »

3. Obstacles inhérents au médecin

3.1. Obstacles liés à la représentation des victimes par les médecins

Les femmes victimes de violences conjugales sont catégorisées de par leur profil psychologique (femme fragile, soumise, dépendante ou pénible), leur âge, leur niveau social ou intellectuel (quartier défavorisé et milieu précaire, pauvreté, niveau intellectuel bas, alcool), leurs comportements inexplicables (elles ne portent pas plainte, répétition des violences subies).

- MG2 : « *Dans nos projections personnelles, ça cogne dans les milieux populaires.* ». « *La victime est tellement souvent la coupable, dans les viols comme dans les coups : si elle se fait battre c'est qu'elle le mérite.* »
- MG3 : « *J'ai envie de dire : qui a bu, boira ou qui a été battu, continuera à être battu.* ». « *Je crois que les enfants qui boivent sont souvent des enfants d'alcooliques, les adultes qui cognent sont des enfants battus.* »
- MG4 : « *Le problème c'est que... c'est qu'on a une population fortement immigrée, culturellement pas forcément très élevée au niveau culturel... Donc il y a sûrement aussi une population qui n'a ni l'idée, ni les mots, ni... je dirais la possibilité de décrire ça parce que je pense que ça ne leur vient même pas à l'esprit, voire même que d'ailleurs ils subissent ce genre de chose en pensant que c'est normal.* ». « *On a tendance à penser que ce sont des femmes jeunes, disons avec des enfants.* »

- MG5 : « *Donc le problème, c'est qu'il y a beaucoup de femmes qui ne sont pas posées, qui s'excitent, qui sont agressives, un peu hystériques, ça perturbe énormément le fonctionnement masculin et ça peut les rendre violents.* ». « *Moi je les vois comme des femmes fragiles.* ». « *Bien sûr quand il y a une différence socioculturelle dans le couple, ça pose beaucoup de problèmes.* »
- MG8 : « *Pas mal de femmes au foyer ou qui n'ont pas de statut social, qui ne travaillent pas ou qui n'amènent pas d'argent.* ». « *Elles sont plus vulnérables, dépendantes du couple.* ». « *Peut-être plus jeunes... Personnes âgées, pas trop parce qu'il y a une éducation.* »
- MG9 : « *Je trouve que c'est vrai qu'il m'est arrivée, d'autres fois, de voir des jeunes femmes tomber sur le même type d'homme à chaque fois, très possessif.* »
- MG13 : « *Je dirais qu'à la limite, très souvent, ces victimes, bah par leur comportement, euh... souvent agacent leur entourage. C'est-à-dire que bah finalement on a l'impression que si elles sont victimes, c'est parce qu'elles sont pénibles et qu'à la limite, elles sont tellement pénibles qu'elles méritent simplement d'avoir ce qu'elles ont.* ». « *C'est des victimes nées quoi !* »
- MG14 : « *Chez le mari alcoolique ou quoi que ce soit.* ». « *Ca peut venir aussi du quartier ou du secteur géographique.* ». « *Les facteurs économiques sont aussi assez importants.* ». « *Chez des hommes surtout alcooliques, enfin*

dans un contexte alcoolique. ». « C'est quand même des femmes fragiles... La femme qui a du caractère, elle ne se laissera pas battre, ça c'est sûr. ». « Profil psychologique assez typique, soumise, etc. ». « Le contexte familial d'emblée, socio-économique... il y a le chômage... ce sont des femmes avec pas mal d'enfants. ». « Ce n'est pas des petites jeunes en général. Non les petites jeunes elles se rebellent. »

- MG15 : *« Dans les milieux un peu plus défavorisés, là où il y a de l'alcool ou autre, ça survient un peu plus facilement, enfin c'est peut-être un peu plus fréquent. »*
- MG16 : *« Bah c'est quand même des gens qui ont une fragilité, ça c'est clair, donc après... autour des gens qui sont en défaut enfin en insuffisance. »*
- MG18 : *« Alors qu'avant j'avais un schéma, c'était soi-disant la femme fragile, pas sûre d'elle, effectivement, plutôt... après quelques années de mariage. »*
- MG19 : *« Une femme de quarante ans avec un niveau social un peu moins élevé quoi, culturellement. »*
- MG20 : *« Je pense que c'est surtout des femmes isolées qui rêvent de la famille idéale. ». « Ca repose sur leurs épaules, ce n'est pas de la faute de l'autre quoi. »*

- MG22 : « Bah c'est plutôt un profil de femme qu'on ne pourrait pas dire... c'est peut-être faux mais... pas... en terme simple « pas fortes ». »
- MG23 : « Elle m'a paru toujours fragile, je dirais, psychologiquement. ». « Alors j'en ai vu une qui a été battue deux fois par des maris successifs. ». « Quand j'ai vu le gars, je me suis dit : « Ce n'est pas possible, elle va au-devant des problèmes. » »
- MG24 : « Parce qu'il y a des femmes qui se disent que : « C'est normal qu'on me tape dessus, je croyais que j'étais méchante, je croyais que...je croyais que tout le monde faisait ça chez soi. » »
- MG25 : « Des femmes dépendantes. ». « Physiquement oui. Milieu socioprofessionnel défavorisé. Et psychologiquement, plutôt des milieux un peu plus aisés, classe moyenne et classe supérieure. »
- MG26 : « J'ai vu des femmes roumaines qui étaient battues, mais vraiment battues, avec des coups, qui me disaient : « Ah oui, mais ça, c'est mon mari, ça c'est normal chez nous. C'est normal, tu ne peux pas comprendre. »
- MG28 : « Il y a un profil de femmes qui récidivent. ». « L'alcoolisation, des choses comme ça, des situations économiques difficiles. »

3.2. Méconnaissance des problématiques des violences conjugales

La plupart des médecins ne font pas référence aux mécanismes liés à ce type de violence : la mémoire traumatique, les cycles de la violence, les allers retours, la difficulté pour les femmes victimes de prendre des décisions, le temps nécessaire pour accepter leur prise en charge et le changement, les stratégies de l'agresseur. Ils ont l'impression que la victime ne les écoute pas.

- MG1 : « *Parfois elles disent et après elles reviennent en arrière mais ça, on ne peut pas non plus obliger les gens à dire. »*
- MG2 : « *Madame, on va porter plainte, c'est plus possible ça ? Ah non... parce que mon mari m'aime. »*
- MG3 : « *On a envie de monter au créneau en disant : « Mais ce n'est pas possible, qu'est-ce que vous faites encore là ? ». « Je pense qu'elle est trop fragile et qu'elle a trop peur... c'est peut-être mieux que de la solitude... vaud mieux un gros alcool-tabagique que rien... Ah oui j'ai du mal à comprendre mais je suis du côté du bureau où on est autorisé à avoir du mal à comprendre. »*
- MG4 : « *Mais ça ne se fait pas comme ça, parce que c'est rarement la première qu'on l'évoque qu'elles y vont, ce n'est pas la première fois qu'on leur dit d'aller au commissariat qu'elles y vont non plus. »*. « *Parce que ça ne se résout pas du jour au lendemain. »*

- MG6 : « *De toute façon, je ne divorcerai jamais, je suis catholique. »*
- MG7 : « *Le seul problème c'est qu'il fallait qu'elle voit clair de ce qu'elle voulait faire de sa vie par rapport à ça. La vie n'est pas binaire. Donc peut-être qu'elle y trouvait son compte ailleurs... le problème c'est de savoir comment elle veut gérer ça. »*
- MG8 : « *Mais par rapport à son mari quoi, elle n'a pas envie de partir ni... d'arranger les choses, quoi. »*
- MG9 : « *Il y en a quatre parce qu'il y en a une autre aussi mais qui ne veut pas se l'avouer. »*. « *Elle est allée porter plainte puis elle a retiré sa plainte finalement. »*
- MG10 : « *Voilà parce qu'on dit la psychologue, mais on prend un rendez-vous, mais on ne vient pas, après on dit : « Ah bah pourquoi vous n'avez pas pris un rendez-vous ? Faut peut-être reprendre. » »*. « *Et c'est vrai que quand on parle de la conseillère conjugale, que quand on parle de la psychologue, faut convaincre aussi et ça, ce n'est pas facile. »*. « *Parce que souvent ce qui est dur, c'est de convaincre la personne de faire les choses quoi. »*
- MG11 : « *Pas moyen à l'inciter à porter plainte. On laisse toujours une chance... de plus... jusqu'à une chance de trop peut-être. Mais voilà... on ne peut pas la forcer, hein. »*

- MG12 : « *Je lui avais dit déjà à plusieurs reprises qu'il fallait qu'elle s'en aille. »* »
- MG17 : « *On lui a proposé éventuellement une thérapie conjugale qui n'a pas été suivie. »* »
- MG19 : « *Je sais que la dame avait dit : « Je ne sais pas si je vais le faire (porter plainte) mais je fais le certificat quand même. » »* »
- MG20 : « *Il a fallu un long suivi pour qu'elle se dise que ce n'était pas le merveilleux époux qu'elle avait eu et elle a mis un an en fait pour se dire qu'il fallait qu'elle se sauve avec sa petite fille. ».* « *Il y a tous les allers retours. Il y a toutes les mamans qui disent oui et puis qui restent, qui partent. »* »
- MG21 : « *C'est vraiment subi et, je vais peut-être être méchante de dire ça, mais presque accepté. ».* « *Aujourd'hui elle restait là, elle se confortait dans cette situation. ».* « *Elle n'a jamais porté plainte, jamais, ni déposé une main-courante ou autre. ».* « *Alors que l'autre, plus âgée, elle accepte, parce que peut-être aussi financièrement, si elle part... bah il n'y a plus de sous. »* »
- MG23 : « *Les quelques cas que j'ai eu, je leur ai proposé de téléphoner en leur disant que ce sont des associations... et les quelques cas auxquelles j'ai dit ça, je n'ai jamais eu une notion qu'elles avaient contacté ces gens-là. »* »

- MG26 : « *Respecter que la démarche peut être extrêmement longue pour les gens et qu'elles peuvent être battues, humiliées, traitées... quand elles ne sont pas prêtes, elles ne sont pas prêtes. Et vous ne pouvez pas le faire pour elles. »*
- MG28 : « *Non la situation est vraiment très difficile parce que déjà, il faut arriver à convaincre la femme et après il faut arriver à la convaincre d'agir toute seule tout en sachant qu'elle ne va pas être aidée. »*

3.3. Problème de temps et de disponibilité

Les consultations qui abordent le sujet des violences conjugales demandent plus de temps et donc de disponibilité de la part du médecin généraliste. Il se pose donc le problème de la gestion du temps et du nombre de motifs.

- MG1 : « *Bon il faut être très disponible, soi-même, hein, pour pouvoir être à l'écoute... »*
- MG2 : « *Et ça a duré, je ne sais pas, une heure. C'est comme si tu avais un bout de pull-over qui dépasse et tu commences à tirer et tu as tout le pull qui vient. »*
- MG3 : « *C'est chronophage. Je crois vraiment que ça prend du temps. »*

- MG4 : « *Je ne recherche pas spécifiquement parce qu'on est toujours dans des multi consultations... on n'a pas toujours une demi-heure, trois quart d'heure de consultation devant nous.* ». « *C'est une consultation qui est longue, qui nécessite de laisser un peu de temps pour que les gens parlent.* »
- MG6 : « *Bah il faut prendre plus de temps.* »
- MG8 : « *Elle (la consultation) est plus longue.* »
- MG10 : « *Il faut le temps aussi de parler et c'est vrai que dans le cadre d'une consultation, bah on n'a pas forcément le temps aussi, sinon ça décale, on va ailleurs après.* »
- MG12 : « *ça prend beaucoup de temps.* ». « *C'est le manque de temps, le manque de discernement, c'est la disponibilité du médecin.* »
- MG14: « *Premièrement ça dure déjà trois quart d'heure au lieu d'un quart d'heure !... Donc c'est des consultations qui sont effectivement plus longues.* »
- MG18 : « *Bah la seule chose, c'est que d'abord je pense qu'il faudrait prendre du temps.* »
- MG19 : « *Parce que nous, on n'a pas toujours plein de temps.* »
- MG20 : « *C'est long !* »

- MG21 : « Elles sont plus longues. ». « Parce qu'on sait que c'est chronophage ! ». « On va amputer... notre temps. »
- MG24 : « Ne serait-ce que sur le temps demandé. »
- MG27 : « On est débordé quoi... on ne peut pas tout faire »
- MG28 : « On retarde toute la consultation... ». « Je pense que je pourrais en parler à toutes, mais d'abord ça va prendre du temps. »

3.4. Peur de la réaction de la patiente

Les médecins craignent d'agresser, d'offenser, de choquer les patientes en abordant le sujet.

- MG2 : « Dans le meilleur des cas, tu en perds un ; dans le pire des cas, tu perds les deux. ». « C'est compliqué de poser la question parce qu'on a peur que l'autre se sente agressé. »
- MG5 : « Mais je n'aurais pas aimé qu'on me pose la question par exemple, je n'aurais pas voulu qu'on me fasse chier. »
- MG8 : « Oser poser la question sans pour autant aller dans le vif du sujet, ne pas braquer. »

- MG10 : « *ça va aussi peut-être choquer.* »
- MG12 : « *Je crois que ça serait très mal vécu.* »
- MG13 : « *C'est toujours la même question parce que sinon la femme va avoir l'impression effectivement que... voilà... on essaie un peu de l'agresser dans son vécu.* »
- MG14: « *Il ne faut pas que la patiente se sente vexée.* ». « *Peut-être que certaines se vexeront.* ». « *Si vous leur posez la question et « Pour qui vous me prenez ? » »* »
- MG15 : « *ça pourrait être mal perçu.* »
- MG18 : « *Mais c'est vrai qu'une femme qui ne serait pas battue, pourrait trouver ça bizarre, voire même déplacé et... provoquer dans certains contextes, une colère.* »
- MG22 : « *C'est surtout parce qu'on a peur que ce soit mal pris par la personne qui consulte.* »
- MG23 : « *Déjà je ne peux pas parce que si on pose systématiquement la question à toutes les femmes de la clientèle, c'est créer un doute sur la relation du médecin et euh... de cette famille.* »

- MG24 : « *Si vous brusquez les gens, ils se ferment comme des huitres et puis ils n'en parlent pas du tout.* ». « *C'est très délicat parce que si la personne ne parle plus, ça peut même arriver qu'elle ne vienne plus en consultation.* »
- MG25 : « *On essaie de banaliser pour ne pas choquer.* ». « *La perception ne serait pas forcément bonne.* ». « *C'est une question choquante.* »
- MG27 : « *Je vais les faire fuir ! Elles ne vont plus revenir !* »
- MG28 : « *Certaines femmes s'enfuiraient en courant en disant « Oh celui-là, il ose se mêler de ma vie.* » »

3.5. Peur de mettre à jour des situations douloureuses, insupportables, dérangeantes

Les médecins se sentent impliqués personnellement lors de ces consultations. Nous pouvons relever plusieurs types d'émotions qui sont secondaires à l'empathie des médecins. Ces derniers ne sont pas indifférents à ce qui arrive à ces femmes : ils expriment de la peine, de la tristesse, de la colère ou de l'agressivité.

- MG1 : « *Bah, parce que c'est des choses qui sont quand même très violentes et que sur le plan humain parfois on préfère pas trop entendre ce genre de chose et de se dire on banalise.* »

- MG2 : « *Le regard sur l'alcoolique, sur le toxicomane, sur ceux qui nous dérangent, sur ceux qui ne nous ressemblent pas.* ». « *Parce que tu t'impliques.* ». « *Tu te mets en scène, tu ne peux pas te planquer derrière ton petit doigt...* ». « *Tu es directement humain professionnel face à l'humain qui souffre.* »
- MG3 : « *Parce que parfois on est dans l'émotion, hein ! Moi, celle dont je parlais tout à l'heure, lorsqu'elle m'a fondu en larme avec ses histoires de même... ça... prend physiquement, ça peut prendre. Faut respirer un coup, on prend un peu de distance puis voilà.* ». « *Mais là, on est encore dans l'indicible.* »
- MG5 : « *Mais je n'aurais pas aimé qu'on me pose la question par exemple, je n'aurais pas voulu qu'on me fasse chier.* »
- MG6 : « *Parfois c'est dur émotionnellement, il y a des situations qui vous prennent à la gorge.* »
- MG10 : « *Mais c'est plus dans l'émotion.* ». « *C'est vrai que c'est des choses tellement douloureuses.* ». « *Moi je trouve que c'est un peu violent justement.* ». « *Je trouve que c'est violent* ».
- MG22 : « *Parce que je pense qu'on ne... on se met plus ou moins dans la peau de la personne et on s'imagine que c'est difficile à dire et d'en parler,*

peut-être qu'on ne s'autorise pas à en parler facilement par rapport à d'autres problèmes de santé. »

- MG24 : *« Bah elles sont plus délicates parce que soit vous ouvrez des plaies qui étaient fermées il y a... ». « Donc c'est vrai qu'on peut ouvrir des plaies et voir la personne qui revit ça, donc on n'aime pas trop. ». « ça génère énormément de stress pour la personne qui s'en occupe. ». « Je pense que c'est aussi anxiogène quand on voit que la personne subit des choses importantes. »*
- MG25 : *« C'est difficile, ouais, parce qu'on ressent la souffrance. ». « Toutes les consultations d'ordre psychologique et syndromes dépressifs et autres demandent beaucoup plus d'investissement moral. »*
- MG26 : *« Il faut déjà calmer sa... ! Il faut un peu calmer ce qu'on pense... sa colère. ». « Moi je trouve que la grosse difficulté avec les violences conjugales, c'est de... faire taire déjà ses propres affects. ». « C'est lutter contre son propre déni parce qu'il y a quand même des moments où on n'a pas envie de voir parce qu'en fait c'est très casse-pieds quand même. »*
- MG28 : *« Parce qu'on sent la personne en danger, parce qu'on a l'impression qu'on va l'abandonner...et qu'on a peur pour elle quoi. »*

3.6. Obstacles liés au réseau d'intervenants

Le réseau est connu mais peu exploité. Les médecins citent des intervenants mais n'ont pas de coordonnées précises, ils pensent pouvoir les retrouver si besoin.

Leurs intervenants de choix sont :

- Le psychologue,
 - La police ou la gendarmerie,
 - Les associations (mais aucun médecin ne m'a donné de numéro)
 - La conseillère conjugale (ce qui sous-estime la problématique).
-
- MG2 : *« Le temps que la justice fasse son travail, elles ont deux cent cinquante fois le temps de se faire défoncer. »*. *« Quand tu es dans ton HLM et que tu portes plainte et que le mec est sorti de la maison et qu'il revient menacer sur le pas de la porte et qui rentre et qui frappe et qu'il ne se passe rien, parce que pour finir il ne se passe rien. »*

 - MG8 : *« Non, non, non, justement, ça serait pas mal de... J'en avais et puis j'ai tout perdu. (numéros de téléphone) »*

 - MG9 : *« Si c'est le docteur qui a la main, il faut effectivement que le réseau soit un peu plus connu. »*

 - MG10 : *« En sachant que les foyers maternels, tout ça, bah c'est saturé. »*

 - MG13 : *« Des plaintes qui n'ont pas voulues être enregistrées par les gendarmes. »*. *« Moi, j'ai même eu une fois, il y a quelques années, des*

menaces de la gendarmerie parce que je m'étais occupé justement d'un problème de violence conjugale. ». « Je pense que la justice... enfin les forces de police ont encore un peu du mal à s'impliquer justement là-dedans. »

- MG19 : *« Je ne sais pas où m'adresser. »*
- MG22 : *« Non, je ne crois pas avoir là-dessus, j'ai peut-être un numéro quelque part, j'en sais rien ! »*
- MG28 : *« Il faut les remettre à jour, ce n'est pas toujours évident. ». « Mais un vrai réseau je n'en ai pas. ». « On n'est pas aidé. »*

3.7. Sentiment d'impuissance et d'échec

Les médecins expriment une crainte de ne savoir quoi faire. Ils ressentent une impuissance, une incapacité. Ils remettent en question leur efficacité et leur rôle. Pourquoi ouvrir la boîte de Pandore si on ne sait pas quoi faire après ?

- MG3 : *« Il n'y a pas de solution. »*
- MG4 : *« C'est-à-dire qu'il faut être prêt en particulier à avoir une conduite adéquate sur la question. »*
- MG8 : *« Si elle dit oui et qu'elle est prête à faire des démarches mais si elle n'est pas prête, qu'est-ce qu'on fait ?... Et après ? Savoir quoi faire ! »*

- MG12 : « D'abord il faut faire le diagnostic et même si on l'a, on n'a pas la thérapeutique. ». « Je n'ai pas la thérapeutique, je n'ai pas les moyens, légalement de faire le constat, même si je lui fais un papier, il n'a pas de valeur, parce qu'il doit être certifié par les instances médico-judiciaires. »
- MG13 : « Oui parce qu'on est un petit peu démunis. ». « Parce que nous, on observe et on a l'impression que ces femmes font face à une fatalité et que rien n'avancera et nous, on a l'impression d'être là, simplement là, comme des simples observateurs d'une violence et un peu démunis parce qu'on est tenu au secret professionnel, parce qu'on ne peut pas faire bouger les choses. »
- MG20 : « Et puis se dire : et après qu'est-ce que je fais si elle me sort le gros morceau ? »
- MG21 : « Pour elle, c'est fataliste, pour moi, je ne comprends pas mais je ne vois pas ce que je peux faire. ». « Parce qu'on sait que si c'est positif, va falloir mettre en place des choses et organiser un suivi. ». « Le but, c'est de les aider mais qu'est-ce qu'on peut leur proposer ? »
- MG23 : « Je ne sais pas trop ce que je peux faire. ». « Donc vous vous remettez en question. ». « « Puisque vous êtes là et que votre mari continue à vous frapper, qu'est-ce que je fais ? » »
- MG24 : « Parce que c'est bien beau de dépister mais qu'est-ce qu'on fait ? Quand on ne sait pas quoi faire, et ben... on peut mal faire. »

- MG27 : « Bon, et puis il y a la remise en question : « Est-ce que j'ai été à la hauteur avec ma patiente ? Est-ce que je lui ai apporté quelque chose ? Est-ce qu'elle a pu se confier ? Est-ce que je suis un soutien ? » »
- MG28 : « On a l'impression qu'on va l'abandonner...on a peur de ne pas être à la hauteur. ». « Il faut chercher un avocat, qu'est-ce qu'il faut faire des enfants ? »

3.8. Obstacle lié à la connaissance du conjoint ou du reste de la famille

Le médecin généraliste est souvent médecin traitant du couple, voire le médecin de la famille.

- MG2 : « D'autant plus que parfois tu es médecin traitant des deux. »
- MG6 : « simplement avoir pris l'habitude de voir les couples, de ne pas avoir vu que monsieur, comme je connaissais les deux dans le couple, de ne pas avoir vu que monsieur était un violent. »
- MG7 : « Des femmes qui vont répondre : « Ah oui docteur ! » parce que vous connaissez le mari. »

- MG12 : « *Ce n'était pas très simple de m'en parler mais que je connaissais beaucoup trop son entourage* »
- MG14: « *En général, en médecine de ville, on connaît plus ou moins la famille aussi. Mais ça peut être un problème...»*
- MG18 : « *Et lui faire comprendre, effectivement, que d'abord quand elle parle, elle est sous couvert du secret médical et qu'on ne va pas aller casser la gueule du mari ou du conjoint, qu'on ne fera pas de remarques, à lui, il n'aura pas accès au dossier.* »
- MG21 : « *Il y en a parce qu'on connaît aussi le mari.* »
- MG23 : « *Parce que je connaissais le couple et la fille. Et je ne vois plus le mari depuis qu'elle vient me voir.* »
- MG28 : « *ça peut être difficile aussi parce qu'on connaît le conjoint et qu'on peut parfois avoir un bon relationnel avec lui.* »

3.9. Formation du médecin généraliste inexistante ou incomplète

Le médecin se dit incompétent à gérer les femmes victimes de violences conjugales par manque d'expérience et de formation sur le sujet, que ce soit la formation initiale ou la formation continue.

- MG2 : « *Pour le généraliste, il faut vraiment des années de vols, d'heures de vols.* ». « *Ce n'est pas forcément une consultation de jeune qui sort de la fac direct.* ». « *Quand est-ce qu'on a appris ça à nous ? Quel cours on a eu là-dessus ?* ». « *Ce n'est pas le questionnaire systématique qui est important, c'est la formation continue des médecins pour leur ouvrir leurs œillères et qu'ils soient toutes antennes déployées ce qui n'est pas le cas.* »

- MG3 : « *Ce sont des situations pour lesquelles on n'a pas été vraiment formé.* »

- MG4 : « *On ne nous a pas inculqué à la fac qu'on devait passer toute notre vie à dépister les violences conjugales.* »

- MG6 : « *Pas de ce que tu as appris à la fac parce que de mon temps on n'apprenait pas vraiment ça à la fac.* »

- MG16 : « *Moi je trouve ou que je ne sais pas voir ou retrouver ou chercher.* »

- MG19 : « *Parce que peu d'expérience.* ». « *On a pas assez d'assurance dans ce domaine.* »

- MG20 : « *Mais c'est difficile de le demander à tout le monde, il faut un certain... il faut déjà avoir un peu de bouteille.* »

- MG28 : « *Je crois qu'on n'est pas formés pour ça.* ». « *Moi je me suis dit finalement que je n'étais pas formée.* ». « *Il faut vraiment être à l'aise, nous, avec ce genre de chose, faut pas avoir l'air du jeune qui débarque.* ». « *Il faut nous former à la base.* ». « *C'est la faute des gens qui nous ont formé.* »

3.10. Obstacle lié au sexe du médecin

Plusieurs des médecins de l'enquête ont souligné la difficulté d'être un homme pour interroger les patientes.

- MG3 : « *Peut-être que certaines patientes hésiteront plus à en parler à un mec qu'à une autre femme.* »
- MG4 : « *Le fait d'être un homme, je pense que ce doit être quelque chose qui doit être un frein quelque part.* ». « *Ma collègue en voit plus.* »
- MG13 : « *Mais je pense qu'on a un handicap... enfin que j'ai un handicap un peu par rapport à ça, c'est que je suis un homme.* »
- MG5 : « *Justement, un homme, une femme, ce n'est pas du tout pareil.* »
- MG17 : « *En tant qu'homme, on n'est pas forcément à l'aise non plus.* »

- MG18 : *« Ce n'est pas que ça me mettrait mal à l'aise, c'est que je sais que je marche sur des œufs. C'est-à-dire que je fasse attention à la manière de poser des questions, d'amener le sujet, de pouvoir l'examiner, parce que je pense que, sans rentrer dans des clichés basiques, mais je suis un homme. ».*
« Enfin il y a plein de petites choses que j'essaierai de prendre en compte, j'essaierai de modifier pour mettre en confiance ma patiente et qu'elle puisse me voir comme un médecin et pas comme un homme. »

3.11. Obstacles liés à la relation idéale médecin-malade

Le médecin a besoin de bien connaître la patiente et d'avoir une relation de confiance pré établie avec elle.

- MG1 : *« Oui, mais il faut qu'il y ait un bon lien de confiance pour ça, ça ne se fait pas lors du premier rendez-vous. ».* *« Les femmes ne peuvent pas parler de ce qui se passe à la maison si elles n'ont pas confiance. »*
- MG7 : *« Les autres situations, je les aborde plus si c'est une patiente que je connais bien. »*
- MG12 : *« Elle n'ira pas forcément chez un médecin qu'elle ne connaît pas. ».*
« Si une femme, elle a subi des violences verbales ou physiques et que je ne connais pas et qui vient me voir, pour la première fois, ah c'est difficile. »
- MG13 : *« Je me suis posé la question où effectivement parfois parce que je ne connaissais pas, je n'ai pas osé aborder le problème. »*

- MG18 : « C'est-à-dire qu'il faut pouvoir voir les gens régulièrement... je ne pense pas que vous puissiez... pour un motif de consultation autre... lui poser directement la question alors que vous ne l'avez pas vu depuis peut-être un an ou deux. ». « Malheureusement, ce n'est pas toujours évident effectivement parce qu'il faut un minimum de confiance. ». « Je pense que ça dépend essentiellement de la relation de confiance qu'on peut avoir ou pas avec son patient. »
- MG19 : « C'est plus parce que je sens une confiance entre médecin et patient qui libère un peu plus le cœur quoi. »
- MG27 : « Des patientes à moi depuis longtemps, chez qui je n'ai absolument rien vu mais qui un jour se sont senties assez en confiance pour en parler. »

3.12. Obstacles liés à la crédibilité de la patiente

Le médecin met en doute les dires de la patiente.

- MG4 : « De créer un système un peu artificiel, c'est-à-dire de cette plainte qui n'est pas forcément étayée par des réalités derrière. »
- MG5 : « Et puis les femmes sont très féroces avec les histoires de garde d'enfant et tout ça. Là elles sont terribles. »
- MG8 : « Enfin qui est-ce qui a raison, qui a tort ? »

- MG12 : « *C'est comme ça, elle me rapporte ça maintenant, est-ce que c'est vrai ou faux, je n'en sais rien. »* »
- MG21 : « *Je n'ai effectivement que son son de cloche. »*. « *On ne peut que croire ce que l'autre nous dit. »* »
- MG23 : « *Et je ne sais même pas, d'ailleurs dans ce cas, si ce que me racontais l'épouse est vrai. »*. « *Donc je ne sais pas où se trouve la réalité de la violence conjugale. »*. « *Mais là je suis vraiment dans un processus de point d'interrogation c'est-à-dire que je pourrais dire qu'au début je l'ai crue à 100% et plus le temps passe, plus je me dis qu'il y a quelque chose qui n'est pas très claire dans cette situation. »*. « *Je n'ai pas d'élément positif en dehors de ses dires. »*. « *Et ce qui m'étonne beaucoup, c'est qu'elle continue... elle ne fait pas de démarches. »*. « *Je pense qu'elle a raison sur beaucoup de choses mais je ne sais pas s'il n'y a pas des choses qui sont... en plus. »*. « *Est-ce que c'est vrai ? »* »
- MG27 : « *Après je ne sais pas si on me dit la vérité, c'est toujours le problème. Est-ce qu'on me répond la vérité ? »* »

3.13. Peur des retombées judiciaires

Les médecins ont bien conscience que leur prise en charge risque d'être freinée par le principe du secret médical. Certains soulèvent également des problèmes inhérents à la rédaction du certificat de coups et blessures volontaires.

- MG1 : « *Donc on montre aux gens...que c'est le secret médical. »*
- MG2 : « *C'est important pour les docteurs parce qu'on a un rapport à la loi qui n'est pas claire. »*. « *On est dans des positions parfois un peu délicates... La seule façon d'être éthique, c'est d'être du côté de la loi. »*
- MG4 : « *Donc je n'ai absolument aucun état d'âme, j'incite et je fais un certificat déclaratif en faisant bien attention à ne déclarer que ce qui est visible et surtout ne pas dire des choses qu'on n'a pas constaté et bien faire la part entre le déclaratif et ce qu'on peut constater. »*
- MG12 : « *Je n'ai pas la thérapeutique, je n'ai pas les moyens, légalement de faire le constat, même si je lui fais un papier, il n'a pas de valeur, parce qu'il doit être certifié par les instances médico-judiciaires. »*
- MG13 : « *Parce que nous, on observe et on a l'impression que ces femmes font face à une fatalité et que rien n'avancera et nous, on a l'impression d'être là, simplement là, comme des simples observateurs d'une violence et un peu démunis parce qu'on est tenu au secret professionnel, parce qu'on ne peut pas faire bouger les choses. »*

- MG18 : « *Et lui faire comprendre, effectivement, que d'abord quand elle parle, elle est sous couvert du secret médical. »*

3.14. Obstacle lié au fait que le sujet soit tabou pour le médecin

Quelques médecins expriment une certaine pudeur à aborder le sujet.

- MG4 : « *J'ai une certaine pudeur vis-à-vis de ça. »*
- MG6 : « *Je suis passée à côté de beaucoup de choses par peur de poser la question. »*
- MG12 : « *Je pense que c'est un peu compliqué parce que ça touche quand même un domaine qui est... difficile. »*
- MG13 : « *On a aussi honte d'en parler. »*
- MG16 : « *Est-ce qu'il y a une pudeur qui fait que je n'aborderais pas ou que je ne saurais pas être... »*
- MG28 : « *Non c'est difficile aussi parce que c'est le côté français, où en France, je pense que c'est les souvenirs de guerre, faut pas dénoncer, faut pas dire. »*

3.15. Obstacles liés à l'histoire personnelle du médecin

Les violences conjugales peuvent faire écho au passé du médecin.

- MG2 : *« Il y a nos histoires : il peut y avoir eu dans l'environnement, du docteur y compris, des choses pas claires chez les parents, grands-parents, de tata, de tonton. ». « Donc il y tout un travail à faire sur le docteur avant de le faire sur le patient ! ». « J'ai vu des docteurs battus. ». « Nous sommes des êtres de chair et de sang avec nos propres histoires, des cadavres dans les placards, partout, il n'y a pas de famille idéale, qui n'aie pas ses cadavres dans les placards. ». « Ben voilà pourquoi ils t'énervent, parce que tu es un être humain et qu'on a tous nos histoires... pour bien soigner, il faut avoir guéri le docteur. ». « Si tu as des velléités de cogneurs, je pense que tu n'es pas un bon généraliste accueillant les femmes battues. »*
- MG3 : *« Leur propre vécu. »*
- MG6 : *« Son expérience personnelle. »*
- MG24 : *« Après les individus sont des individus comme ils sont, après c'est avec le vécu des gens, hein. »*
- MG27 : *« Moi, ça me ramène à des choses personnelles. C'est ça qui est dur. »*

- MG28 : « *D'ailleurs j'ai des exemples... de la famille je ne crois pas mais parce qu'en fait, plus ou moins, mais j'ai des exemples d'amis autour de moi. »*

3.16. Obstacle lié au fait que la patiente soit connue

Il peut être difficile de concevoir que des patientes connues depuis longtemps puissent subir ce type de violence sans que le médecin ne s'en soit aperçu.

- MG6 : « *Mais ça fait 10 ans, pourquoi on n'en a jamais parlé ?* » ; « *Mais parce que vous ne me l'avez jamais demandé.* »
- MG10 : « *Je n'aurais jamais imaginé qu'elle, elle aurait pu être victime de ça. Et que son mari pouvait être l'auteur de ça.* »
- MG23 : « *Je trouve que c'est plus difficile, surtout quand vous connaissez les gens depuis longtemps.*»
- MG25 : « *Peut-être parce que je les connais pour une grande partie maintenant.* »

3.17. Problèmes du repérage et du questionnement

Certains médecins soulignent la difficulté pour aborder la question des violences.

- MG1 : « *Il y a des moments, on est obligé, on sent que c'est important et puis il y a des moments où on ne peut pas poser la question directement.* »

- MG13 : « *Je me suis posé la question où effectivement parfois parce que je ne connaissais pas, je n'ai pas osé aborder le problème. »* »
- MG20 : « *Mais c'est difficile de le demander à tout le monde, il faut un certain... il faut déjà avoir un peu de bouteille. »* »

3.18. Méconnaissance de l'ampleur du problème, minimisation et banalisation du problème

- MG1 : « *On préfère ne pas trop entendre ce genre de choses et de se dire on banalise. »*. « *On peut écouter les gens et faire autre chose en même temps. »* »
- MG2 : « *Et personne ne lui avait jamais posé la question. »*. « *Donc tu fais remplir à ces confrères-là qui n'ont pas l'ampleur du désastre... »*. « *Donc la détection... ça ne peut pas se faire... sauf si tu es très branché sur ces questions. »* »
- MG17 : « *On lui a proposé éventuellement une thérapie conjugale qui n'a pas été suivie. »* »

3.19. Peur des représailles du conjoint envers le médecin

- MG8 : « *Ils ont peut-être peur des représailles aussi.* »
- MG28 : « *Quand la femme est venue se plaindre et que son mari est venu me mettre le poing sous le menton, à moi...* »

3.20. Refus d'entendre ou feindre d'entendre

Quelques médecins déclarent qu'il est parfois plus simple de feindre d'entendre les propos de la patiente ou de fermer les yeux.

- MG1 : « *On préfère ne pas trop entendre ce genre de choses et de se dire on banalise.* ». « *On peut écouter les gens et faire autre chose en même temps.* »
- MG14 : « *Il faut être beaucoup plus attentif parce qu'il ne faut pas non plus faire semblant de...* »

3.21. Problème de dénomination

Il existe un problème de dénomination du terme « violences conjugales »:

- MG1 : « *On préfère ne pas trop entendre ce genre de choses et de se dire on banalise.* »
- MG17 : « *On lui a proposé éventuellement une thérapie conjugale qui n'a pas été suivie.* »

- MG28 : « Il y a des conjugopathies qui font que le couple survit, il y a des vraies relations sadomasochistes. »

3.22. Manque de moyens et d'aide des pouvoirs publics

- MG4 : « En médecine générale, actuellement, on n'a pas les moyens de consacrer des dépistages... de deuxième niveau. ». « On ne peut pas penser qu'à ça alors qu'on a beaucoup d'autres problèmes à régler. Donc tant qu'on aura des consultations à 23 euros, on ne pourra pas faire plus ce qu'on fait actuellement. ». « Le jour où on donnera les moyens de faire les choses, on le fera. »

3.23. Obstacles liés au cabinet médical : médecin exerçant seul ou en groupe

- MG5 : « Non parce que après avoir interrogé MG 25 et moi, tu vois bien qu'on a pas du tout la même approche des gens... et donc c'est difficile de mettre en place dans un cabinet lorsqu'on a une approche différente. »

3.24. Peur de soulever un problème dont la patiente ne se plaint pas

Cette crainte est liée au risque d'induire une prise de conscience de la patiente qu'elle subit des violences conjugales.

- MG4 : « *Et puis en creusant euh, on va chercher des violences qui ne sont pas forcément vécues comme telles... sur des violences disons violentes.* ». « *Je ne recherche pas.* ». « *On ne va pas à la pêche aux infos.* ». « *De créer un système un peu artificiel c'est-à-dire de cette plainte qui n'est pas forcément étayée par des réalités derrière.* »

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

I. Les limites de l'étude

1. Les biais de recrutement

Les médecins ont été recrutés de différentes façons :

- Anciens maîtres de stage Paris VII : 6 médecins sur 28
- Réponse à un mail commun au sein d'un centre de PMI ou d'un centre de santé : 8 médecins sur 28
- Groupe de pair dont je fais partie : 2 médecins sur 28

Donc 16 des médecins interrogés (57.1%) ont accepté de faire partie de l'enquête soit parce qu'ils étaient sensibilisés ou intéressés par la problématique des violences conjugales, soit parce qu'ils étaient motivés et habitués aux formations médicales continues. Beaucoup de médecins joints par téléphone et choisis de façon aléatoire par le biais des pages jaunes ont refusé de participer à l'enquête pour deux raisons : soit car d'après eux aucune femme de leur patientèle ne subissait de violences conjugales, soit par surcharge de travail.

D'autre part, l'échantillonnage est peu représentatif de la population générale des médecins généralistes de France :

- Majorité de femmes : 57.1%.
- Travaillant en milieu urbain : 91.3%.
- Le planning familial est peu représenté : 3.6%.

- La taille de l'échantillon, appropriée pour une étude qualitative, ne repose quand même que sur un petit nombre de médecin.

2. Les biais d'intervention

La réalisation des entretiens, leur retranscription et leur analyse ont été effectuées par la même personne : l'enquêteur donc moi-même. Dans le cadre d'une étude qualitative, il aurait fallu une personne différente pour chaque partie soit trois personnes en tout pour augmenter la validité interne de l'étude. Cette condition n'était pas réalisable au cours de cette étude. Cependant, une relecture des résultats a été effectuée par un membre du département de médecine générale de Paris VII et sous la supervision du directeur de thèse afin de limiter ce biais et de valider les UMS et les verbatim retenus.

De même, au cours du recueil des données, un biais a pu intervenir au moment des entretiens par mon attitude. En effet, j'ai pu avoir une attitude, même inconsciente qui modifiait les réponses des médecins interrogés.

3. Les biais d'interprétation

Comme pour la réalisation des entretiens, l'analyse a été effectuée par la même personne. Bien qu'il faille toujours garder l'attitude la plus neutre possible quant à l'analyse et l'interprétation des résultats, mes propres opinions et représentations sur le sujet ont pu interférer.

II. Analyse des principaux résultats

1. Les différents types de violences conjugales connus par les médecins de l'enquête

Les violences physiques et psychologiques font l'unanimité chez les médecins.

Ce qui n'a pas été le cas des violences sexuelles et économiques : la violence sexuelle n'a été évoquée que par 39.3% des médecins interrogés et la violence économique chez 24.4% d'entre eux.

2. L'estimation de la fréquence des violences conjugales

7.1% des interviewés ont une notion exacte de la fréquence des violences.

21.4% d'entre eux sous-estiment leur fréquence alors qu'une grande partie la sur-estime : 42.8%, ce qui est étonnant à la vue des chiffres de dépistage détaillés ci-dessous.

3. Le nombre de femmes repérées au cours des 12 derniers mois

Le nombre moyen de femmes repérées au cours de l'année par les médecins de l'enquête est de 2.8. Les médecins surestiment la fréquence mais en dépistent peu. Les médecins de sexe féminin ont repéré plus de femmes victimes que les médecins de sexe masculin (3.4 femmes/an contre 1.9 femmes/an).

Sur ces femmes dépistées, la majorité subissait des violences physiques et psychologiques :

- Violences physiques : 27.7%
- Violences psychologiques : 19.7%
- Violences mixtes physiques et psychologiques : 47.4%

- Donc au total : 94.8%

Nous retrouvons peu de violences sexuelles et économiques dépistées :

- Violences sexuelles : 1.3%
- Violences économiques : 1.3%
- Violences mixtes physiques et sexuelles : 1.3%
- Violences mixtes psychologiques et sexuelles : 1.3%
- Donc au total 5.2% dont la moitié est liée aux violences physiques et psychologiques.

4. Le diagnostic de violences conjugales

Pour 55.3% des médecins interrogés, les violences ont été le motif de consultation et donc les femmes leur en ont parlé de façon spontanée.

Alors que 44.7% d'entre eux ont fait le diagnostic à partir de signes suspects.

Ces signes évocateurs ou éléments de repérage sont pauvres par rapport à la littérature (comparaison que nous aborderons plus loin). Nous pouvons retenir :

- Le syndrome anxio dépressif,
- Les changements comportementaux de la mère,
- Les signes traumatiques,
- Les problèmes liés aux enfants,
- L'alcoolisation,
- La consultation à deux,
- Les symptômes multiples inexpliqués.

5. Le réseau

Le réseau est connu mais peu exploité. Les médecins citent des intervenants mais n'ont pas de coordonnées précises, ils pensent pouvoir les retrouver si besoin.

Leurs intervenants de choix sont :

- Le psychologue,
- La police ou la gendarmerie,
- Les associations (mais aucun médecin ne m'a donné de numéro)
- La conseillère conjugale (ce qui sous-estime la problématique).

6. Le ressenti des médecins

La majorité des médecins (67.9%) ont exprimé clairement que les consultations liées au thème des violences conjugales étaient difficiles. A ces chiffres, nous pouvons rajouter les 10.7% des médecins qui ont répondu de façon mitigée car au final ils en ont conclu de même, à savoir que la consultation était plus difficile. Ce qui fait 78.6% des médecins interrogés.

7. La représentation des victimes par les médecins de l'enquête

Nous pouvons relever des idées reçues, des préjugés concernant les femmes victimes. Cette image négative de la femme permet de la culpabiliser, de la responsabiliser dans ce qu'il lui arrive et justifie l'agresseur.

- Elles appartiennent à une classe sociale défavorisée, niveau économique faible.
- Elles sont dépendantes financièrement de leur conjoint, elles n'ont pas d'emploi.
- Elles ont un niveau culturel peu élevé.

- Elles sont de nature fragile et vulnérable ou pénible et irritante.
- Elles sont dépressives.
- Elles récidivent dans leur choix de partenaires.
- Elles vivent dans un milieu où l'alcool est présent.

8. Leur avis sur le dépistage systématique

Entre les 42.8% des médecins de l'étude qui sont contre le dépistage systématique et les 53.6% qui expriment des réticences à le mettre en place, nous pouvons conclure que leur avis est plutôt négatif. Un seul médecin serait prêt à l'utiliser dans sa pratique quotidienne.

9. Les obstacles au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales

Nous avons les obstacles liés aux violences conjugales elles-mêmes :

- L'absence de reconnaissance du problème médical : ce n'est pas le rôle du médecin généraliste.
- Les violences conjugales appartiennent à une autre culture.
- Les violences conjugales appartiennent au domaine de la vie privée.
- L'obstacle lié au faible nombre de patientes vues.

Puis les obstacles liés aux femmes :

- C'est la responsabilité de la patiente.
- La peur des représailles du conjoint.
- Les patientes ne viennent pas seules en consultation.
- La barrière de la langue.

Enfin, les obstacles liés au médecin :

- Les représentations des victimes par les médecins.
- La méconnaissance des problématiques des violences conjugales qui a pour conséquence l'incompréhension des médecins qui sont face à l'inobservance des patientes. Le médecin devient autoritaire. Il veut tout régler et tout de suite.
- Les problèmes de temps et de disponibilité.
- La peur de la réaction de la patiente : les médecins ont peur de perdre leurs patientes.
- La peur de mettre à jour des situations douloureuses, insupportables, dérangeantes. Ces émotions sont liées à une projection du médecin.
- Les obstacles liés au réseau d'intervenants. Le réseau d'aide peut revêtir plusieurs problèmes : inexistant ou non connu, inadapté, incompetent. C'est le parcours du combattant.
- Le sentiment d'impuissance et d'échec.
- L'obstacle lié à la connaissance du conjoint ou du reste de la famille.
- Les problèmes liés à la formation médicale.
- L'obstacle lié au sexe du médecin.
- Les obstacles liés à la relation idéale médecin-malade.
- La crédibilité de la patiente. Le médecin recherche des preuves. Il s'érige en policier ou en juge.
- La peur des retombées judiciaires : secret professionnel et certificat descriptif initial.
- Le sujet est tabou pour le médecin.
- L'histoire personnelle du médecin. Il peut avoir été témoin, victime ou agresseur.

- La patiente est connue depuis longtemps.
- Les problèmes du repérage et du questionnement.
- La méconnaissance de l'ampleur du problème, minimisation et banalisation.
- La peur des représailles du conjoint envers le médecin.
- Le refus d'entendre ou feindre d'entendre.
- Le problème de dénomination.
- Le manque de moyens et d'aide des pouvoirs publics.
- Les obstacles liés au cabinet médical.
- La peur de soulever un problème dont la patiente ne se plaint pas, risque de créer ou de recréer des violences.

III. Discussion des résultats suite à une comparaison avec les données de la littérature.

1. Le nombre de femmes repérées au cours des douze derniers mois

Notre enquête retrouve un chiffre de 2.8 femmes par an et par médecin, ce qui est comparable avec l'étude de Chambonet (5) qui décrit dans son étude sur 419 médecins, qu'en pratique les médecins étaient confrontés à cette situation 2 fois par an. Il démontre également que les médecins femmes étaient plus sollicités.

Selon Chamberlain (2000) (23), moins d'une victime sur vingt est repérée par le médecin généraliste.

Dans l'étude de François (24), 3 médecins sur 19 interrogés n'avaient jamais observé de femmes victimes de violences dans l'année et les autres médecins ont repéré en moyenne 1 femme par an.

En ce qui concerne le type de violences dépistées, dans l'étude de Morvant (7), auprès de 235 médecins généralistes, le type de violence subi par leur patiente est majoritairement physique (73.3%), psychologique (51.5%). La violence sexuelle est la moins rapportée (15.4%).

Quelle que soit l'étude considérée, on note qu'il existe un sous repérage par les médecins généralistes, pourtant il est un interlocuteur de première ligne de par sa disponibilité et par sa relation privilégiée avec la patiente.

2. Les signes évocateurs

Certains signes évocateurs n'ont jamais été mentionnés comme : l'aggravation ou le déséquilibre de pathologies chroniques, les troubles du sommeil, les troubles de l'alimentation, l'abus de médicaments psychotropes, le syndrome de stress post-traumatique, les IST ou autres pathologies gynécologiques ainsi que les troubles liés à la grossesse et le risque léthal.

L'étude de Chambonet (5) décrit également que les signes traumatiques ont été cités par 97% des médecins de l'étude, les signes de dépression chez 43% d'entre eux, les signes d'anxiété chez 17% d'entre eux et les signes d'alcoolisation chez 12% d'entre eux.

3. Le réseau

Dans l'étude de Morvant (7), les médecins ont orienté principalement leur patiente vers un psychologue (51.7%) et vers la police ou la gendarmerie (56.3%). Trois

quarts des médecins n'ont aucun contact avec les autres professionnels susceptibles d'aider la patiente.

En 2011, Cornilleau (25) a réalisé une thèse qui cherchait à mettre en évidence l'évolution des pratiques des médecins généralistes concernant les violences conjugales en 10 ans, en comparaison avec l'étude de Morvant de 2000. En 2011, deux fois plus de victimes ont été orientées vers des associations spécialisées. En 10 ans, le pourcentage de médecins ayant été en contact avec un autre intervenant de la prise en charge est passé de 24 à 32%. La prise en charge des victimes doit comprendre l'orientation vers un réseau pour 39.2% des médecins interrogés en 2000 et 75% en 2011.

Il ressort que les médecins généralistes restent assez isolés et solitaires dans le suivi et la prise en charge de ces patientes.

4. Le ressenti des médecins

Chambonet décrit dans son étude (5) que 82% des médecins participants considéraient que c'était une situation difficile à gérer.

Canuet, dans son étude de 2010 (26), souligne que les médecins interrogés étaient mal à l'aise devant les violences conjugales. Ce malaise s'exprimait sur le doute (questionnements sur la bilatéralité de la violence ou sur la responsabilité de la femme), la méfiance, le sentiment d'impuissance et de banalisation.

5. La représentation des femmes

L'enquête ENVEFF (1) a révélé que les critères socio-économiques comme la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'étude ou de revenu, ne sont pas discriminants. On peut en revanche considérer l'exclusion comme un critère aggravant (chômeuses et étudiantes).

Parmi les femmes déclarant que leur conjoint souffre d'alcoolisme, les violences sont multipliées par un facteur 20.

Enfin l'enquête note certaines situations en faveur d'un phénomène de reproduction de la violence : le nombre de difficultés subies dans l'enfance est corrélé à la fréquence de violence de la part des proches et des parents à l'âge adulte.

La vision réductrice secondaire aux préjugés semble participer au processus de banalisation de la violence et constituer un frein au dépistage.

6. Le dépistage systématique

Les médecins interrogés éprouvent des réticences au dépistage systématique pour plusieurs raisons : peur de choquer ou de blesser les patientes, peur de perdre des patientes, doute sur l'efficacité de la démarche, manque de temps, crainte de ne pas savoir quoi faire si les réponses sont positives.

Hors la démarche du questionnement systématique s'est avéré efficace pour Gilles Lazimi, dans l'étude publiée en 2005 (27) et dans laquelle il a interrogé 100 femmes à l'issue de chaque consultation, quel que soit le motif. Les résultats montrent que 54% des femmes interrogées ont subi dans leur vie des violences, toutes violences confondues : verbale, physique ou sexuelle. Près d'une femme sur deux déclare avoir été victime de violences verbales au cours de la vie (49%). Près d'une femme sur trois déclare avoir été victime de violences physiques au cours de leur vie (31%). Près d'une femme sur douze déclare avoir été victime de violences physiques au cours des 12 derniers mois (8%). Plus d'une femme sur cinq déclare avoir été victime de violences sexuelles au cours de la vie (21%).

En 2007, les résultats de son mémoire (28), réalisé à partir de 557 patientes interrogées par 51 médecins et 2 sages-femmes, sont importants et révèlent que

plus de 6 femmes sur dix déclarent avoir été victimes de violences, violences toutes confondues au cours de sa vie. Près de 6 femmes sur dix déclarent avoir été victimes de violences verbales. Plus de 4 femmes sur dix de violences physiques. Près de 2 femmes sur dix déclarent avoir été victimes de violences sexuelles. Près d'une femme sur huit déclarent avoir été victime de violences physiques, verbales et sexuelles.

Coy-Gachen a réalisé en 2005 (29) une enquête prospective de dépistage systématique par 11 médecins généralistes sur toutes leurs patientes venues consulter sur une durée d'une semaine. Ils ont interrogé systématiquement 251 patientes à propos de la violence conjugale par un questionnaire direct. 44 patientes ont répondu être ou avoir été victimes de violences conjugales. En comparaison, sur une semaine témoin, les onze médecins généralistes ont reçu en consultation 3 patientes victimes de violences conjugales.

La fréquence des violences déclarées par rapport à l'ensemble de la population interrogée est de 16,3% pour la violence psychologique, de 8,8% pour la violence physique, de 4,4% pour la violence sexuelle.

En 2008, Gazaigne (30), médecin urgentiste à Poissy, a fait une étude systématique sur 100 femmes fréquentant les urgences hospitalières : 74% d'entre elles ont déclarées avoir été victimes de violences (63% de violences verbales, 52% de violences psychologiques, 41% de violences physiques, 19% de violences sexuelles).

Dans sa thèse, Piau (31) interroge 55 femmes victimes de violences, 72% déclarent qu'elles auraient souhaité que leur médecin leur pose des questions leur permettant de révéler les violences qu'elles subissaient.

Le rendement et l'acceptabilité du dépistage tant par les patientes que par les médecins, a démontré sa faisabilité et son intérêt en pratique médicale courante.

Ceci montre que les violences ne sont pas forcément visibles, et que les femmes ne s'expriment pas forcément sur ce sujet si on ne leur pose pas la question.

7. Les obstacles au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales

Nous retrouvons dans l'étude de Canuet (26), plusieurs freins en commun avec notre étude, notamment :

- Le doute de la part du médecin avec questionnements sur la bilatéralité de la violence ou sur la responsabilité de la patiente,
- La banalisation,
- Le sentiment d'impuissance,
- La relation de confiance qui unit le médecin et son patient,
- Le fait d'être médecin traitant de la femme et de l'homme violent,
- L'ambivalence de la femme victime,
- Le manque d'intervenants ou leur incompétence,
- La contrainte du temps,
- L'absence de formation médicale adéquate.

Certains médecins se plaignent du manque de temps. Cependant nous avons vu précédemment que les violences subies ont des retentissements multiples et variés sur la santé de femmes. Ainsi, en connaissant la cause de ces multiples maladies et en la prenant en charge, ceci permettrait de résoudre les symptômes découlant de celle-ci.

IV. Les perspectives d'avenir

1. Amélioration de la formation initiale ou de la formation continue

Les médecins généralistes ont été peu formés au cours de leur cursus aux thèmes des violences conjugales. En effet, les facultés de médecine n'abordent que depuis récemment la thématique des violences.

Hors l'étude de Poyet-Poullet, en 2006 (32), sur 61 médecins généralistes qui ont bénéficié d'une mise à jour de leurs connaissances au cours des deux années précédentes, a permis de mesurer les effets positifs de la formation. Les praticiens n'hésitent plus à interroger les patientes qui restaient dans le silence. Ils savent évaluer les violences, proposer des solutions adaptées à chaque victime, ils connaissent désormais tous les intervenants du réseau.

2. Connaitre de réseau d'aide

Certains médecins se sentent isolés pour la prise en charge des violences. Cependant, plusieurs personnes peuvent aider les femmes victimes de violences : la justice, la police, les associations spécialisées, les travailleurs sociaux, les PMI, les services d'urgences médicales, chirurgicales et médico-judiciaires.

Il existe de nombreuses associations pour aider les femmes victimes de violences.

Pour n'en citer que quelques-unes :

- Fédération Nationale Solidarité des Femmes (FNSF) qui regroupe plus de 60 associations engagées dans la lutte de toutes les violences faites aux femmes
- Collectif féministe contre le viol (CFCV)

- Mouvement Français pour le Planning familial (MFPF)
- Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation (INAVEM)
- Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles du Val d'Oise (CIDFF 95)
- Du côté des femmes

Il existe aussi des permanences téléphoniques :

- Violences conjugales : 3919
- Viols femmes info : 0 800 05 95 95

Il existe un site internet pour les professionnels de santé sur les violences conjugales : www.violences.fr.

Une liste de ces associations avec leurs coordonnées est disponible en annexe 2.

CONCLUSION

Les violences conjugales sont un enjeu majeur de santé publique en raison de leurs conséquences physiques et psychologiques sur la santé des femmes, allant jusqu'à mettre en jeu le pronostic vital d'une femme tous les deux jours en France. (18)

L'enquête ENVEFF réalisée en 2000 révèle qu'une femme sur dix déclare avoir été victime de violences conjugales au cours des douze derniers mois. Dans notre étude, les médecins déclarent rencontrer, en moyenne sur 12 mois, 1 à 2 femmes victimes. Il semble donc exister un sous dépistage.

Nous avons réalisé une étude qualitative en interrogeant 28 médecins généralistes libéraux, salariés, exerçant seuls ou installés en groupe, sur leurs pratiques concernant les violences conjugales. L'objectif a été d'analyser leurs pratiques et de mettre à jour leurs éventuelles difficultés à aborder le sujet avec leurs patientes.

L'enquête a permis de mettre en évidence que les médecins généralistes interrogés ont conscience de l'importance de la fréquence des violences conjugales et de leurs conséquences en matière de santé mais le repérage est rarement mis en pratique. Les violences conjugales sont peu repérées par notre échantillon de médecins, et les violences sexuelles encore moins, ainsi que les violences économiques. Ils connaissent également les facteurs de vulnérabilité ainsi que les symptômes-écrans évocateurs.

Les médecins interrogés ont exprimé des difficultés qui viennent d'une part du sujet même des violences conjugales qui fait encore partie, dans les esprits, de la sphère privée, d'autre part des femmes victimes qui sont difficiles à cerner, ambivalentes, soulevant l'incompréhension des médecins.

Leur statut de « médecin de famille » ne rend pas leur charge aisée du fait de la connaissance du conjoint et de la famille. Pour quelques-uns des médecins, le diagnostic de violences conjugales peut s'avérer délicat du fait de deux fondements juridiques : le secret médical et la « non-assistance à personne en danger ». Plus généralement, les médecins font face à des préjugés persistants dans la société entourant les violences conjugales qui restent souvent mises en doute, déniées voire tolérées.

Les obstacles au dépistage et de la prise en charge des violences conjugales, par les médecins de l'étude, mis en évidence étaient principalement :

- Le problème de dénomination.
- Le sujet considéré comme tabou.
- La méconnaissance de l'ampleur du problème, minimisation et banalisation.
- Les représentations des victimes par les médecins : nombreux préjugés.
- La crédibilité de la patiente.
- La méconnaissance des problématiques des violences conjugales.
- Le refus d'entendre ou feindre d'entendre.
- Les problèmes de temps et de disponibilité.
- L'obstacle lié à la connaissance du conjoint ou du reste de la famille.
- La peur des représailles du conjoint envers le médecin.
- La peur des retombées judiciaires.
- Les problèmes du repérage et du questionnement
- Les obstacles liés à la relation idéale médecin-malade.
- La patiente est connue depuis longtemps.
- La peur de soulever un problème dont la patiente ne se plaint pas.

- La peur de la réaction de la patiente.
- La peur de mettre à jour des situations douloureuses, insupportables, dérangeantes.
- L'obstacle supposé lié au sexe du médecin.
- L'histoire personnelle du médecin.
- Les problèmes liés à la formation médicale.
- Le sentiment supposé d'impuissance et d'échec.
- Les obstacles liés à la méconnaissance du réseau d'intervenants et/ou à son absence.
- Le manque de moyens et d'aide des pouvoirs publics.

Le recueil de tous ces freins peut nous permettre d'adapter une formation pour les médecins qui soit optimale. Si l'idée du repérage systématique des violences conjugales n'est pas encore adoptée par la plupart des médecins généralistes interrogés, il est nécessaire qu'ils soient plus sensibilisés sur ce sujet, qu'ils aient une meilleure formation et une connaissance plus précise sur les réseaux pouvant accompagner et soutenir les femmes victimes de violences conjugales.

Il nous semble important d'encourager les pouvoirs publics à favoriser et financer la création de réseaux de prise en charge des femmes victimes de violences pouvant ainsi aider à une meilleure prise en charge des victimes et ainsi soutenir l'action des médecins, les former, lever l'isolement des professionnels et de cette manière permettre une prise en charge enfin adaptée pluri professionnelle, associative et psychothérapeutique de qualité dans laquelle le médecin généraliste serait un des acteurs principaux.

ANNEXES

Annexe 1 : Le guide d'entretien

- 1) Quelle est votre définition des violences conjugales ? (fréquence, types de violence)
- 2) Au cours des douze derniers mois, avez-vous reçu en consultation des femmes victimes de violence conjugale ? Si oui, combien ?
- 3) Si oui, quel était le type de violence (physique, verbale et psychologique, sexuelle, économique) ?
- 4) Ces violences étaient-elles le motif de consultation ou avez-vous repéré des signes suspects vous-même ?
- 5) Comment avez-vous posé la question ?
- 6) Quels ont été les éléments de repérage ?
- 7) Avez-vous participé à la prise en charge (évaluation de la gravité, certificat de coups et blessures, orientation) ; avez-vous un réseau d'intervenants (travailleurs sociaux, police, associations) ?
- 8) Avez-vous jugé la situation difficile ? Si oui, pourquoi ?
- 9) Est-ce que ces cas vous ont fait penser à d'autres patientes ?
- 10) Comment caractériseriez-vous les femmes victimes de violences conjugales ? (qui ? contexte socio-économique, profil psychologique)
- 11) Comment pourrait-on améliorer le dépistage et la prise en charge de ces femmes ?
- 12) Que pensez-vous du dépistage systématique ?

Annexe 2 : Liste et coordonnées des associations et des aides juridiques :

- Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail (AVFT).
01 45 84 24 24
www.avft.org
- Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CNIDFF)
01 42 17 12 00
www.infofemmes.com
- CIDFF 95
01 4 41 42 93
www.aideauxvictimes95.org
- Collectif féministe contre le viol
0800 05 95 95
www.cfcv.asso.fr
- Fédération Nationale Solidarité des Femmes (FNSF)
3919
www.solidaritefemmes.org
- Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation (INAVEM)
08 842 846 37
www.inavem.org
- Mouvement Français pour le Planning familial (MFPF)
01 30 30 26 66
- Du côté des Femmes
01 30 73 51 52
- Maison de la Justice et du Droit (MJD)
Argenteuil : 01 34 34 62 30
Cergy : 01 30 38 45 15
Ermont : 01 34 44 03 90
- Tribunal de Grande Instance
Pontoise : 01 34 20 10 40
- Ordre des avocats du Val d'Oise
Pontoise : 01 34 35 39 39

BIBLIOGRAPHIE

1. Jaspard M., Brown E., Équipe Enveff. La première enquête nationale française sur les violences envers les femmes : l'enquête Enveff. Colloque Unesco 16-17 novembre 2001.
2. OMS. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes: prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. Genève, juin 2013.
3. OMS Europe. Santé publique et violences : faits et chiffres pour l'Europe. Aide-mémoire 10/02. Copenhague, le 03 octobre 2002.
4. Saurel-Cubizolles M.J., Blondel B., Lelong N., et al. Violence conjugale après une naissance. *Contracept Fertil Sex*. 1997, n°25, p 159-164.
5. Chambonnet J.Y., Douillard V., Urion J., et al. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. *La revue du praticien Médecine Générale*. Sept 2000, tome 14, n°107, p. 1481-1485.
6. Eisenstat S., Bancroft L. Domestic violence. *N Eng J Med* .1999, n°341, p886-892.
7. Morvant C., Lebas J., Cabane J., Leclercq V., et al. Violences conjugales. *La Revue du Praticien médecine Générale*. Sept 2005, tome 19 ; n°702/703, p. 945-953.
8. OMS. La violence à l'encontre des femmes. Aide-mémoire n° 239. Novembre 2012.
9. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé, Chapitre 4 : La violence exercée par des partenaires intimes. Genève. 2002, p97-136.

10. HIRIGOYEN M.F. *Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple*. Saint-Armand-Montrond : Oh ! Editions, 2005. 299 p. ISBN : 2691505662266. p12.
11. HIRIGOYEN M.F. *Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple*. Saint-Armand-Montrond : Oh ! Editions, 2005. 299 p. ISBN : 2691505662266. p28-68
12. Bajos N., Bojon M. Enquête Contexte de la sexualité en France. 2008
13. Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France « Mécanismes violence conjugale » 2010.
14. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, rapport au ministre délégué à la Santé, réalisé par un groupe d'experts, sous la présidence du professeur Roger Henrion, Paris, La Documentation française. 2001.
15. Dang Vung N., Ostergren P., Krantz G. Intimate partner violence against women, health affects and health care seeking in rural Vietnam. *European Journal of Public Health*. January 2009, vol 19, n°2, p. 178-182.
16. Etude Psytel: Estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en Europe –“ IPV EU_Mortalité” Projet n°JLS/2007/DAP-1/140. Programme Daphné III, année 2007.
17. Insee. Femmes et violences. Dossier d'Octrant n°50
18. Site web du ministère de l'intérieur. Walls M., Vallud-Belkacem N. Communiqué de presse du 08 juin 2013. [Http://www.interieur.gouv.fr/Presse/Les-communiques/Lutte-contre-les-violences-intrafamiliales](http://www.interieur.gouv.fr/Presse/Les-communiques/Lutte-contre-les-violences-intrafamiliales). (08/08/2013).

19. Lecomte D., Tucker M.L., Fornes P. Homicide in women: a report of 441 cases from Paris and its suburbs over a 7-year period. *J. Clin. Forensic Med.* 1998, vol 5, p 15-16.
20. Ministère de la santé : les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : guide à l'intention des éducateurs et des intervenants de santé et en services sociaux. Canada, 1999, 69p.
21. Lazimi G. Enfants exposés aux violences dans le couple. *La revue du praticien médecine générale.* 2010. Tome 24, n°851. P 852-853.
22. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008, vol 19, n°84, p142-145.
23. Chamberlain L., Perham-Hester KA. Physicians' screening practices for female partner abuse during prenatal visits. *Mat Child Health J*, 2000; 4 (2):141-148
24. François I., Moutel G., Plu I., Fauriel I, et al. Violences conjugales, quelles difficultés pour les médecins ? *La Presse Médicale*, 2004, tome 33, n °22.
25. Cornilleau A. *Le médecin face aux violences conjugales : évolutions des pratiques en 10 ans.* Thèse d'exercice de médecine. Paris 6. 2012.
26. Canuet H., Belin I., Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer.* Mai-juin 2010, vol 21, n°92, p. 75-80.
27. Lazimi G. Violences faites aux femmes. *La Revue du Praticien médecine générale.* Octobre 2005, Tome 19, n°706/707, p 1180.
28. Lazimi G. *Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant. Etude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes, 557*

- patientes interrogées. Intérêt et faisabilité.* Mémoire De DU stress, traumatisme et pathologies. Paris 6 Pitié-Salpêtrière, année 2006-2007.
29. Coy-Gachen C. *Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPs*. Thèse d'exercice de médecine. Paris 6 Saint-Antoine, 2006PA062021.
30. Gazaigne L. *Violences faites aux femmes : poser la question est-il possible ?* Mémoire de diplôme d'études spécialisés de médecine générale. Paris 6. 2008.
31. Piau Charruau D. *Place du médecin généraliste dans les violences à partir d'une enquête sur les violences conjugales*. Thèse d'exercice de médecine. Angers, 2006.
32. Poyet-Poullet A. *Le médecin généraliste face aux violences conjugales : évaluation de la formation médicale continue en Pays de Loire*. Thèse d'exercice de médecine. Nantes, 2006NANT052M.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de
l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne
servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
Respectueux et reconnaissant envers mes
Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

RESUME

Titre : Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale.

Objectifs : L'enquête ENVEFF (2000) a révélé l'ampleur du problème : 1 femme sur 10 est victime de violences conjugales dans l'année. Différentes études de repérage réalisées auprès de médecins généralistes font état d'une à deux femmes repérées par an. Ce travail a pour objectif d'identifier les freins au repérage des violences conjugales, expliquant leur sous-estimation par les médecins généralistes, dans leur pratique quotidienne, afin d'améliorer le dépistage puis la prise en charge des victimes.

Méthode : Etude qualitative à partir de 28 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes, en Ile-de-France.

Résultats : Les médecins interrogés ont en moyenne repéré 2.8 femmes au cours de l'année. Les violences sexuelles et économiques sont peu représentées. Ils ont conscience de l'importance du problème et connaissent les symptômes évocateurs. Le dépistage systématique n'est pas de pratique courante. Les principaux freins retrouvés sont : les représentations négatives des victimes par les médecins, le sujet tabou rapporté à la sphère privée, les problèmes de temps et de disponibilité, la méconnaissance du réseau d'intervenants et/ou à son absence, le sentiment d'impuissance et d'échec, et les problèmes liés à l'insuffisance de formation médicale.

Conclusion : Les difficultés du repérage des violences par les médecins semblent être en rapport avec un manque de formation et de travail en réseau qui pourrait être pallié par la formation universitaire et la formation médicale continue des généralistes permettant un repérage plus systématique des violences.

MOTS-CLES : Violence conjugale, repérage, médecine générale, étude qualitative, représentation des médecins, études des pratiques

UFR de Médecine Paris Diderot - Paris 7