

Année 2021

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Betül TOKER épouse AKTAS

Née le 18/05/1992 à BLOIS, Loir et Cher 41000

EXPLORER LE REPERAGE DES VIOLENCES CONJUGALES FEMININES ET LEURS PRISES EN CHARGE EN MEDECINE GENERALE SUR LE TERRITOIRE DU LOIR ET CHER.

ÉTUDE QUALITATIVE REALISEE AUPRES DE 13 MEDECINS GENERALISTES ENTRE DECEMBRE 2020 ET JUIN 2021 DURANT LA PERIODE DE PANDEMIE COVID19.

Présentée et soutenue publiquement le 7 Décembre 2021

JURY

Président du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN, Médecine Légale, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Pauline SAINT-MARTIN, Médecine Légale, Faculté de Médecine – Tours
Professeur Franck PERROTIN, Gynécologie, Obstétrique, Faculté de Médecine – Tours
Docteur Sofiane SOHBI-BALLAG, Médecine d'Urgence – Vendôme
Docteur Philippe SARTORI, Médecine Générale – Noyers sur Cher

RESUME

Explorer le repérage des violences conjugales féminines et leurs prises en charge en médecine générale sur le territoire du Loir et Cher, état des lieux. Étude qualitative réalisée auprès de 13 médecins généralistes entre Décembre 2020 et Juin 2021 durant la période de pandémie de COVID19.

Introduction : Les violences conjugales féminines sont actuellement un sujet dont on parle. Tous les 2,5 jours une femme a été tuée en France par son conjoint en 2019. De par leur rôle de premier recours aux soins et de suivi à long terme, les médecins généralistes sont amenés à dépister, repérer, prendre en charge et orienter les femmes victimes de violences conjugales.

Cette étude a donné la parole aux médecins généralistes du Loir et Cher, sur une période très particulière qui est celle de la pandémie mondiale de COVID 19.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la méthode par théorisation ancrée. L'étude a été réalisée auprès de médecins généralistes exerçant sur le territoire du Loir et Cher et exerçant exclusivement la médecine générale. Recrutés par voie numérique un premier mail a été adressé à des médecins généralistes de ma connaissance, puis le phénomène de recrutement s'est amplifié de lui-même. Le recueil des données a été effectué lors d'entretiens téléphoniques individuels semi dirigés via un guide d'entretien préalablement préparé.

Résultats : Treize entretiens individuels téléphoniques ont été réalisés sur une période de six mois allant de Décembre 2020 à Juin 2021. Les médecins généralistes interrogés ont eu des réactions d'étonnement voir de stupéfaction face à la découverte du sujet de thèse. Ils ont majoritairement souligné la difficulté d'aborder le sujet lors d'une consultation, parfois de repérer, de dépister ou bien de pouvoir y penser entre un flot de consultations avec des motifs très variés. L'aide et l'appui du système judiciaire avec un travail coordonné multi professionnel semble être une bonne option afin de pouvoir exercer en toute sérénité au cabinet. La période exceptionnelle que nous traversons avec l'émergence du virus Covid19 et les différents confinements de la population, montre à travers les différents témoignages qu'elles n'ont pas été favorables à la santé des couples, déjà fragilisés.

Conclusion : Le médecin généraliste, le médecin traitant, le médecin de famille avec les différents noms et rôles qui lui sont attribués à un rôle primordial pour promouvoir la santé et le bien-être de la femme. Cette place, centrale dans un réseau de santé et d'associations est essentielle pour accompagner les femmes victimes de violences conjugales et d'en prendre soin sur le long terme, en veillant à ce qu'elles puissent « guérir » sans retour vers leurs agresseurs.

Mots clés :

Violences conjugales féminines, soins primaires, prise en charge des violences faites aux femmes, médecine générale, repérage des violences conjugales, obstacles au repérage, confinement Covid19 et violences conjugales.

ABSTRACT

Title: Explore the identification of domestic violence among women and their treatment in general medicine in the territory of Loire et Cher, inventory. Qualitative study carried out with 13 general practitioners between December 2020 and June 2021 during the COVID19 pandemic.

Introduction: Domestic violence among women is a current topic. A woman was killed every 2.5 days in France, in 2019, by her husband. By virtue of their role of first resort to care and long-term follow-up, general practitioners are called upon to screen, identify, support and guide women victims of domestic violence.

This study gave the floor to general practitioners in Loir et Cher, over a very specific period, which is that of the global COVID 19 pandemic.

Method: This is a qualitative study inspired by the grounded theorizing method. The study was carried out with general practitioners practicing in the Loir et Cher territory and practicing exclusively general medicine. Recruited digitally, a first email was sent to general practitioners of my knowledge, then the recruitment phenomenon amplified by itself. Data collection was carried out during individual semi-directed telephone interviews led by pre-prepared interview guide.

Results: Thirteen individual telephone interviews were carried out over a six-month period from December 2020 to June 2021. The general practitioners interviewed had reactions of surprise or even amazement at the discovery of the thesis subject. They mostly underlined the difficulty of broaching the subject during a consultation, sometimes of spotting, screening or even being able to think about it. The help and support of the judicial system with a coordinated multi-professional work seems to be a good option to be able to practice with confidence. The exceptional period that we are going through with the emergence of the Covid19 virus and the periods of lock down, shows through the various testimonies that they have not been favorable to the health of couples, already weakened.

Conclusion: The general practitioner, the family physician with the different names and roles attributed to him has a primordial role in promoting the health and well-being of women. This role, central in a network of health and associations, is essential to support women victim of domestic violence and to take care of them in the long term, ensuring that they can "heal" without going back to their aggressors.

Key words:

Domestic violence among women, primary care, management of violence against women, general medicine, identification of domestic violence, obstacles to detection, Covid19 confinement and domestic violence.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESEURS
Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-

DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian Biochimie et biologie moléculaire
 ANGOULVANT Denis Cardiologie
 APETOH Lionel Immunologie
 AUPART Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BABUTY Dominique Cardiologie
 BAKHOS David Oto-rhino-laryngologie
 BALLON Nicolas Psychiatrie ; addictologie
 BARILLOT Isabelle Cancérologie ; radiothérapie
 BARON Christophe Immunologie
 BEJAN-ANGOULVANT Théodora Pharmacologie clinique
 BERHOUEZ Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
 BERNARD Anne Cardiologie
 BERNARD Louis Maladies infectieuses et maladies tropicales
 BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle Biologie cellulaire
 BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
 BONNET-BRILHAULT Frédérique Physiologie
 BOURGUIGNON Thierry Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique
 BRUNEREAU Laurent Radiologie et imagerie médicale
 BRUYERE Franck Urologie
 BUCHLER Matthias Néphrologie
 CALAIS Gilles Cancérologie, radiothérapie
 CAMUS Vincent Psychiatrie d'adultes
 CORCIA Philippe Neurologie
 COTTIER Jean-Philippe Radiologie et imagerie médicale
 DEQUIN Pierre-François..... Thérapeutique
 DESOUBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie
 DESTRIEUX Christophe Anatomie
 DIOT Patrice Pneumologie
 DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague Anatomie & cytologie pathologiques
 DUCLUZEAU Pierre-Henri Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
 EL HAGE Wissam Psychiatrie adultes
 EHRMANN Stephan Médecine intensive – réanimation
 FAUCHIER Laurent Cardiologie
 FAVARD Luc Chirurgie orthopédique et traumatologique
 FOUGERE Bertrand Gériatrie
 FOUQUET Bernard Médecine physique et de réadaptation
 FRANCOIS Patrick Neurochirurgie
 FROMONT-HANKARD Gaëlle Anatomie & cytologie pathologiques
 GATAULT Philippe Néphrologie
 GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
 GOUPILLE Philippe Rhumatologie

GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé

SALAME Ephrem Chirurgie digestive
 SAMIMI Mahtab Dermatologie-vénéréologie
 SANTIAGO-RIBEIRO Maria Biophysique et médecine nucléaire
 THOMAS-CASTELNAU Pierre Pédiatrie
 TOUTAIN Annick Génétique
 VAILLANT Loïc Dermato-vénéréologie
 VELUT Stéphane Anatomie
 VOURC'H Patrick Biochimie et biologie moléculaire
 WATIER Hervé Immunologie
 ZEMMOURA Ilyess Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
 LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
 POTIER Alain Médecine Générale
 ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
 BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
 BINET Aurélien Chirurgie infantile
 BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
 BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
 CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies
 de communication
 CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
 CLEMENTY Nicolas Cardiologie
 DENIS Frédéric Odontologie
 DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
 DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
 ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
 FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
 FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
 GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
 GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et pré-
 vention
 HOARAU Cyrille Immunologie
 LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie
 clinique
 LEFORT Bruno Pédiatrie
 LEGRAS Antoine..... Chirurgie thoracique
 LEMAIGNEN Adrien Maladies infectieuses
 MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques

MOREL Baptiste Radiologie pédiatrique
 PARE Arnaud Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
 REROLLE Camille Médecine légale
 ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
 SAUTENET Bénédicte Thérapeutique
 STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie Anatomie et cytologie pathologiques
 STEFIC Karl Bactériologie
 TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie
 clinique
 VUILLAUME-WINTER Marie-Laure Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
 NICOGLOU Antonine Philosophie – histoire des sciences et des tech-
 niques
 PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
 RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine Médecine Générale
 ETTORI-AJASSE Isabelle Médecine Générale
 PAUTRAT Maxime Médecine Générale
 RUIZ Christophe Médecine Générale
 SAMKO Boris Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm
 1253
 BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm
 1253
 BRIARD Benoit Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm
 1100
 CHALON Sylvie Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm
 1253
 DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm
 1259
 ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm
 1253
 GILOT Philippe Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
 GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL
 CNRS 7001
 GOMOT Marie Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm
 1253
 HEUZE-VOURCH Nathalie Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm
 1100
 KORKMAZ Brice Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm
 1100

LATINUS Marianne Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm
1253
LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm
1253
LE MERREUR Julie..... Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm
1253
MAMMANO Fabrizio Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm
1259
MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm
1259
PAGET Christophe Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm
1100
RAOUL William Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm
1100
SUREAU Camille Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR
Inserm 1259
WARDAK Claire Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm
1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'École d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier

Pour l'École d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine Orthoptiste
SALAME Najwa Orthoptiste

Pour l'Éthique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

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.*

Remerciements

A la présidente de jury, Madame la Professeur Pauline SAINT-MARTIN,
Pour nous faire l'honneur de juger ce travail et d'avoir accepté de présider ce jury.
Nous vous sommes sincèrement reconnaissant pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail et vos conseils délivrés afin d'améliorer sa qualité.
Je garde un excellent souvenir des enseignements que vous nous dispensiez lors de mon externat.

A Monsieur le Professeur Franck PERROTIN,
Pour nous faire l'honneur de juger ce travail,
Je garde un excellent souvenir du stage que j'ai réalisé lors de mon externat au sein de votre service, merci pour cet apprentissage.

Au Docteur Sofiane SOHBI-BALLAG,
Merci de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse. Nous vous en sommes profondément reconnaissantes.

A mon directeur de thèse le Docteur Philippe SARTORI,
Pour sa précieuse aide, sa motivation et sa patience.

A toutes les personnes qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail,
Aux associations d'aides aux victimes,
A la Préfecture du Loir et Cher,

A tous les médecins généralistes qui ont bien voulu nous faire part de leurs expériences très riches ! Nous vous remercions pour votre disponibilité en cette période de pandémie mondiale de Covid 19.

A toutes les femmes victimes de violences, en espérant profondément leurs apporter quelque chose de positif à travers ce travail.

A ma chère et tendre « madré » ...

Ça va être assez classique mais les mots sont insignifiants face à l'amour que je porte pour elle. Elle représentera toujours dans mon monde de petite fille une femme exceptionnelle et rempli d'amour.

A mes grands-parents,

Qui ont contribué à toutes les étapes de mon éducation, ont espéré me voir grandir en étant leur petite prématurée qui avait eu du mal à s'attacher à la vie, je les aime infiniment. Merci pour ce que vous m'avez enseigné.

A mon époux,

Monsieur, qui déjà assis sur les bancs du lycée me disait que j'allais sans doute réussir cette PACES et puis si ce n'était pas le cas, ce n'était pas grave...

Tu représentes un « énorme » et magnifique morceau de ma vie.

A ma famille,

Mon papa, qui a toujours travaillé laborieusement pour sa famille.

Mes frères Veli et Mehmet Akif qui sont des hommes formidables.

A mes tantes, Hatun Akbulut et Tülay Topbas qui ont contribué à mon éducation...

A mes cousins et cousines.

A mon beau-frère, Hasan Akbulut qui est un homme soutenant et formidable.

Mes oncles, qui sont certes loin géographiquement mais toujours proche du cœur...

A mes amies, très précieuses, qui m'ont accompagné tout au long de mes études de ce travail.

Mes Co-internes, Sarah, Kamar, Nour, Amina, Julie, Estelle, Chiara, avec qui j'ai partagé beaucoup d'émotions.

A ma sage-femme préférée Pauline qui travaille pour le bien être des femmes.

A Philippe, qui est plus qu'un directeur de thèse pour moi, qui m'a fait aimer cette discipline qui est la médecine générale, il y a maintenant plus de 8 ans accompagné de sa chienne Callas que je n'oublie pas.

A sa chère épouse Isabelle, pour sa gentillesse et son sourire qui me reconforte à chaque rencontre.

A l'équipe des urgences du Centre Hospitalier de Vendôme, vous m'avez fait découvrir au cours des six mois de l'été 2020 un exercice des urgences qui m'a beaucoup apporté, votre fonctionnement unique, votre bonté et votre équipe soudée restera comme un excellent souvenir.

Aux Dr Mounir Hilal, Dr Sekina Zerrouk, Dr Khaled Omar, Dr Naoufel Benayed, Dr Boubacar Diagana, Dr Sofiane Sohbi, qui comptent énormément pour moi.

A mes anciens co-externes, co-internes, à mes confrères et consœurs...

TABLE DES MATIERES

RESUME	2
ABSTRACT	3
SERMENT D'HIPPOCRATE	10
Remerciements	11
LISTE DES ABREVIATIONS	18
I) INTRODUCTION	19
II) CONCERNANT LES VIOLENCES CONJUGALES	20
A) Quelques chiffres concernant les violences conjugales	20
1) Épidémiologie, sur le plan national.....	21
2) Sur le plan départemental.....	23
B) Définitions des violences conjugales	24
C) Typologie des violences	26
1. Violences physiques.....	27
2. Violences verbales et psychologiques.....	27
3. Violences sexuelles.....	27
4. Violences économiques.....	28
5. Violences administratives.....	28
6. Violences sur la parentalité.....	28
7. Cyber-violences.....	28
D) Cycle de la violence, qu'est-ce que c'est ?	29
E) Qu'est-ce que l'emprise ?	32
F) Rôle des soins primaires face aux violences conjugales	35
G) Répercussion des violences sur la santé de la femme	39
H) Contexte de confinement en lien avec le COVID 19	42
J) Objectifs de la recherche et hypothèses	44
III) MATERIELS ET METHODES	47
A) Recherche bibliographique	47
B) Méthode d'analyse qualitative	47
1) Choix d'une étude qualitative.....	47
2) Réalisation du canevas d'entretien.....	48
3) Constitution de l'échantillon.....	48
4) Entretiens et collecte de l'information lors des entretiens.....	49
C) Analyse qualitative des données	50
1) Codage et analyse qualitative.....	50
2) Triangulation des analyses.....	51
IV. RESULTATS	51
A) Description de la population de médecins généralistes	51
B) Caractéristiques des entretiens	52
C) LE MEDECIN FACE À LA VIOLENCE CONJUGALE FEMININE	53
1) Premières réactions des médecins à l'évocation des violences faites aux femmes.....	53
a) Le souvenir d'une consultation.....	53

b) Un signe inquiétant, le souvenir actif d'une consultation pour le médecin généraliste	54
c) Des situations de violences conjugales récentes en consultation	54
d) Un sujet important pour les médecins généralistes	55
2) Parler des violences avec les médecins.....	55
a) Des médecins qui n'avaient pas de situation de violences à décrire	55
D) LES VIOLENCES DEFINITIONS PAR LES MEDECINS GENERALISTES.....	56
1) Des violences conjugales avec multiples formes	56
2) Définition de l'emprise par les médecins généralistes	61
E) La consultation entre la femme victime de violences conjugales et le médecin généraliste.....	63
1) Une consultation caractérisée par :	63
2) Abord du sujet lors de la consultation.....	66
F) DEPISTAGE ET REPERAGE PAR LE MEDECIN GENERALISTE	68
1) Poser un diagnostic ; prendre une décision médicale	68
2) Le dépistage des violences conjugales par les médecins généralistes.....	69
3) Le repérage des violences conjugales par les médecins généralistes	70
4) Les signes d'appels chez les victimes de violences conjugales	71
G) DES PROFILS DE COUPLE, DE FEMMES VICTIMES, DE CONJOINT	74
1) Le contexte de la demande.....	74
2) Profils caractéristiques des femmes victimes	75
2) Comportements des victimes lors des consultations.....	77
4) Prise en charge du conjoint violent en médecine générale.....	78
H) VIOLENCES CONJUGALES ET ENFANTILES.....	80
1) Les enfants, témoins des violences conjugales	80
I) LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES	82
1) Le rôle du médecin traitant	82
2) Le certificat médical de coups et de blessures : une étape importante pour la prise en charge des violences conjugales par le médecin généraliste	85
3) Des médecins actifs lors des prises en charges	87
4) Prise en charge du conjoint violent en médecine générale.....	87
J) LES DIFFERENTS AXES DE LA PRISE EN CHARGE	89
1) Le dépôt de plainte	89
2) Signalement des situations de violences conjugales par les médecins généralistes	90
3) Levée du secret médical en cas de péril imminent lors des violences conjugales – Amendement de Juillet 2020	92
4) Les relations des médecins généralistes avec le milieu judiciaire.....	92
5) L'orientation des victimes vers d'autres intervenants par le médecin généraliste	93
K) DIFFICULTÉES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES FEMININES	95
1) Oubli des médecins	95
2) Outils des médecins.....	95
3) Les divers obstacles au repérage et à la prise en charge	96
4) Des difficultés ressenties pas seulement par les médecins généralistes	98
L) LES EMOTIONS DES MEDECINS LORS DE LA PRISE EN CHARGES DES VIOLENCES CONJUGALES	99
1) Attitude des médecins quand on parle de violences conjugales féminines	99
2) Le ressenti du médecin généraliste face aux violences conjugales féminines.....	100
3) Représentation des violences conjugales par les médecins généralistes	101
4) La peur des médecins généralistes lors des prises en charges des femmes victimes de violences conjugales	103
5) Identifier les besoins des médecins généralistes lors de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.....	105

6) L'isolement du médecin généraliste lors de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales	109
7) Bienveillance du médecin généraliste.....	110
M) COVID19 ET VIOLENCES CONJUGALES	110
1) Ressenti sur les violences conjugales dans le contexte de COVID-19 par les médecins généralistes ...	110
2) Effet du confinement lors de la pandémie de COVID19 sur les violences conjugales rapportées par les médecins généralistes	111
3) Majoration des violences COVID19	112
4) Difficultés des ménages COVID19	113
V) DISCUSSION et PERSPECTIVES D'AVENIR.....	117
A) Forces et limites de l'étude.....	117
1) Les points forts de l'étude.....	117
2) Biais et les limites de l'étude.....	118
B) Résultats principaux et références à la littérature	119
1) Repérage et prise en charge des violences conjugales : connaissance et pratique à faire évoluer	119
2) Un besoin d'accompagnement des victimes et des médecins généralistes dans un réseau coordonné.....	121
3) Contexte de Covid 19 et violences conjugales.....	121
B) Des perspectives	122
1) Concernant les associations départementales	122
3) Concernant les actions départementales et préfectorales.....	125
VI) CONCLUSION	130
VII) BIBLIOGRAPHIE.....	131
VIII) ANNEXES.....	137
Annexe 1 : Courriel d'échange avec la Déléguée Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité au sein de la préfecture de Loir et Cher	137
Annexe 2 : Les différentes composantes de l'emprise	138
Annexe 3 : Questionnaire WAST	142
Annexe 4 : Guide d'entretien	143
Annexe 5 : Courriel à l'intention des médecins généralistes	144
Annexe 6 : Protocole de coordination relatif à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.....	145
Annexe 7 : Permanence associatives au sein du département du Loir et Cher.....	154
Annexe 8 : Communiqué de Presse de la Préfecture du Loir et Cher – période de confinement	155
Couverture arrière de la thèse	158

« Toutes les violences ont un lendemain... »

Victor Hugo



Illustration issue de

<https://citations.ouest-france.fr/theme/violence/image/#close> (site non médical)

LISTE DES ABREVIATIONS

MG : Médecin Généraliste

VC : Violences Conjugales

MIPROF : Mission Interministérielle Pour La Protection Des Femmes Victimes De Violences Et La Lutte Contre La Traite Des Êtres Humains

CNGE : Collège National Des Généralistes Enseignants

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

CMU : Couverture Maladie Universelle

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

FE : Femme Enfant

DUMG : Département Universitaire De Médecine Générale

DES : Diplômes D'études Spécialisées

HAS : Haute Autorité De Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

COVID19 : COronaVirus Disease appeared in 2019

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

ONVF : Observatoire National Des Violences Faites Aux Femmes

PACS : Pacte Civil de Solidarité

ITT : Incapacité Totale de Travail

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

I) INTRODUCTION

L'idée d'une thèse concernant les violences conjugales féminines cheminait déjà lors de mon pré-internat à travers les divers stages que j'ai pu effectuer en gynécologie notamment. Mais c'est lors du congrès du CNGE en 2018, lors de ma première année d'internat que j'ai pu faire connaissance avec des travaux qui ont été élaborés sur ce sujet, par les médecins généralistes.

Ainsi avec les divers stages durant l'internat et les échanges que j'ai pu avoir avec les aînés notre projet de thèse avait vu le jour en 2019, sans savoir que nous allions être confrontés à une pandémie mondiale.

La stupéfaction et des soupirs, voilà les premières réactions des personnes, internes, médecins qui apprenaient en quoi aller consister mon sujet de thèse.

De l'air de me dire, « mais tu sais ça on n'y peut rien », « tu n'en tireras rien », un certain désespoir régnait au sein même des soignants lorsqu'on évoquait le sujet. Je ne sais pas pourquoi mais le sujet avait tendance à gêner, à mettre mal à l'aise...

Par moment, même au cours de l'élaboration de mon travail, je me disais qu'un sujet de médecine plutôt habituel comme les habitudes de prescription ou la consommation des antibiotiques auraient suscité moins d'étonnement...

J'avais l'impression, qu'il ne fallait pas en parler, pas aborder ce sujet, sans doute par manque de moyens ou parce que nous même en étant soignants avions accepté que les choses étaient comme cela...

Nous connaissons depuis le début de l'année 2020 une recrudescence des violences conjugales féminines, conséquence des confinements et autres mesures, relatif à la crise sanitaire que nous subissons.

Pour certaines femmes victimes la parole s'est libérée. Pour d'autres victimes, comment les médecins généralistes, les premiers confidents ont-ils pu facilement en assurer un repérage, comment s'est déroulée la prise en charge de ces victimes.

L'objectif de notre thèse est d'explorer le repérage des violences féminines en soins primaires sur le département de Loir et Cher, **avec la quasi-certitude que ce repérage en était très difficile, ainsi que la prise en charges des victimes.**

II) CONCERNANT LES VIOLENCES CONJUGALES

A) Quelques chiffres concernant les violences conjugales

Il est difficile d'obtenir des chiffres fiables concernant les violences conjugales sachant qu'il y a une différence entre les faits réels et les faits qui sont déclarés. D'autre part, les études de prévalence réalisées en consultation de médecine générale sont rares et de faible envergure.

Néanmoins pour souligner ces violences qui sont fréquentes, le site declicviolence.fr établi par le DUMG de Clermont Ferrand a mis en avant des chiffres de prévalence clés qui nous semble essentiel à retenir. [1]

Les violences concernent les patientes qui viennent nous consulter dans nos cabinets de médecine générale jour après jour. **Dans nos salles d'attente, 3 à 4 femmes sur 10 peuvent être victimes de violences conjugales** pourtant, les médecins généralistes déclarent voir seulement 2 cas par an...

En 2000, l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (EN-VEFF) le confirme : les femmes victimes d'agressions physiques (en général) dans l'année écoulée se sont confiées en premier lieu à un médecin (24% des cas), avant la police et la gendarmerie (13% des cas), la justice ou des associations. [2]

Ce sont les résultats de ces études qui rapportent également qu'en France, une femme sur 10 a été victime de violences conjugales dans les 12 derniers mois. [1][2]

Elle montre également que les atteintes psychologiques sont les plus courantes (22,3 %), suivies par les insultes et menaces verbales (4,2 %), puis les agressions physiques (2,1 %) et sexuelles (0,8 %).

Seulement 15% des femmes portent plainte parmi celles qui subissent des violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint. Après l'acte violent, 23% d'entre elles ont vu un médecin.

1) Épidémiologie, sur le plan national

Tous les ans, La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes, publie les chiffres concernant les violences faites aux femmes à l'occasion du 25 Novembre, journée internationale pour l'élimination des violences faites aux femmes. [3]

La 16^{ième} lettre publiée en 2019 nous révèle que :

- ➔ 146 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, soit une femme tous les 2,5 jours en France.
- ➔ Sur les 146 femmes tuées par leur (ex)-partenaire, 60 (soit 41 %) avaient subi au moins une forme de violences antérieures.
- ➔ 27 hommes ont été tués par leur (ex)-partenaire. Plus de la moitié des femmes auteures (11 sur 21, soit 52 %) avaient déjà été victimes de violences de la part de leur partenaire.
- ➔ 25 enfants mineurs sont morts, victimes d'infanticides ou dans un contexte de violences conjugales. [4]

Il y a sur l'année 2019, 213 000 femmes majeures qui déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année. 7 sur 10 déclarent avoir subi des faits répétés. 8 sur 10 déclarent avoir été également soumises à des atteintes psychologiques et/ou des agressions verbales.

Moins d'1 victime sur 5 déclare avoir déposé plainte, plus de la moitié des victimes n'a fait aucune démarche auprès d'un professionnel ou d'une association. [5]

Il y a 142 310 victimes de violences commises par leur partenaire qui ont été enregistrées par les services de police et de gendarmerie (plaintes, signalements, constatations transmis à l'autorité judiciaire) en 2019.

Les femmes représentent 88 % des victimes de violences commises par le partenaire enregistrées par les services de police et de gendarmerie.

Parmi les faits connus des forces de sécurité, les actes commis par le conjoint ou l'ex-conjoint représentent 62 % des violences volontaires et 34 % des viols concernent une victime femme majeure.[4]

Plus de 78 000 auteurs présumés ont été impliqués dans des affaires de violences entre partenaires traitées par les parquets en 2019.

Parmi ces affaires, 33 011 ont fait l'objet de poursuites, 2 863 ont accepté et exécuté une composition pénale et 16 122 ont bénéficié d'un classement sans suite dans le cadre d'une procédure alternative aux poursuites.[6]

Il s'agit d'un **problème de santé publique majeur**, avec un coût économique important pour la société française en 2014. Le coût global des violences au sein du couple s'élève à 3,6 milliards d'euros.

L'étude « Psytel » de 2014 reprends l'ensemble des chiffres disponibles en termes de moyen humain, économique, social... [7]

	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
VICTIMES FEMMES - dont couples officiels (concubins, époux, pacésés) - dont couples non-officiels (petits -amis, amants, relations épisodiques)	146 ⁹	121 ⁸	130 109	123 109	122 115	134 118	129 121	166 148 ¹	- 122 ¹	157 146	151 140 ¹	168 156 ¹	179 166	148 137 ²
VICTIMES HOMMES - dont couples officiels - dont couples non-officiels	27 ¹⁰	28	21 16 5	34 29 5 ²	22 21 1	31 25 ² 6	30 ⁵ 25 5	31 26 5	- 24 -	33 28 5 ⁷	26 25 ¹ 1 ¹	28 27 1 ¹	29 26 3	29 29 0
VICTIMES ENFANTS - en même temps que l'autre parent - dans le cadre de violences conjugales sans que l'autre parent ne soit tué	25 3	21 5	25 11	25 9	36 11	35 7	33 13	25 9	24 11	12 6	26 10	21 9	4 1	11 11
Victimes « collatérales » hors enfants mineurs du couple Homicides de « rivaux »	8 8	5 5	5 7	3 ³ 9	15 11	11 12	8 11	11 14	6 13	4 17	2 1	10 3	8 4	3 5
TOTAL VICTIMES	214	180	188	194	206	223	213	247	201⁶	223	206	230	224	196
Suicides des auteurs	58	51	47 ⁴	58 ⁴	56 ⁴	60	65	67	69	60	61	64	67	47
TOTAL DÉCÈS	272	231	235	252	262	283	278	314	270	283	267	294	291	243

¹ dont un au sein d'un couple homosexuel

² dont deux au sein d'un couple homosexuel

³ ce chiffre prend en compte un homicide collatéral sans qu'un des partenaires ne soit tué non comptabilisé dans les résultats globaux de la DAV.

⁴ ce chiffre ne prend pas en compte les personnes qui se sont suicidées suite à une séparation comptabilisées dans l'enquête de la DAV

⁵ dont quatre au sein d'un couple homosexuel

⁶ les 12 homicides au sein de couples non officiels pour lesquels l'enquête ne donne pas le sexe de la victime ont été ajoutés

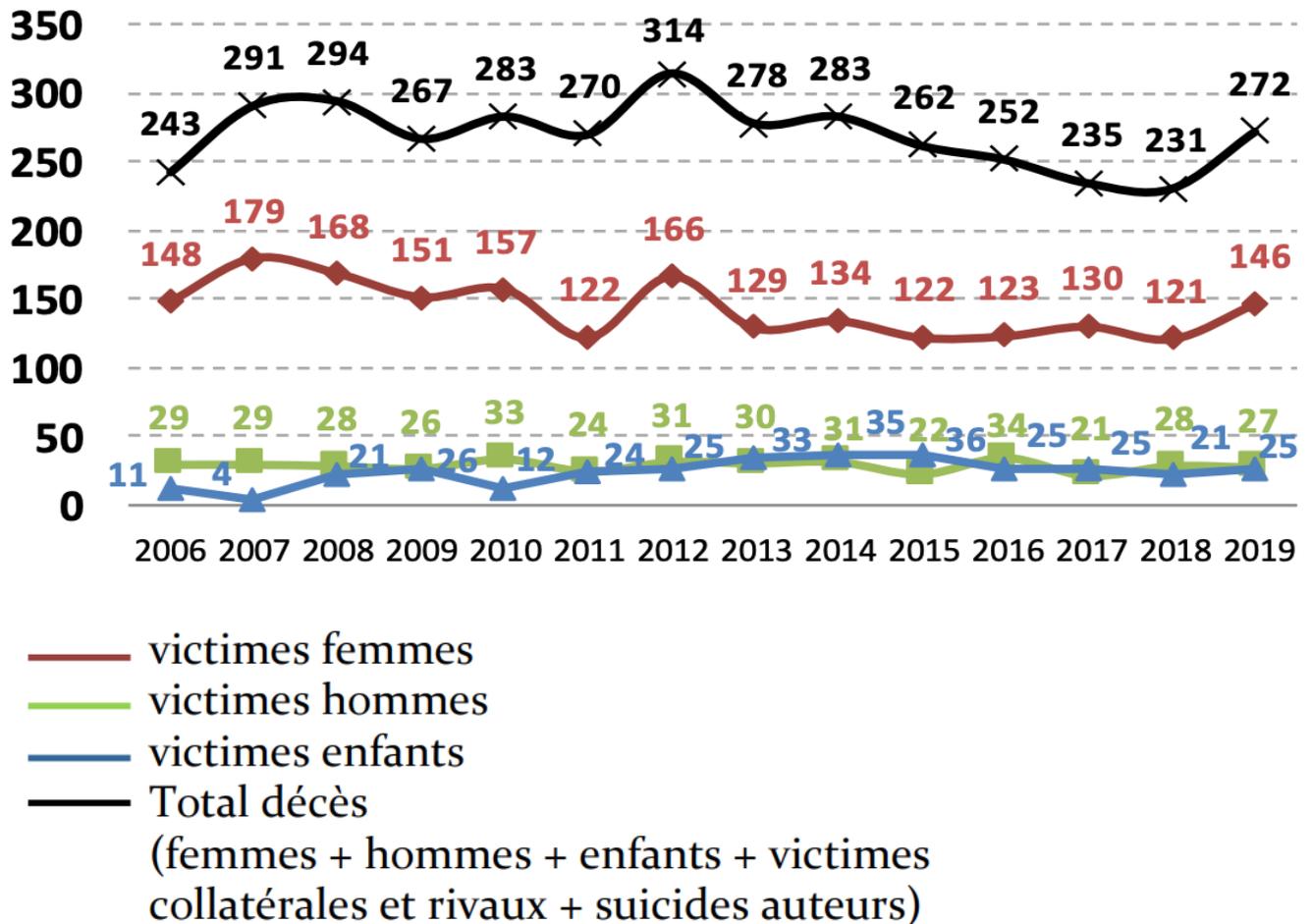
⁷ ces 5 homicides ont eu lieu au sein de couples homosexuels

⁸ dont 3 au sein de couples homosexuels féminins

⁹ dont 1 au sein d'un couple homosexuel féminin

¹⁰ dont 7 au sein de couples homosexuels masculins

Tableau 1 : Nombre de victimes d'homicides liés aux violences au sein du couple et suicides des auteurs, 2006-2019 [3]



Graphique 1 : Nombre annuel de décès liés aux violences au sein du couple, 2006-2019 [3]

2) Sur le plan départemental

Il a été très difficile d'obtenir des chiffres sur un seul territoire national. Pour cela nous nous sommes rapprochés de la Préfecture, notamment de la Déléguée Départementale aux Droits des Femmes madame Lisbeth CHOQUET. Pour l'année 2020, nous avons appris qu'il y a eu 445 procédures de violences conjugales dans le département (dont des signalements au Procureur) contrairement aux 300 procédures en 2017.

Mail de notre échange figure(cf. en annexe 1).

B) Définitions des violences conjugales

Même si l'opinion publique connaît la définition ou bien ce que représente les violences conjugales, il est difficile dans la littérature d'obtenir une définition claire rassemblant tous les éléments se référant aux violences.

Nous avons pu retrouver plusieurs définitions qui s'en rapprochent.

Pour les Nations Unies, la violence à l'égard des femmes se définit de la façon suivante : « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée », à cette définition se rajoute celle de la violence au sein du couple qui elle se réfère à tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, ce qui inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contrainte, la violence psychologique et tout autre acte de domination. [8]

La définition des violences faites aux femmes adoptées en France est celle de la Convention européenne dite d'Istanbul [9] entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2014 :

« La violence à l'égard des femmes doit être comprise comme une violation des droits de l'homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes, et désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée. »

« La violence à l'égard des femmes est une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre les femmes et les hommes ayant conduit à la domination et à la discrimination des femmes par les hommes, privant ainsi les femmes de leur pleine émancipation. »

« Reconnaissant avec une profonde préoccupation que les femmes et les filles sont souvent exposées à des formes graves de violence telles que la violence domestique, le harcèlement sexuel, le viol, le mariage forcé, les crimes commis au nom du prétendu « honneur » et les mutilations génitales, lesquelles constituent une violation grave des droits

humains des femmes et des filles et un obstacle majeur à la réalisation de l'égalité entre les femmes et les hommes. »

« La violence domestique affecte les femmes de manière disproportionnée et les hommes peuvent également être victimes de violences domestiques. »

« Les enfants sont des victimes de la violence domestique y compris en tant que témoins de violence au sein de la famille. »

A noter que la majorité des éléments de la littérature dont les sites gouvernementaux soulignent que **les faits sont également punis**, même si le couple est divorcé, séparé ou a rompu son PACS. [10]

Des disputes ou conflits conjugaux diffèrent des violences.[11] Dans les disputes ou conflits conjugaux deux points de vue s'opposent dans un rapport d'égalité (Figure 1). Chacun garde son autonomie.

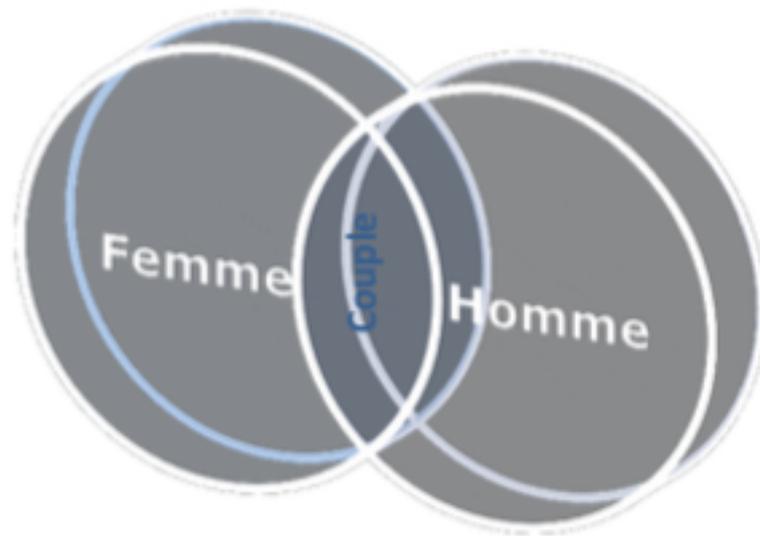


Figure 1 : Représentation du conflit dans un couple [11]

Dans les violences, il s'agit d'un rapport de domination et de prise de pouvoir de l'auteur sur la victime. Par ses propos et comportements, l'auteur veut contrôler et détruire sa partenaire, il « l'encercle », c'est le phénomène auquel la figure fait appel. (Figure 2).

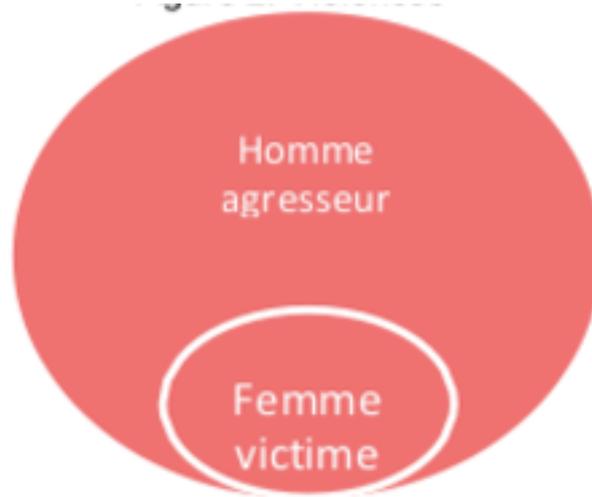


Figure 2 : Représentation des violences au sein du couple [12]

C) Typologie des violences

Les violences au sein du couple se définissent comme des situations où les faits de violences (agressions physiques, verbales, psychologiques, économiques, sexuelles) sont à la fois récurrente, souvent cumulatives, s'aggravent, s'accélèrent (phénomène dit de la « spirale ») et sont inscrits dans un rapport de force asymétrique (dominant/dominé) et figé. (Cf. phénomène d'emprise).

Les formes des violences au sein du couple sont multiples et peuvent coexister en même temps, ce qui peut par exemple conduire le médecin généraliste à suspecter ou découvrir un type de violence, qui peut en réalité peut s'accompagner d'une autre forme de violence.

Il faut savoir qu'il y a principalement **deux moments** où il y a risque d'apparition ou d'aggravation des violences au sein du couple :

- la grossesse, il s'agit d'une période de vulnérabilité pour la victime,
- la rupture conjugale et/ou les premiers temps de la séparation.

1. Violences physiques

Les violences physiques **sont souvent le motif de consultation aux urgences en médecine générale**. Elles se distinguent des blessures accidentelles parce qu'elles siègent en règle générale sur les zones saillantes.

Elles peuvent être de tout type bousculades, morsures, coups avec ou sans objet, brûlures, strangulations, séquestrations, blessures... [12]

2. Violences verbales et psychologiques

Les violences verbales sont souvent des injures, des cris, des paroles de menaces sur la victime ou sur les enfants, elles sont le plus souvent banalisées par la victime. Elles peuvent être récurrentes, elles renforcent et accompagnent fréquemment les autres formes de violences. [12]

Les violences psychologiques revêtent plusieurs formes. Intimidations, humiliations, dévalorisations, chantages affectifs. Elles peuvent également consister en l'interdiction de fréquenter des amis, de voir de la famille par exemple... Elles accompagnent toutes les autres formes de violences. Elles installent une stratégie d'emprise destinée à dévaloriser la victime, à la priver de toute autonomie et à la convaincre de ses incapacités et de son infériorité par rapport à l'auteur des violences. La femme a parfois des difficultés à les reconnaître. Les preuves matérielles de ces violences peuvent être des SMS, des courriers électroniques, des lettres manuscrites.

3. Violences sexuelles

Les violences sexuelles peuvent être des agressions sexuelles (attouchements), un acte de viol ou bien des pratiques imposées par le conjoint violent, elles sont encore insuffisamment reconnues par les femmes victimes. Les victimes ne les révèlent que si une relation de confiance est établie avec le ou la professionnelle. A noter que la notion de viol existe même en cas de mariage ou de PACS. [12]

4. Violences économiques

Les violences économiques peuvent consister au contrôle des dépenses, des moyens de paiement ou bien d'instaurer une interdiction de travailler qui visent à priver la victime de toute possibilité d'autonomie financière tout en accentuant son isolement et sa dépendance. Elles sont à l'origine de nombreuses démarches mais ne sont pas souvent identifiées par les professionnels. [12]

5. Violences administratives

Les violences administratives peuvent consister à la confiscation de documents tels que la carte nationale d'identité, titre de séjour, carte vitale, passeport, livret de famille, carnet de santé ou de diplôme toujours dans la volonté de maintenir la dépendance. [12]

6. Violences sur la parentalité

Les violences sur la parentalité consistent aux dévalorisations sur le rôle de mère, démultiplication des actions en justice ayant trait à la garde, à l'autorité et à la visite des enfants, spécialement lorsque l'agresseur montrait auparavant très peu d'intérêt à leur égard, enlèvement, infanticide. En raison des dévalorisations devant les enfants sur son rôle de parent, **la mère perdra le respect de certains de ses enfants** ou de tous ses enfants. [12]

7. Cyber-violences

Les cyber-violences sont commises par le partenaire intime ou ex-partenaire via les téléphones portables, messageries, forums, chats, jeux en ligne, courriers électroniques, réseaux sociaux, site de partage de photographies etc... Étant moins visibles par le médecin généraliste et plus souvent banalisées par la victime elles peuvent être difficiles à diagnostiquer.

Voici quelques d'exemples de cyber-violences commises par le partenaire ou ex-partenaire :

- *Des contacts répétés imposés à la victime via des messages*
- *Faire sonner de manière répétée le téléphone sans parler ni laisser de message*
- *Des envois imposés à la victime de messages, images et vidéos à caractère sexuel non consentis*
- *Le contrôle et/ou le piratage du téléphone portable, de compte internet, des réseaux sociaux, des comptes bancaires et autres comptes administratifs (Caisse Allocation Familiale, Ameli, Aides Personnalisées au logement L...)*
- *L'usurpation d'identité de compte internet, réseaux sociaux ...*
- *Des envois à la victime de messages privés, mails, texto humiliants, insultants, dégradants*
- *La mise en ligne sans consentement de photos ou vidéos intimes ou menace de le faire,*
- *La publication en ligne d'insultes, de critiques ou de rumeurs*
- *La divulgation en ligne d'informations personnelles ...*
- *Le recours par l'agresseur à ces technologies en réseau lui permet ainsi une diffusion massive et répétée de messages humiliants, dégradants...*

Les cyber-violences se cumulent fréquemment avec les autres formes de violences dont le harcèlement physique, ne laissant ainsi aucune pause à la victime. Elle est en insécurité et sous contrôle 24 h/24 et 7 j/7 dans toutes les sphères de sa vie (publique, privée, en ligne et hors ligne). Bien souvent, il est difficile de faire disparaître définitivement ces contenus virtuels qui durent et se propagent pendant des années voire toute la vie en raison de la viralité, et ce même si l'agresseur les retire. Dans certains cas, elle est contrainte de quitter les réseaux sociaux ce qui l'exclue d'une partie de la sphère publique.

D) Cycle de la violence, qu'est-ce que c'est ?

D'une façon générale, les violences de couple se manifestent d'une manière cyclique, ce qui redonne espoir à la victime et lui empêche la majorité du temps de pouvoir prendre une décision concernant sa vie conjugale. Le site que nous avons précédemment cité « Décliviolence », rappelle la véritable dynamique des violences en nommant ce cycle, une spirale infernale. [1]

L'existence de ce cycle de violence va rendre également difficile le dépistage le repérage et la prise en charge des victimes en médecine générale.

Ce cycle, mis en place et orchestré par l'agresseur, permet à ce dernier d'instaurer et de maintenir sa domination sur sa conjointe.

Dans une relation conjugale marquée par la violence, ce cycle se répète plusieurs fois et s'accélère avec le temps. [11]

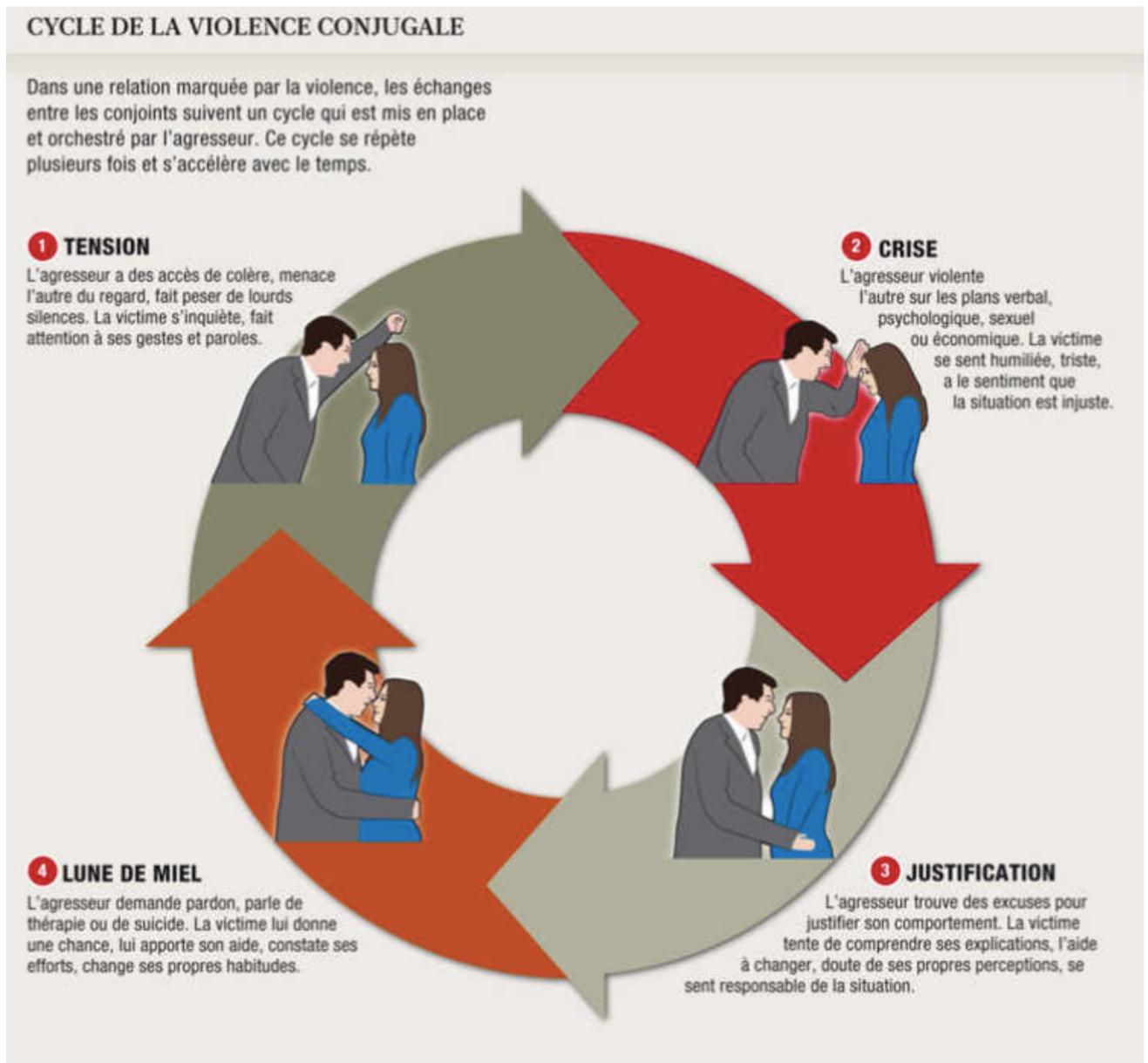


Figure 3 : Représentation du cycle de la violence conjugale (source non médicale <https://www.planetesante.ch/>)

Phase 1 : La mise en place d'un climat de tension

L'agresseur est tendu, a des accès de colère, menace du regard l'autre personne, fait peser de lourds silences.

La victime se sent inquiète voire a peur de ce qui peut se passer. Elle tente d'améliorer le climat et de faire baisser la tension.

Elle fait attention à ses propres gestes et paroles. Elle peut initier des contacts. Elle est ainsi accessible aux conseils et proposition d'aide des professionnels. [1] [11]

Phase 2 : Le passage à l'acte violent ou l'agression

L'agresseur violente l'autre personne de différentes manières : verbale, psychologique, physique, économique ou sexuelle.

Il a repris le contrôle et le pouvoir.

La victime se sent humiliée, triste, a le sentiment que la situation est injuste. Elle est en colère. Elle peut engager des démarches (médecin, commissariat ou gendarmerie, travailleurs sociaux, avocat,). Elle sera réceptive aux propositions d'aide et de soutien des professionnels. [1] [11]

Phase 3 : La justification

L'agresseur s'excuse. Il minimise son agression. Il fait porter la responsabilité de son acte violent sur la victime.

Il promet de changer et de ne plus recommencer.

La victime tente de comprendre ses explications. Elle veut l'aider à changer. Elle doute de ses propres perceptions, ce qui la conduit à minimiser l'agression. Elle se sent responsable de la situation. Elle peut douter du bien fondé de ses démarches et demandes auprès des professionnels. [1] [11]

Phase 4 : La rémission - L'accalmie

L'agresseur demande pardon, parle de thérapie, menace de se suicider. Il adopte un comportement positif. Il se montre sous son meilleur visage.

La victime reprend espoir car l'auteur lui paraît avoir changé. Elle lui donne une chance, constate ses efforts, change ses propres habitudes.

Pendant cette phase, elle est en principe difficilement accessible à un dialogue et à toute aide de la part des intervenants professionnels et associatifs. [1] [11]

A retenir :

Ces étapes sont essentielles à retenir pour pouvoir repérer les phases où elle reste accessible. Les phases 1 et 2 sont plus propices à aborder les violences, tandis qu'il sera plus difficile au professionnel de santé d'intervenir lors des phases 3 et 4.

E) Qu'est-ce que l'emprise ?

Il nous semble important de définir la notion d'emprise car elle reste essentielle pour comprendre le fonctionnement des violences, de se représenter le ressenti de la victime. [13]

La loi du 30 juillet 2020 a ajouté un troisième alinéa à l'article 226-14 du code pénal, lequel prévoit dorénavant que les dispositions relatives au secret médical énoncées à l'article 226-13 du même code ne s'appliquent pas :

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

La loi nouvelle **ne crée donc pas une obligation de signalement pour le soignant**. Elle lui permet de le faire sans risque de violation du secret auquel il est par ailleurs tenu.

Le tableau « Critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise » sont des éléments permettant d'aider le soignant à la prise de décision de signalement, lesquels proposés sont mentionnés à titre indicatif. Ils ne sont ni impératifs ni exhaustifs. Les items énoncés en violet sont néanmoins à considérer comme des signaux d'alerte. **(Cf. annexe 2)**

Cet outil peut s'adapter à toute situation de violences au sein du couple (hétéro ou homosexuel).

Par définition, une emprise au sens générique est une ascendance, qui peut être intellectuelle ou morale exercée sur un tiers.

Il en va en droit public de l'emprise comme étant un processus de dépossession. Toute emprise induit un rapport de domination qui peut aller jusqu'à l'asservissement. Une contrainte est une violence physique ou morale exercée contre une personne afin de l'obliger à agir contre sa volonté et contre elle-même.

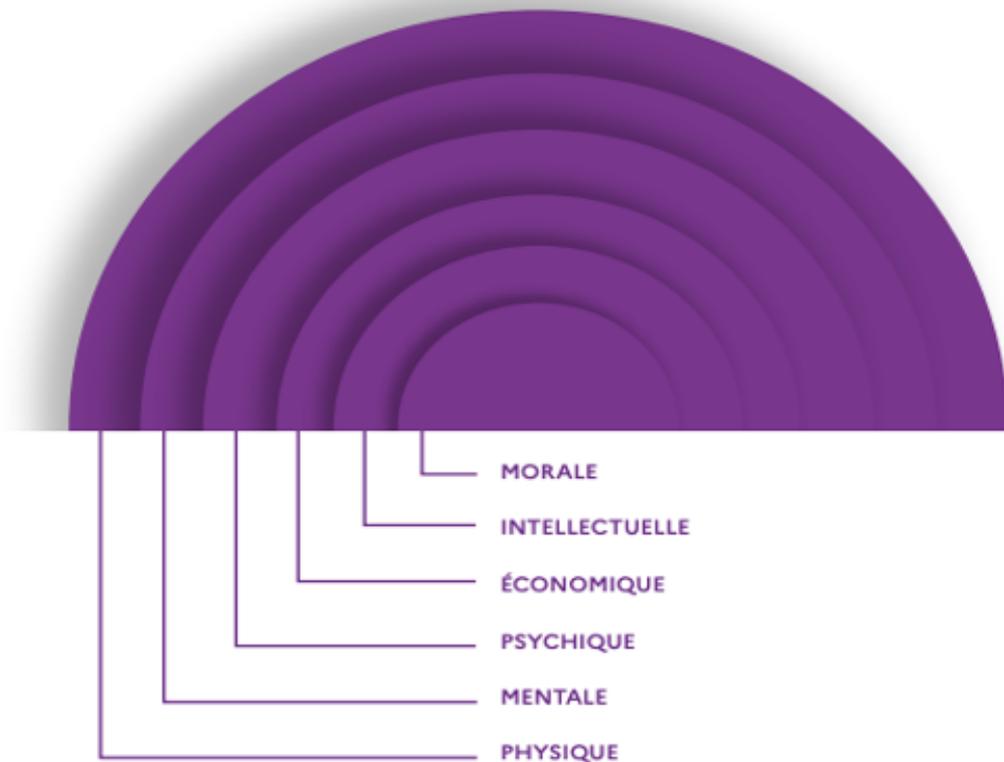


Figure 4 : Représentation de l'emprise [13]

Ce phénomène peut s'articuler **en 3 dimensions** : l'appropriation, la domination, l'empreinte sur l'autre (marque physique et psychique) [13]

Les agresseurs vont mettre en place des stratégies :

La séduction pour commencer :

La rencontre peut être vécue comme fusionnelle, avec un homme qui correspond exactement aux attentes de sa future compagne. Cet "accrochage" est parfois facilité par la complémentarité psychique de deux individus et par des facteurs de vulnérabilité chez

la femme, d'ordre social et/ou psychologique. Cet amour idéal(isé) constitue la préparation psychologique à la soumission.

Puis viennent la manipulation, la domination et la violence :

La manipulation amène la confusion, l'isolement, la culpabilisation. Elle repose sur différents moyens qui peuvent être :

- Comportementaux : surveiller l'autre, l'isoler (travail, famille, amis), créer une dépendance financière...,
- Émotionnels : manipulations verbales et chantage,
- Cognitifs : contrôle du langage et de la communication en utilisant des messages contradictoires.

Ce processus d'instrumentalisation **engendre une véritable modification de conscience** : perte de confiance, déstabilisation, confusion, effondrement de la capacité critique, doute sur le propre ressenti, sentiment de vide. Il existe un épuisement psychique et physique.

Des mécanismes d'adaptation se mettent en place chez la victime :

Tout d'abord celle de la **dissociation psychique** qui se définit par une altération de l'identité, de la mémoire, de la conscience et de la perception de l'environnement (en lien avec un vécu traumatique).

Puis, l'impuissance apprise est la diminution des capacités à trouver une solution. Elle fait disparaître le désir de s'en sortir.

L'augmentation du seuil de tolérance tend à la normalisation des violences.

Il y a une inversion de la culpabilité qui s'installe (au détriment de la victime).

La victime protège son agresseur !

Un état de stress post-traumatique peut apparaître.

F) Rôle des soins primaires face aux violences conjugales

La prise en charge des violences conjugales fait appel aux 6 compétences principales de la spécialité médecine générale définies par le Collège National des Généralistes Enseignants au cours du D.E.S de médecine générale. [14]

Le médecin généraliste est un maillon clé du réseau de prise en charge des violences conjugales car c'est un acteur de première ligne. La prise en charge centrée sur la patiente, inhérente à l'exercice de la médecine générale, permet une approche globale du problème. La relation de confiance et la continuité des soins sont des atouts. S'impliquer dans la prise en charge des violences, c'est aussi améliorer la prise en charge des patientes de manière générale.[1][14]

Le rapport Henrion 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.[15]

De la même façon, la Haute Autorité de Santé, a publié des recommandations de bonnes pratiques professionnelles destinées au médecin généraliste. [16]

Afin d'assurer un repérage pertinent, il est nécessaire dans un premier temps de créer un environnement favorable avec la patiente.

Ainsi mettre en place des affiches au sein du cabinet. Voir les patientes dans la mesure du possible seule. En cas de besoin d'interprète de veiller au fait qu'elle/il ne soit pas de la famille.

Le guide, donne également des idées sur les postures que nous pouvons prendre et les réponses que nous pouvons donner en cas de difficultés.

« Monsieur, je conduis toujours mon examen en tête-à-tête avec la patiente. » « Merci de bien vouloir attendre dans la salle d'attente, tous mes entretiens sont individuels. » - Situation où le conjoint demande à assister à la consultation.

Ces recommandations permettent au praticien d'avoir des outils de communication dans des situations délicates, ou bien de questionner durant l'anamnèse sans forcément orienter l'interrogatoire.

Questionner sans signes d'alerte pendant l'anamnèse :

- « *Comment vous sentez-vous à la maison ?* »
- « *Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ?* »
- « *En cas de dispute, cela se passe comment ?* »
- « *Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ?* »
- « *Avez-vous peur pour vos enfants ?* »
- « *Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ?* »
- « *Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ?* »
- « *Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ?* »
- « *Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ?* »
- « *Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ?* »

Il est recommandé de préciser à la patiente que ces questions sont abordées avec toutes les patientes.

Il est recommandé au praticien d'expliquer à la patiente pourquoi il pose des questions sur les violences.

« La violence est très courante au sein des familles. Je questionne régulièrement mes Patientes à ce sujet car les violences ont un impact négatif sur la santé et sont interdites Par la loi. Personne ne devrait avoir à vivre dans la peur de son partenaire. »

Il est recommandé de prendre en considération les enfants du cercle familial : « *Avez-vous peur pour vos enfants ?* ». *Ce type de question a une influence importante sur les révélations.*

De la même façon le site Décliviolence [1] souligne que le médecin généraliste est un acteur primordial de la prise en charge et que cette prise en charge est souvent délicate, pour cela un schéma des représentations permet de visualiser les éléments se rattachant aux violences conjugales.

Les pièges à éviter

Les représentations des médecins généralistes et les obstacles qu'ils rencontrent dans la prise en charge des violences conjugales nous éclairent entre mythes et réalités.



Sous estimer les violences conjugales



Avoir des stéréotypes sur les victimes et les auteurs



Travailler seul



Négliger l'importance de l'emprise sur les victimes



Penser ne pas avoir le temps



Se décourager (remettre en cause ses compétences, son efficacité)



Banaliser les violences conjugales



S'imaginer que ce problème relève de la sphère privée



Mettre la patiente en danger

Figure 5 : représentations des médecins généralistes et des obstacles qu'ils rencontrent dans la prise en charge des violences conjugales [1]

Nous n'allons pas reprendre tous les éléments du rôle du MG avant notre travail, mais il semble important de souligner que nous avons connaissance que deux outils sont utilisés.

Parmi les outils, que j'ai personnellement utilisée lors des consultations de médecine générale figure le violentomètre. [17] C'est outil simple et utile pour "mesurer" si la relation amoureuse de la patiente est basée sur le consentement et ne comporte pas de violences.

À la demande du Conseil Régional d'Île-de-France, le Centre Hubertine Auclert a adapté cet outil de sensibilisation conçu fin 2018 par les Observatoires des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis et de Paris, l'association « En Avant Toute(s) » et la Mairie de Paris.

Présenté sous forme de règle, le violentomètre rappelle ainsi ce qui relève ou non des violences à travers une gradation colorée :

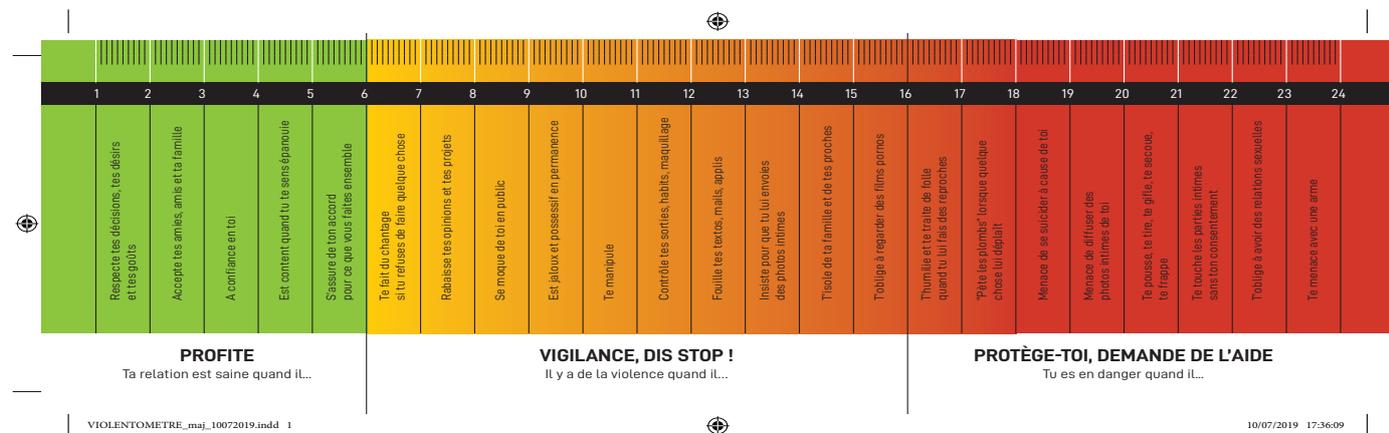


Figure 6 : Violentomètre [17]

3 segments pour évaluer si sa relation amoureuse est saine : "Profite", "Vigilance, dis stop !" et "Protège-toi, demande de l'aide"

Initialement, il a été conçu dans un but de sensibiliser les jeunes femmes aux violences conjugales à travers une diffusion massive de l'outil lors d'événements et dans les lycées franciliens.

Un autre outil qui est le questionnaire WAST en français ; rapide d'utilisation à destination de tous les professionnels de santé. Il permet d'identifier facilement les femmes susceptibles d'être victimes de violence conjugale. [18]

Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de huit questions fermées, les deux premières portant sur les relations au sein du couple de manière générale, les six suivantes sur les violences physiques, psychologiques et sexuelles. Les modalités de réponses sont cotées sur une échelle de Likert en trois points, de 0 à 2. Le score total du WAST est obtenu en additionnant les scores des items et varie de 0 à 16. **(Cf. annexe 3)**

Cette étude concernant sa validation, recommande son utilisation en pratique courante afin de permettre un dépistage précoce et une mise en place d'un parcours de soins spécifique pour optimiser la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale.

Il est préférable qu'il soit intégré de manière systématique dans l'interrogatoire, notamment dans les services susceptibles d'accueillir des victimes telles que les urgences ou les

services de chirurgie ou au cours de consultations dédiées telles que l'entretien prénatal précoce.

G) Répercussion des violences sur la santé de la femme

La violence conjugale (qu'elle soit d'ordre physique, sexuelle ou psychologique) doit être considérée comme un problème de santé publique : selon l'OMS, **les femmes victimes perdent entre 1 et 4 années de vie en bonne santé et les violences conjugales sont à l'origine d'un doublement des dépenses totales de santé annuelles chez ces femmes.** [19]

Elles sont source, à court et à long terme, de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et procréative chez les femmes.

Sur le plan physique :

Ces formes de violence peuvent causer des traumatismes ; 42 % des femmes qui subissent des violences au sein de leur couple signalent des blessures consécutives à l'acte. [19][22]

Le MIPROF reprend les principales atteintes physiques possibles, comme : les fractures, brûlures, blessures, strangulation, hématomes, atteintes oculaires et ORL, atteintes neurologiques par traumatisme crânien. Fatigue intense, douleurs chroniques, céphalées, dorso-lombalgies. Atteintes bucco-dentaires (dents cassées ou fêlées...) [11]

Sur le plan gynécologique :

Les affections gynécologiques seraient 3 fois plus fréquentes chez les femmes victimes que dans la population générale féminine. Vaginites, douleurs pelviennes chroniques, infections urinaires à répétition, perte de la libido sont rapportées à la suite de violences sexuelles. [22]

Ces formes de violence peuvent entraîner des grossesses non désirées, des avortements provoqués, des problèmes gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. L'étude réalisée en 2013 par l'OMS au sujet des effets néfastes sur

la santé associée à la violence à l'égard des femmes a montré que les femmes ayant subi des violences physiques ou des abus sexuels étaient 1,5 fois plus exposées au risque d'infection sexuellement transmissible, et dans certaines régions, au VIH, que les femmes n'ayant pas subi de violences de la part de leur partenaire. Elles sont par ailleurs deux fois plus exposées au risque de subir un avortement. [19][20]

D'autres formes de ces violences, comme le refus par le partenaire d'utiliser un préservatif ou un moyen de contraception, ou encore certaines pratiques sexuelles imposées, sont responsables de maladies sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées. Dans ces situations, l'annonce d'un diagnostic de maladie sexuellement transmissible (y compris d'infection à VIH) risque d'être suivie d'une absence totale de prise en charge médicale, avec des conséquences redoutables pour l'enfant lors d'une grossesse, voire pour le pronostic vital de la victime.[22]

La violence au sein du couple pendant la grossesse est en outre associée à un risque accru de fausse couche, de naissance d'un enfant mort-né, d'accouchement prématuré et d'insuffisance pondérale de l'enfant à la naissance. Cette même étude a montré que les femmes qui subissaient des violences de la part de leur partenaire étaient exposées à un risque de faire une fausse couche de 16 % supérieur à celui encouru par les femmes qui n'en subissaient pas, et que leur risque d'accoucher prématurément était plus élevé de 41 %.[19][20]

Sur le plan psychique :

Il y a une citation de J.C. Campbell qui revient fréquemment dans les études sur les violences faites aux femmes qui permet de se représenter l'ampleur des choses, « la plus grande partie de la différence entre l'incidence globale de la dépression chez les hommes et les femmes pourrait être attribuée à la violence conjugale, bien que cette hypothèse n'ait jamais été étudiée ». [21]

La violence subie en permanence est cause de tension, de peur, d'angoisse, d'un sentiment de culpabilité et de honte et tend à isoler la victime. [22]

Les violences peuvent entraîner des dépressions, des états de stress post-traumatique (retrouvé chez la moitié des victimes et près de 4 fois plus souvent que chez les femmes

non victimes [22]) et d'autres troubles anxieux, ainsi que des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation et des tentatives de suicide.

L'analyse conduite en 2013 a établi que la probabilité de connaître des problèmes de dépression ou d'alcoolisme était presque **deux fois plus élevée** chez les femmes ayant subi des violences au sein de leur couple. [19][22]

Des symptômes divers :

Les effets sur la santé peuvent aussi se caractériser par des céphalées, des douleurs (douleurs de dos, douleurs abdominales et douleurs pelviennes chroniques), des troubles gastro-intestinaux, une mobilité réduite et un mauvais état de santé général.

La violence sexuelle, en particulier pendant l'enfance, peut entraîner une augmentation du tabagisme et de la consommation de substances psychoactives ainsi que des comportements sexuels à risque. On l'associe en outre à une tendance à recourir à la violence (chez les hommes) et à être victime de violences (chez les femmes).

La mort peut être l'issue de la violence conjugale – homicide ou suicide, sur un échantillon de 441 cas en 7 ans, 31 % des homicides de femmes reçues à l'Institut Médico-légal de Paris sont perpétrés par le mari de la femme, 20 % par son partenaire sexuel et dans seulement 15 % des cas le meurtrier est inconnu de la victime. [22]

Impact sur les enfants

Les enfants qui grandissent dans des familles où sévit la violence peuvent souffrir de toute une série de troubles comportementaux et émotionnels susceptibles de les amener ultérieurement à commettre des actes violents ou à en être victimes.

La violence au sein du couple a également été associée à des taux plus élevés de morbidité et de mortalité chez le nourrisson et l'enfant (maladies diarrhéiques ou malnutrition et taux de vaccination plus faibles, par exemple). [22]

Ces femmes consultent environ 2 fois plus leur médecin généraliste. A l'inverse, le suivi médical peut être négligé, irrégulier ou différé du fait des violences. Les prescriptions de psychotropes (dont les antidépresseurs) et d'antalgiques sont plus fréquentes. [1]



Figure 7 : conséquences des violences sur la santé et le comportement des victimes [3]

H) Contexte de confinement en lien avec le COVID 19

La crise sanitaire liée à l'épidémie de la COVID-19 et la période de confinement qui s'en est suivie du 16 mars au 11 mai 2020, ont exposé les femmes victimes de violences et leurs enfants à des risques plus importants. Tout en agissant comme un déclencheur pour certaines femmes prenant conscience de l'emprise exercée par leur partenaire violent. Qu'il ait accentué les violences subies par les femmes victimes ou qu'il en ait été un révélateur, ce confinement a représenté un grand danger pour ces femmes. Il a également complexifié le travail de repérage, d'accompagnement et de protection des victimes effectué par l'ensemble des actrices et acteurs qui luttent contre les violences.

En première ligne, les associations, voilà comment l'ONVF dans sa 16^{ÈME} lettre nous apporte quelques éléments d'actualités à notre question. [3]

Nous allons dans les suites de notre thèse en discuter avec les médecins participants mais aussi avec les associations d'aide aux victimes.

Plusieurs articles de la littérature montrent que dans toutes les situations de crise, qu'il s'agisse de guerres, de catastrophes naturelles ou de graves épidémies, quel que soit le pays concerné, les violences intrafamiliales augmentent. [23]

Les facteurs de risque habituellement **associés aux violences intrafamiliales sont exacerbés pendant les périodes épidémiques** (faibles revenus, peur de mourir, isolement

social, perte des repères, étroitesse des locaux, perte de proches, difficultés d'accès aux services médicaux et sociaux, impossibilité de s'enfuir, augmentation de la consommation de substances addictives...). L'agressivité masculine avec ou sans alcoolisation apparaît souvent comme un mode de réaction à une situation de crise [23].

En ce qui concerne les violences à l'égard des enfants, les familles à faibles revenus sont les plus à risque d'exercer des violences sur les enfants. Il s'agira plus volontiers de violences sexuelles exercées sur les filles et de violences physiques à l'encontre des garçons.

La fermeture des écoles dans les situations de catastrophes intervient alors comme un facteur qui vient accroître le risque de violences sur enfants.

Les contraintes supplémentaires que subissent les familles du fait de la crise du COVID-19 comme la perte d'emploi ou la chute des revenus, l'isolement social, le confinement excessif dans des locaux souvent exigus, la peur engendrée par la situation de pandémie et les préoccupations liées à la santé, accentuent le risque de violence à la maison qu'elle soit infligée entre partenaires ou aux enfants par les adultes qui s'occupent d'eux.

Parallèlement, la crise du COVID-19 accroît le risque d'exploitation sexuelle des enfants sur internet. Europol a informé, en avril 2020, que les auxiliaires des forces de l'ordre rapportaient davantage d'activité en ligne de la part d'individus recherchant des contenus issus d'abus infligés aux enfants.[23]

Le gouvernement français, en partenariat avec les services de soins, les services d'aide aux victimes et la justice, a pris un certain nombre de mesures pour maintenir l'aide aux victimes en cette période de confinement. Les psychiatres, comme tous les médecins et personnels de santé sont en première ligne pour dépister les violences faites aux enfants.

L'OMS a elle, alerté durant cette pandémie mondiale de la COVID-19, sur les risques de violence faites aux femmes par divers mécanismes. [24]

Selon l’OMS, les auteurs d’actes de violence pourraient également limiter l’accès des femmes aux produits nécessaires **tels que le savon ou le désinfectant pour les mains**. Les auteurs d’actes de violence pourraient **exercer un contrôle en diffusant des informations erronées sur la maladie** et en stigmatisant leurs partenaires.

L’accès aux services essentiels de santé sexuelle et reproductive, notamment destinés aux femmes victimes de violence, deviendra probablement plus limité.

D’autres services, tels que les numéros d’urgence, les centres de crise, les refuges pour les femmes, l’aide juridictionnelle et les services de protection peuvent également limiter leurs activités, réduisant davantage l’accès aux quelques sources d’assistance dont peuvent disposer les femmes dans des relations marquées par la violence.

J) Objectifs de la recherche et hypothèses

Nous avons eu plusieurs entretiens avec le DUMG de la faculté de médecine de Tours et avons eu recours à plusieurs ouvrages dont celui qui est très fortement recommandé lors des travaux de thèses, « Initiation à la recherche qualitative en Santé ». [25]

Cet ouvrage, propose d’identifier sa question de recherche issue d’une problématique, ici, les violences conjugales en s’auto questionnant à partir de sept questions. Voici ce travail qui a permis au final d’identifier notre question de recherche.

1. Quelle est ma question initiale ?

Concernant mon sujet de thèse, j’ai pu constater quelques éléments de réflexion qui étaient les suivants ; la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales pouvaient être plus COMPLETES, lors des divers stages que ce soit comme interne ou même externe lors des premiers stages de gynécologie, je trouvais que l’on ne faisait pas assez de « repérage » et que l’on n’aidait pas suffisamment les victimes, d’où l’idée de vouloir explorer cette question.

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

Sur le plan personnel, c’est un sujet qui m’a toujours intéressée par les recherches personnelles, les lectures que j’ai pu faire jusqu’à présent, mais également le constat de

confidences par des amies en difficultés et qui ne savaient pas vers qui s'orienter. Confidences spontanées, en raison de mon futur parcours de soignante.

Sur le plan professionnel, lors des gardes aux urgences ou en consultation, renvoyer une victime avec un CCB et un numéro d'assistante sociale ne me semblait pas, à mon goût suffisant et ma conscience professionnelle, me poussait à m'intéresser à ces victimes, à ces femmes qui souvent dévastées ne savaient plus par où commencer...

3. Si j'étais moi-même interrogé, quelle serait ma réponse ?

Si l'on me pose la question du repérage des violences faites aux femmes lors d'un entretien, j'expliquerai que certains réflexes, lors d'un frottis, un renouvellement de contraception de poser des questions est plus facile à aborder que d'une consultation pour une otite.

Concernant la prise en charge, je pense qu'avec le secret médical on a eu longtemps « peur » d'en parler avec les patientes car cette prise en charge semblait trop lourde à porter par le médecin généraliste. La suite « effrayait » le médecin généraliste. Finalement on évitait d'en parler.

On nous a appris à rédiger des certificats médicaux de coups de blessures volontaires très descriptif en précisant qu'il s'agit des dires de la patiente mais sans avoir des antécédents et ou les suites éventuelles. On nous a appris à se protéger en rédigeant de façon circonstanciée des certificats avec la frustration du devenir de ces femmes victimes. Beaucoup de thèmes sont ainsi à explorer.

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

Afin d'obtenir une visibilité sur le devenir de ces femmes victimes il faut savoir comment se fait leur entrée dans le parcours de soin, comment se fait la prise en charge et avec quels acteurs etc... Une question de recherche concernant le repérage et la prise en charge semble donc plus adaptée.

5. Quelles réponses est-ce-que j'attends des participants ?

Concernant le repérage, j'attends à ce que les médecins me parlent de toutes les difficultés que cela représente lors d'une journée remplie de divers motifs de consultation et qu'ils évoquent le secret médical également.

Concernant la prise en charge, ce travail va me permettre de découvrir tous les divers interlocuteurs disponibles sur le département.

6. Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ?

Que faire du repérage n'est pas intéressant ou que s'intéresser aux conjugopathies est plus le domaine d'action des psychologues...

7. Quelle est finalement ma question de recherche ?

Comment se fait le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en Loir et Cher, sur une période comme celle du COVID19 ?

TITRE :

Exploration du repérage des victimes de violences conjugales féminines

Prise en charge en médecine générale sur le territoire du Loir et Cher ; état des lieux

Étude qualitative réalisée auprès de 13 médecins généralistes entre Décembre

2020 et Juin 2021 entre décembre 2020 et juin 2021 durant la période de pandémie

co-vid19.

III) MATERIELS ET METHODES

A) Recherche bibliographique

Le travail de recherche bibliographique a commencé en Juin 2019, dès le début de notre travail puis s'est poursuivi le long de la rédaction. Avec l'émergence du Covid 19 et les périodes de confinement ces thématiques se sont également ajoutés.

Nous avons débuté nos recherches à l'aide du moteur de recherche Google Scholar qui nous a servi tout au long de ce travail, mais aussi de PUB MED, également des banques de données SUDOC, CAIRN et au sein de la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Tours.

Les mots clés principaux utilisés étaient : « violences conjugales féminines », « soins primaires », « prise en charge des violences faites aux femmes », « médecine générale », « repérage des violences conjugales », « obstacles au repérage », « confinement Covid19 et violences conjugales ».

B) Méthode d'analyse qualitative

1) Choix d'une étude qualitative

L'étude qualitative a été choisie ; afin de tenter de comprendre quels sont les phénomènes qui interviennent lors du repérage des violences faites aux femmes par les médecins généralistes et comment se déroule la prise en charge de ces dernières.

Nous avons sollicité à plusieurs reprises l'avis du DUMG de la Faculté de Médecine de Tours pour la validation de notre méthode, ainsi que continuer à avancer en consultant notre ouvrage sur cette méthode. [25]

Pour les débuts de la recherche qualitative nous avons également sollicité un avis auprès du service de santé publique CHRU Bretonneau, afin de pouvoir optimiser notre méthode de recherche.

A noter qu'il s'agissait pour mon directeur de thèse et moi, le premier travail qualitatif que nous réalisions.

Notre travail de recherche est inspirée d'une méthode qualitative avec une approche par théorisation ancrée. [25]

Cette étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens téléphoniques individuels semi dirigés.

2) Réalisation du canevas d'entretien

Le guide canevas, d'entretien comportait cinq questions ouvertes, il était semi-structuré. Le canevas d'entretien a été établi avec l'aide du directeur de thèse et accord après un « Thèse Dating » à la faculté de médecine de Tours auprès des membres du DUMG. Il a été conçu selon les thèmes attendus après l'étude du sujet grâce à la bibliographie. **(Cf. annexe 4)**

A noter qu'après l'apparition de la pandémie COVID 19 et après réflexion, une question supplémentaire s'est rajoutée, élargissant notre champ de recherche et permettant d'étudier le phénomène des violences en restant proche de notre actualité.

3) Constitution de l'échantillon

Les critères d'inclusions principaux étaient : les médecins généralistes Loir et Chérien, installés ayant une activité de médecine générale exclusive.

N'ont pas été inclus dans l'étude les médecins ayant une activité mixte (autre que la médecine générale) ni les médecins remplaçants afin de pouvoir avoir une visibilité sur un seul territoire.

Dans un premier temps nous avons contacté le conseil départemental de l'ordre des médecins pour la diffusion d'un mail **(cf. annexe 5)** indiquant la réalisation de notre travail de recherche.

Puis une fois les premiers entretiens entamés, nous avons pu fixer des rendez-vous téléphoniques avec l'aide du réseau des professionnels. Les premiers médecins que nous avons contactés étaient principalement d'anciens maitres de stages et des connaissances. Puis après diffusion de notre mail d'information des médecins intéressés par le sujet se sont portés volontaires. Le phénomène de recrutement s'est entretenu par lui-même.

Il est important de souligner qu'un échantillonnage a été réalisé au début du recrutement et au fil de ce dernier afin de veiller à ce qu'il reste au plus près de la situation démographique actuelle.

4) Entretiens et collecte de l'information lors des entretiens

a) Éthique et confidentialité

Afin de pouvoir débiter notre étude et le recueil des données dans des conditions réglementaires, nous avons utilisé un outil proposé en ligne via le site universitaire du DUMG de Tours. [26]

Suite au remplissage de ce questionnaire, nous avons pris connaissance qu'il n'était pas nécessaire dans notre cas de demander l'avis d'un comité d'éthique.

Nous avons également contacté les personnes ressources indiquées par le DUMG [27] pour savoir dans le cadre de notre étude qu'elle type de déclaration nous devions faire.

Après leur retour, nous n'avons pas eu besoin de faire de déclaration à la CNIL.

Les entretiens téléphoniques étaient réalisés par moi-même, généralement un premier entretien pour prise de contact était nécessaire soit avec le MG soit avec son secrétariat pour fixer un rendez-vous.

L'accord du MG participant était pris oralement en début d'entretien tout en lui précisant qu'il lui était possible de retirer cet accord à tout moment.

b) Entretiens téléphoniques semi dirigés individuels

Les médecins généralistes étant sur une période difficile pendant la pandémie, nous convenions d'un appel téléphonique avec une date et une heure selon leurs disponibilités.

Durant les entretiens, je restai la plus neutre possible sur le sujet, je posais des questions ouvertes et laissais la parole aux participants.

Après accord des médecins généralistes participants, les entretiens ont été enregistrés avec QuickTime® sur MacBook Air®.

Les enregistrements étaient enregistrés de manière anonyme.

c) Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrit mot par mot, les soupirs, hésitations, silences ont été retranscrits.

Ce sont ces entretiens qui ont permis d'extraire des verbatim afin de pouvoir mener notre analyse.

La retranscription s'est réalisée sur MacBook Air® avec le logiciel de traitement de texte Word®, après anonymisation.

Chaque participant était identifié comme « MG » pour médecins généralistes, suivi d'un numéro correspondant à l'ordre de réalisation des entretiens téléphoniques.

C) Analyse qualitative des données

1) Codage et analyse qualitative

La totalité des 13 entretiens téléphoniques ont été réalisés par moi-même et retranscrit par moi-même afin de pouvoir m'imprégner du discours ; l'écoute, la retranscription des entretiens prenaient du temps mais permettait de mieux comprendre notre travail.

L'analyse a été réalisée en optant pour un modèle de théorisation ancrée afin de pouvoir explorer les thèmes qui ressortaient lors du repérage des violences, de leur prise en charge des victimes ainsi que les éventuelles difficultés lors de cette prise en charge.

Des relectures d'entretiens ont été réalisés, afin de pouvoir identifier chaque verbatim.

Les verbatim sélectionnés étaient organisés en « nœud » (une étiquette) faisant référence à une idée proposée par le participant.

Ces nœuds et sous nœuds ont été classés pour former des thèmes et des sous thèmes.

Une première analyse axiale après codage a été réalisée, puis au fil des entretiens l'analyse intégrative a été réalisée.

Ce travail d'analyse a été réalisé à l'aide du Logiciel Nvivo 12® utilisé principalement lors des analyses qualitatives.

La saturation des données a été obtenue au bout de 10 entretiens, mais nous avons poursuivi pour assurer une qualité des recueils sur 13 entretiens même si nous ne faisons pas émerger de nouvelles idées.

2) Triangulation des analyses

L'étape de triangulation des analyses s'est faite avec l'aide de mon directeur de thèse, chacun analysait les données de son côté puis une mise en commun était faite grâce au logiciel d'analyse.

IV. RESULTATS

A) Description de la population de médecins généralistes

Au total nous avons eu 13 participants, parmi ces participants 7 étaient des femmes et 6 étaient des hommes. L'âge moyen des participants était de 58 ans. Ci-dessous, le tableau résumant les caractéristiques principales des médecins généralistes participants à notre étude.

	Sexe	Age	Exercice	Durée d'installation	Zone	Situation familiale	Formation FE
MG1	Féminin	56 ans	Secteur cabinet 1 de groupe	13 ans	Urbaine	Célibataire	Non
MG 2	Féminin	64 ans	Secteur cabinet 1 de groupe	28 ans	Semi rurale	Mariée	Oui
MG 3	Masculin	65 ans	Secteur cabinet 1 de groupe	35 ans	Semi rurale	Marié	Non
MG 4	Féminin	55 ans	Secteur cabinet 1 de groupe	2 ans	Semi rurale	Divorcée	Non
MG 5	Masculin	59 ans	Secteur cabinet 1 de groupe	25 ans	Urbaine	Divorcé	Non
MG 6	Masculin	63 ans	Secteur cabinet 1 de groupe	25 ans	Semi rurale	Marié	Non
MG 7	Masculin	54 ans	Secteur cabinet 1 de groupe	10 ans	Rurale	Marié	Non
MG 8	Féminin	56 ans	Secteur 1 Seul	24 ans	Urbaine	Mariée	Oui
MG 9	Féminin	56 ans	Secteur cabinet 1 de groupe	24 ans	Rurale	Célibataire	Oui
MG 10	Masculin	43 ans	Secteur cabinet 1 de groupe	14 ans	Semi rurale	Concubinage	Non
MG 11	Féminin	59 ans	Secteur 1 Seul	30 ans	Semi rurale	Mariée	Non
MG 12	Féminin	57 ans	Secteur cabinet 1 de groupe	24 ans	Urbain	Mariée	Non
MG 13	Masculin	72 ans	Secteur 2 Seul	43 ans	Semi rurale	Marié	Non

Tableau 2 : caractéristiques des médecins généralistes participants

B) Caractéristiques des entretiens

Treize entretiens ont été réalisés entre le mois de décembre 2020 et juin 2021.

Les entretiens ont eu une durée moyenne de : 18 minutes

Nous n'avons pas pu hélas faire d'entretiens présentiels, au vu du contexte de Covid 19, ayant eu des périodes de couvre-feu et/ou arrêt maladie pour certains participants. Il était délicat de pouvoir trouver un moment d'échange.

C) LE MEDECIN FACE À LA VIOLENCE CONJUGALE FEMININE

1) Premières réactions des médecins à l'évocation des violences faites aux femmes

a) Le souvenir d'une consultation

Le but de notre travail était de constater les premières réactions des médecins à l'évocation des consultations comportant des violences conjugales féminines.

Nous avons pu noter, les hésitations des médecins retranscrites, les exclamations, les souvenirs qui font appel à la mémoire ou bien des consultations qui peuvent être marquantes. 3 MG parmi les 13 participants ont évoqué des situations récentes dont une lors du confinement.

MG3 : « *La dernière consultation, la dernière consultation... (silence)...Là j'y repense avec la thèse (euh) c'était au premier confinement.* »

MG5 : « *La dernière consultation, c'était un peu comme d'habitude, pour un certificat de coups et blessures.* »

MG6 : « *oups (rires), comme ça je ne vais pas en avoir a partagé avec toi, mais mais (euh), (euh), j'ai eu des patientes où je me suis posé la question...* »

MG7 : « *Alors c'était un peu plus simple que d'habitude (euh) parce qu'elle était en instance de divorce...* »

MG8 : « *(Euh) alors je réfléchis, oui ça y est j'ai une dame en tête !* »

MG9 : « *(Euh) c'était il y a longtemps...* »

MG11 : « *Ohlaaa, ouf, ouf, la dernière consultation (euh) attends je regarde un peu mon agenda, voir la dernière consultation...(euh)* »

MG13 : « *Euh, euh, alors c'est une dame, attends tac tac tac (hésitation) ; je vais sortir sa fiche à cette dame-là, alors (hésitation) je cherche son nom. »*

MG12 : « *Eh bein là je suis un peu embêtée car là je n'en ai aucune de récente, donc (euh) je suis très très embêtée car je n'ai pas beaucoup de consultations à te raconter (euh) (silence) que te dire... Celle qui me vient le plus, en tête ça remonte à plusieurs années (euh) »*

b) Un signe inquiétant, le souvenir actif d'une consultation pour le médecin généraliste

Les situations recensées par les médecins généralistes participants, peuvent remonter à plusieurs années ; mais elles peuvent être ancrées dans la mémoire du généraliste.

Comme par exemple, le fait d'évoquer toute sa carrière de médecin pour retrouver des éléments relatif à ce sujet :

MG 11 : « *Mais des femmes ayant reçu des coups, récemment je n'ai pas eu... mais depuis 30 ans j'ai eu, j'ai eu des femmes. »`*

Ou bien ces situations traumatiques le médecin les gardent en mémoire durant plusieurs années :

MG 12 : « *(Euh) ça remonte à entre 5 à 10 ans le viol conjugal, ça m'avait suffisamment marqué pour que je m'en souviennne tu vois... »*

c) Des situations de violences conjugales récentes en consultation

Les médecins généralistes participants ont évoqués des situations qui sont en cours de prise en charge, pour 2 participants :

MG1 : « *Là j'ai un couple, ils viennent de se séparer c'est dans un contexte de violences... »*

MG2 : « Ah si j'en ai une qui m'en a parlé il n'y a pas très longtemps, il y a peut-être quelques mois, ça ne fait non plus très longtemps que je la suis. »

d) Un sujet important pour les médecins généralistes

Les médecins interrogés ont fait part de l'importance qu'ils donnaient à ce sujet :

MG9 : « C'est vrai que c'est important, les femmes qui se plaignent de se faire frapper (euh) des violences. »

2) Parler des violences avec les médecins

a) Des médecins qui n'avaient pas de situation de violences à décrire

Parmi les participants, à l'évocation de notre sujet de discussion, deux n'avaient pas de situations de violences à nous décrire dans l'immédiat.

MG4 : « Ah, la comme ça (euh) je n'en ai aucune, j'ai des dames que j'ai suspecté par contre (euh). »

MG12 : « Alors je n'ai pas eu de réponses à ta question parce que je n'en ai pas eu récemment, c'est ça le problème. (Rires), je n'ai pas... »

MG12 : « Eh bein là je suis un peu embêtée car là je n'en ai aucune de récente, donc (euh) je suis très très embêtée car je n'ai pas beaucoup de consultations à te raconter (euh) (silence) que te dire... »

Pour résumer les premiers retours des médecins participants à notre étude :
Nous avons vu que les réactions des médecins lors de l'évocation des violences pouvaient être très variées les différents types de réactions évoquaient, la stupéfaction, l'étonnement (on ressentait un certain mal être, sujet difficile, sensible).
3 des médecins ont évoqué des situations récentes dans cette partie, dont une lors du confinement.
D'autres avaient en tête des situations traumatiques qui remontaient à plusieurs années, d'autres avaient des situations qui étaient en cours de gestion, tandis que certains n'avaient pas de situations récentes.

D) LES VIOLENCES DEFINITIONS PAR LES MEDECINS GENERALISTES

1) Des violences conjugales avec multiples formes

a) Pouvoir identifier les différents types de violences conjugales en médecine générale

Les médecins au cours de leurs échanges avec nous, faisaient référence au fait que plusieurs types de violences existent.

MG7 : *« Il n'y avait pas de violences physiques mais uniquement verbales. »*

MG11 : *« Alors (euh) moi ce n'est pas de la violence physique, plutôt des violences psychologiques (euh), plutôt des choses de cet ordre-là, que je trouve un peu. »*

b) Les violences physiques

Voici les descriptions faites par les médecins généralistes pour décrire et définir les violences physiques :

MG1 : *« Évidemment ceux que je vois n'ont pas des pathologies trop graves (rires), ils peuvent avoir des hématomes. »*

MG1 : *« Elle, elle a eu des problèmes avec son épaule, oui ; des problèmes d'épaule. Puis elle m'en a parlé qu'ils se sont débattus. Elle avait mal à l'épaule, puis je lui avais prescrit une épaulière. »*

Certains d'entre eux ont fait un descriptif des différents types de lésions pouvant être vu en consultation :

MG 5 : *« Il y avait des lésions avec des contusions et des ecchymoses, c'était secondaire aux coups donnés par le conjoint. »*

MG8 : *« Il y avait des hématomes et à chaque fois. »*

MG13 : *« Et donc, ça avait commencé quand cette histoire, je l'avais vu en 2019, à la suite de coup sur le visage par son mari, voilà en avril 2019, pour cette histoire-là. »*

MG13 : « *son genou avait cogné contre un meuble, puis elle avait eu un hématome de cinq sur dix au niveau du genou.* »

c) Les violences psychologiques

Les participants s'appuyaient sur plusieurs éléments afin de pouvoir faire une description des violences psychologiques.

MG1 : « *Il y a l'emprise physique et surtout l'emprise psychologique ; mais il faut évaluer l'emprise psychique, donc je lui ai fait un arrêt de travail.* »

Les participants soulignaient le fait que la violence psychologique était plus difficile à gérer lors des CS :

MG2 : « *Chez la femme c'est plus compliqué ce n'est pas de la violence physique mais de la violence mentale, celle-là elle est terrible.* »

MG2 : « *Ce couple j'avais bien remarqué, celui dont je vous ai parlé avant, il a toujours le verbe haut, dès qu'elle dit quelque chose il la reprend, (euh) il a toujours raison. La femme ce n'est jamais bien ce qu'elle fait. Ce sont des femmes dévalorisées, voilà dévalorisées, complètement déprimées et complètement dépendantes de leur mari. Vraiment dépendantes.* »

MG2 : « *elle ne se sent plus capable de quoi que ce soit, et lui a pris beaucoup d'ascendant sur elle, il est âgé, elle déprime et il en abuse quand il a bu.* »

MG2 : « *Plutôt de la violence mentale, des fois des femmes qui ne travaillent pas ne peuvent même pas s'acheter des fringues ou un truc. C'est des situations humiliantes. J'insiste sur la violence mentale.* »

Pour décrire la violence psychologique certains reprenaient les phrases marquantes qu'ils avaient entendu de la part du conjoint violent :

MG2 : « *Ah ça j'en ai vu, il lui disait « tu n'es pas belle, tu es moche, tu es grosse » »*

MG2 : « Donc il la maintenait dans son pouvoir, la violence mentale est redoutable, elle va durer des années et être plus lourde. La violence mentale elle est redoutable ! »

MG2 : « Haa et puis ! Ce qui est difficile pour elle c'est de la normalité des fois, leur couple fonctionne comme ça, « bah oui il a raison », « il est plus intelligent que moi », « il a été plus à l'école que moi », « il gagne plus d'argent que moi ». Ça c'est quelque chose ! »

d) Les violences sexuelles

Les médecins généralistes interrogés pensaient aux violences sexuelles assez souvent lors de l'examen gynécologique :

MG1 : « Attention, si ça coince lors de l'examen gynécologique il faut y penser, soit pendant l'enfance soit après. A l'interrogatoire il faut rester vigilant. »

MG8 : « Alors je suis plus habituée à dépister les violences sexuelles, en gynécologie quand on cherche un peu on trouve très facilement. »

MG8 : « c'est comme la jeune femme que tu examines et qui te mets les genoux en X. »

L'évocation des violences sexuelles pouvaient se faire par la description de certaines situations d'abus sexuel constatés par le praticien :

MG2 : « elle ne se sent plus capable de quoi que ce soit, et lui a pris beaucoup d'ascendant sur elle, il est âgé, elle déprime et il en abuse quand il a bu. »

MG8 : « Là je pars sur autre chose mais, j'ai une femme qui est maintenant ménopausée qui est très triste de l'être d'ailleurs, mais qui m'a dit mettez moi un stérilet au cuivre, « il faut que j'aie mes règles sinon j'y passe tous les jours »

MG12 : « d'une dame qui était en séparation avec son conjoint, il lui a imposé des rapports non consentis et elle est venue me voir car elle était dans un triste état gynécologique et (euh) avec des hématomes, je l'ai envoyé aux urgences en gynécologie. »

MG12 : « (Euh) alors, cliniquement déjà, l'état gynécologique où elle était, c'était assez impressionnant, des hématomes (euh), une inflammation vaginale locale importante... »

e) Les violences verbales

Les violences verbales ont été citées également par les MG :

MG7 : *« Puis au cours de l'examen, elle a fini par me dire qu'elle ne supporte plus les violences (euh) violences verbales de son mari avec qui elle est en instance de divorce. »*

MG8 : *« Et je lui avais dit la violence verbale fait partie de la violence faite aux femmes. Quand c'est comme ça je leur dis si votre mari vous dit « tu es conne, tu es bête, tu ne comprends rien, franchement on ne peut rien faire de toi », c'est déjà de la violence. »*

MG8 : *« J'ai une patiente pour qui c'est une situation de violence verbale et qui est dans le déni, elle se dégrade petit à petit. »*

f) Les violences répétitives

Lors de la description des violences, certains médecins nous ont signaler avoir vu certaines patientes plusieurs fois pour le motif de violence conjugale :

MG13 : *« Mars Juillet 2019, trois mois après, elle avait eu à nouveau des violences par son mari. »*

g) Les violences économiques

Les médecins interrogés avaient des suspicions de violences économiques lorsque les femmes étaient sans emploi et qu'elles ne pouvaient avoir accès facilement à des services :

MG2 : *« Je suis toujours méfiante dans les couples quand la femme ne travaille pas car elle n'a aucune autonomie quand c'est comme ça. Je suis toujours méfiante quand c'est comme ça. »*

MG2 : *« Des fois des femmes qui ne travaillent pas ne peuvent même pas s'acheter des fringues ou un truc. »*

MG2 : *« Elle n'avait pas d'argent pour aller chez le coiffeur quoi... »*

h) Les violences intrafamiliales

L'association des situations de violences conjugales féminines avec des violences intrafamiliales et/ou infantiles étaient fréquentes. Ces situations étaient décrites de cette façon par les médecins interrogés :

MG8 : *« Après j'ai une autre situation de violence, j'ai même plusieurs situations de violences. J'ai une violence d'un patient envers sa fille qu'il a tenté de stranguler. C'est de la violence familiale non pas conjugale. »*

MG8 : *« Et puis un jour la maman m'a dit, quand je travaille, (elle est coiffeuse), quand elle ne veut pas s'habiller, il l'a pris notre fille par les cheveux, et il l'a tiré sur toute la descente des escaliers, il prend l'annuaire, il met des coups d'annuaire sur la tête de mon fils. »*

MG8 : *« La gamine de 15 ans qui avait été strangulée par son père c'est parce qu'elle poussait son père à bout et c'est sa mère qui poussait la gamine à rendre dingue le père. Après c'est une famille que je connais bien. Voilà. »*

MG11 : *« La petite elle a 7 ans la mère est très sèche avec l'enfant, elle l'a cassé, donc elle a été victime de violence un moment, par contre la mère elle a une attitude avec l'enfant, à l'examen il n'y avait rien, donc voilà, là je constate mais qu'est-ce que je peux faire... »*

i) Violences intrafamiliales gériatriques

Le vieillissement du couple, la prise en charge gériatrique par le médecin généraliste des personnes âgées pouvait être l'occasion de découvrir l'existence de violences au sein du couple.

MG2 : *« Parfois cette violence elle est sournoise, des fois le couple vieillit, il y en a un qui dirige tout quoi, ils viennent à la consultation en couple c'est madame qui répond pour monsieur ou l'inverse c'est lourd, « je sais sa maladie, je sais bien ». (Rires) »*

MG2 : *« Il y a une évolution, un vieillissement du couple qui est difficile quand c'est comme ça. Des couples très heureux âgées il n'y en a pas, souvent vous avez l'homme égo centrique qui bricole de son côté, qui est autoritaire, agressif, des fois qui gueule ; soit c'est mamie qui s'occupe de tout jusqu'à comment il s'habille et en consultation des fois à la question « est ce que vous allez à la selle » c'est mamie qui répond.*

MG8 : « Et j'ai une situation de violences conjugales mixtes de gens très âgés et la femme vous voyez c'était « je n'en veux pas », « je veux m'en débarrasser » « sexuellement il m'a violée plein de fois » alors qu'elle ne m'en avait jamais parlé, j'en ai parlé à mon médecin, « je ne le supporte plus », il est extrêmement diminué ce monsieur entre son diabète son parkinson, c'est une situation sur laquelle on a mis la MAIA. »

Les médecins généralistes avaient repéré le vieillissement du couple comme une période pouvant exposer aux violences conjugales :

MG12 : « car ma patientèle vieillit doucement et ce n'est pas garanti qu'ils viennent me dire ce qui se passe à la maison... (rires) »

2) Définition de l'emprise par les médecins généralistes

a) Définition de l'emprise

Les participants décrivaient le phénomène d'emprise en accentuant la composante psychologique de cette dernière :

MG1 : « Il y a l'emprise physique et surtout l'emprise psychologique ; mais il faut évaluer l'emprise psychique, donc je lui ai fait un arrêt de travail. »

MG1 : « Il avait tellement une emprise psychologique sur la compagne. Il se comporte comme le père se comportait avec moi, c'est un père manipulateur, il avait une emprise psychologique. »

L'absence de communication de la part de la patiente lors des consultations ou les interventions de la part du conjoint pouvaient être des éléments suspects pour le MG :

MG2 : « Quand ils viennent en couple elle ne parle pas beaucoup, c'est lui qui dirige tout, qui a raison de tout. »

MG2 : « Haa et puis ! Ce qui est difficile pour elle c'est de la normalité des fois, leur couple fonctionne comme ça, « bah oui il a raison », « il est plus intelligent que moi », « il a été plus à l'école que moi », « il gagne plus d'argent que moi ». Ça c'est quelque chose ! »

MG11 : « *Je suis en train de chercher dans ma patientèle (euh) c'est surtout ça, des femmes qui sont sous l'emprise d'un mari jaloux violent.* »

MG11 : « *(Euh) alors, elle me dit par exemple qu'à l'examen gynécologique, il y a une période où je ne pouvais pas lui faire d'examen gynécologique, il fallait que le mari soit là, bon ça c'était une période mais je l'ai mis en dehors voilà...* »

b) Banalisation des victimes

Lors des consultations concernant les violences faites aux femmes, les médecins constatent une banalisation des violences par les victimes :

Il s'agit d'une « normalité » ou « d'un mode de vie », ce qui rend difficile de pouvoir entamer une prise en charge pour le médecin et contribue au phénomène d'emprise.

MG2 : « *Haa et puis ! Ce qui est difficile pour elle c'est de la normalité des fois, leur couple fonctionne comme ça.* »

MG9 : « *Et chez elle je sais que son mari l'a frappé et elle trouve ça normal, globalement il est là le problème. C'est à dire que pour elle il ne l'a frappé pas de temps en temps il s'énerve et il lui donne un coup et c'est normal.* »

Pour reprendre les éléments de définitions qui ressortent après discussion avec les médecins participants à notre étude :

Les types de violences recensées par les MG étaient les violences, physiques, psychologiques, sexuelles, verbales, économiques.

Ils nous rapportent également des situations de violence intrafamiliale à travers leurs récits.

Aucun d'entre eux n'a fait de référence aux violences sur la parentalité et cyber violences.

Le phénomène d'emprise a été également défini par les participants.

E) La consultation entre la femme victime de violences conjugales et le médecin généraliste

1) Une consultation caractérisée par :

a) Un motif de consultation initiale

Les motifs de consultations poussant la victime à rencontrer le médecin peuvent être divers, il peut s'agir d'une demande explicite :

MG1 : « *Oui c'est ça ; En fait les gens viennent me voir, il y a eu un accrochage et ils veulent porter plainte, (hésitation euh). »*

Ou bien le motif de consultation initiale pouvait être des signes physiques autres :

MG8 : « *Sa fracture de poignet avait mis du temps à se consolider. »*

MG8 : « *La jeune femme qui a tout le temps mal au bide. »*

b) Un interrogatoire

Lors de l'interrogatoire face à une suspicion de violence, les médecins ont pour la majorité d'entre eux fini par poser la question directement. Ils utilisaient des questions ouvertes. L'évocation des violences conjugales se fait souvent petit à petit lors de l'interrogatoire.

MG3 : « *Et lors de cette deuxième consultation, j'ai posé les questions simplement (euh), si son mari l'aurait frappé et s'il était parfois agressif...Même physiquement ou verbalement. »*

MG3 : « *Je n'ai pas utilisé le mot est ce qu'il est violent avec vous car je trouve ça trop vague, donc j'ai posé les questions directement...Mais elle m'a répondu assez rapidement. »*

MG7 : « *Elle m'a allégué des difficultés avec son mari, surtout relationnelles. »*

MG9 : « *Et puis (euh) après je sais on a parlé de sa vie globale, franchement en question de question c'est ressorti et puis voilà...Des fois c'est dans l'interrogatoire mais c'est elle qui l'a évoqué.* »

MG10 : « *Où moi j'ai posé la question directement, la réponse était négative, mais il n'y avait pas de violence physique (euh), mais un syndrome anxio-dépressif, voilà, mais vu qu'il y avait des soucis de couple une séparation, et que donc (euh) fin voilà j'avais fini par poser la question.* »

M10 : « *C'est moi qui avais posé la question, selon elle il n'y avait pas eu de violences conjugales, moi je l'ai suspecté et j'ai fini par poser la question...* »

c) Une durée de consultation longue

Selon le médecin le temps de consultation peut être plus long que les CS habituelles :

MG7 : « *L'entretien peut durer ça peut être long.* »

MG13 : « *Je suis médecin de famille, je passe beaucoup de temps avec les familles c'est minimum de 20 minutes, je ne fais pas de la médecine en dix minutes, je fais des consultations psychologiques qui durent une heure...* »

d) Une gestion particulière avec souvent une demande de seconde consultation

Face à la découverte des violences, les médecins pouvaient être amenés à demander une seconde consultation. Certains médecins trouvaient un motif quelconque pour pouvoir les convoquer assez rapidement :

MG3 : « *Donc j'ai demandé à la patiente sous un faux prétexte (euh, rires) de venir me consulter une deuxième fois. Si je sens vraiment un grand mal être ou une urgence je ne ferais pas cela, mais je trouve que c'est un bon moyen quand elles sont accompagnées ou elles ne sentent pas prêtes pour en parler (euh) voilà.* »

MG3 : « *Je trouve ça difficile et quand je vois que je ne vais pas pouvoir le faire sur une consultation (euh) bah, je trouve un prétexte pour pouvoir les voir assez rapidement... Je leur dis de revenir pour les analyses de sang, pour les résultats ou bien je leur demande de faire le point, généralement je fixe un rendez-vous assez rapidement... »*

La présence d'une tierce personne n'était pas souhaitable, afin de pouvoir échanger plus facilement :

MG3 : « *Puis il y avait sa maman donc pour discuter ce n'était pas simple... je lui ai dit de venir sans sa maman et son enfant. Bon voilà... »*

MG12 : « *Parfois il a fallu, plusieurs consultations pour voir, des problèmes... »*

e) Une consultation dont on ne connaît pas forcément les suites

Les médecins généralistes pour la plupart trouvaient que dans les suites, ils ne savaient pas ce que devenaient les patientes. Même si un certificat était établi ils ne savaient pas forcément si la victime allait déposer plainte et qu'allait être les attitudes des victimes. La continuité de la prise en charge n'était donc pas connue par le soignant.

MG8 : « *On n'a jamais la suite des choses...Mais tu vois on en parle mais derrière il n'y a rien qui n'est fait, si tu poses la question tu ramasses tu trouves, et alors après derrière il y a toute la parole qu'on attend, derrière il n'y a rien. »*

MG11 : « *(Euh) les gens te demandent des certificats mais tu ne sais pas s'ils vont aller le déposer... est ce que ça va aboutir. »*

MG12 : « *Alors c'est une patiente que je suivais depuis longtemps mais je ne la vois plus, elle a refait sa vie (euh), mais je ne la vois plus du tout car j'ai mon ancien interne qui s'est installé donc elle a basculé à mon ancien interne, donc ça fait plus de trois ans que je ne l'ai pas vu (euh) mais ça remonte, à plus ancien que ça. »*

f) Les conditions de consultation en binôme

Parmi les médecins, un m' a dit avoir pris en charge des violences conjugales avec son externe présent ce jour-là en consultation :

MG8 : « *et je crois que j'avais avec moi un étudiant (externe) aussi.* »

2) Abord du sujet lors de la consultation

a) Pouvoir aborder le sujet

Pour la plupart, les médecins interrogés trouvaient qu'ils n'étaient pas faciles d'aborder le sujet sans avoir des signes d'appels seulement face à des suspicions. La majorité, laissait le temps à la victime de faire un travail de réflexion avant l'aveu.

MG1 : « *Souvent, (hésitation) ce n'est pas forcément quand elles veulent porter plainte qu'on en parle, ce n'est pas facile que les personnes se livrent à nous.* »

MG2 : « *Et elle effectivement, un soir elle a commencé à parler de son mari qui (euh) la bat (silence), je n'ai jamais observé physiquement les violences sur elle (euh), mais c'est au fil d'une consultation qu'elle m'en a parlé, j'ai essayé de parler alcool avec lui, j'avais essayé d'en parler, après ce n'est pas des consultations faciles du tout, du tout, (euh) il faut que les gens veuillent bien en parler.* »

MG3 : « *Euh, je trouve que les femmes ont du mal à annoncer ces violences conjugales et même si nous on aborde le sujet c'est difficile pour elles de tout aborder avec nous... Et je trouve que la difficulté pour nous médecin c'est d'aborder le sujet.* »

MG7 : « *Le plus difficile c'est que les patientes mettent du temps à avouer cette violence.* »

MG10 : « *Surtout dans ce genre de consultation pour difficulté psychologique je n'ai pas de difficulté à aborder les choses.* »

b) Intrusion dans la sphère privée lors de la consultation

La majorité des médecins généralistes interrogés sentaient qu'ils s'immisciaient dans la vie privée des patient(e)s lors de ces consultations.

Parfois les violences conjugales s'étaient inscrites dans la normalité du couple et faisait partie de leurs fonctionnements :

MG8 : « (Euh) puis je lui ai dit je m'interroge sur le fait que quelqu'un a pu vous pousser malencontreusement et que vous soyez tombé. Voilà. Elle s'en est défendu de suite. Et en fait, c'est pour ça j'ai été la titiller de ce côté-là en me disant peut-être ils picolent ensemble, mais le bilan est redevenu normal. »

Les médecins appréhendent ce type de questionnement avec leurs patientes.

MG8 : « (Euh) donc je vais sur des œufs, la dernière fois que je l'ai vu elle avait le visage fermé, tellement, je lui ai demandé « mais à la maison ça se passe comment ? »

MG9 : « Je n'aime pas les questions directes(euh), les rares questions que je vais poser c'est est ce que vous avez eu des attouchements dans l'enfance ou à l'âge adulte... maintenant je ne me vois pas poser la question est ce que votre mari vous frappe, vous donne des claques... »

Pour les médecins : la consultation pouvait être tout à fait anodine comme elle pouvait être caractéristique, avec des violences apparentes. Ils privilégient les questions ouvertes et laissent le temps à la victime de s'exprimer lors de l'interrogatoire. Ces consultations sont longues et certains demandent à rencontrer les victimes une seconde fois afin d'approfondir les choses. Les médecins soulignent l'absence de retour suites à certaines consultations et aimeraient connaître le devenir de leurs patientes.

L'abord du sujet reste difficile, la majorité des médecins se sentent intrusifs.

F) DEPISTAGE ET REPERAGE PAR LE MEDECIN GENERALISTE

1) Poser un diagnostic ; prendre une décision médicale

a) *Certitude sur le diagnostic ?*

Les médecins généralistes pouvaient être amenés à vivre une situation d'incertitude face au diagnostic des violences conjugales :

MG8 : « *Je trouve qu'elle tombe un peu trop souvent pour une femme de 57 ans, je trouve qu'elle tombe un peu de trop...voilà. Elle pensait que je portais plainte contre elle tu vois donc elle le bousculait (rires).* »

b) *Intuition et confirmation des médecins généralistes*

Les médecins généralistes faisaient appel à leur intuition lorsqu'ils étaient amenés à suspecter des situations de violence :

MG8 : « *Mais je me suis dit c'est bizarre...voilà. Je trouve qu'elle tombe un peu trop souvent pour une femme de 57 ans, je trouve qu'elle tombe un peu de trop...voilà.* »

c) *Incertitude des médecins généralistes face aux situations de violences conjugales*

L'incertitude était très fréquente lors de ces prises en charge ; le médecin n'ayant pas eu de confirmation de la part de la victime peut très vite se retrouver en situation d'incertitude et être amené à prendre une décision dans cette situation :

MG2 : « *D'être sûre ! Même avec les blessures physiques ce n'est pas toujours simple d'être sûre.* »

MG2 : « *C'est comme l'enfant battu, si j'ai une certitude, moi j'appelle l'hôpital, j'appelle les associations, j'appelle quoi.* »

MG2 : « *Ce n'est pas facile, ce n'est pas facile, ce n'est pas facile de déclencher des choses brutales, quand on n'est pas sûre car on risque d'être complètement délétère, dans les deux cas on est complètement délétère. C'est compliqué.* »

MG7 : « *Des fois on doute mais en réalité c'est eux qui ont peur d'avouer.* »

Les médecins soulignaient le fait que cette prise en charge nécessitait la coopération de la victime afin d'être le moins possible dans l'incertitude.

MG10 : « *Après c'est un travail je dirais d'avancée avec la dame, pour être sûre.* »

d) Ressenti du professionnel pour s'orienter lors du repérage

Afin de pouvoir appuyer leurs diagnostics, la majorité des médecins interrogés disent avoir fait appel à leurs ressentis professionnels :

MG6 : « *Mais c'est vrai que les patientes dépressives, tristes moi ça me traverse l'esprit...* »

MG7 : « *Cette patiente, je l'ai trouvé beaucoup moins enjouée que d'habitude, elle n'était pas comme d'habitude...* »

MG8 : « *Ça été dans le ressenti.* »

e) Remise en cause de la prise en charge par les médecins généralistes

Parmi les participants, certains médecins généralistes remettent en cause leurs prise en charge lors des violences, en évaluant ces dernières :

MG8 : « *Tu vois ça ne veut pas dire que je m'en occupe bien derrière (rires).* »

2) Le dépistage des violences conjugales par les médecins généralistes

a) Un dépistage difficile et insuffisant

Il était difficile de pouvoir dépister les violences conjugales d'après les médecins interrogés ; pour certains participants il était difficile de les voir, de les repérer, certains trouvaient qu'on ne posait pas assez la question des violences, d'autres pensaient qu'il y avait une attitude d'éviction de la part des médecins généralistes, par crainte de ne pas pouvoir les prendre en charge par la suite :

MG4 : « *Mais on n'y pense pas parce que parfois on ne sait pas quoi en faire aussi, tu vois.* »

MG8 : « Je sais que les médecins généralistes ont ne pose pas la question, on devrait poser systématiquement la question. Et on devrait poser la question, certaines vont repartir (euh) et elles n'auront pas osé en parler, donc voilà. »

MG9 : « Je sous-estime complètement cela dans mon cabinet réellement, j'ai beau le savoir, je n'arrive pas en voir plus. »

MG9 : « Je cherche mais je ne trouve pas... »

3) Le repérage des violences conjugales par les médecins généralistes

a) Des éléments utiles au repérage des violences conjugales féminines

Les médecins généralistes évoquaient des situations où ils leurs étaient plus propices de repérer les violences conjugales :

Lors de l'examen gynécologique par exemple ;

MG1 : « Si on fait par exemple un examen gynécologique à une femme si ça coince un petit peu, souvent il y a eu des violences conjugales ou violences durant l'enfance. Je suis hors sujet ? »

MG1 : « S'il y a une réticence durant l'examen gynécologique ça peut être le signe d'une violence, pour contraception et un frottis. »

MG8 : « il y a la présentation de la victime... »

« Alors je suis plus habituée à dépister les violences sexuelles, en gynécologie quand on cherche un peu on trouve très facilement. »

Lorsqu'il y a des dépendances notamment à l'alcool :

MG1 : « Au départ je voyais le petit couple, j'ai essayé de traiter les problèmes d'alcool, mais c'était un petit couple, on a traité les problèmes d'alcool, on ne parlait pas des problèmes de couples. »

MG8 : « *Et quand je la vois je trouvais toujours qu'elle se cognait donc voilà (euh).* » ; « *Et cette dame elle avait un peu les traits de quelqu'un qui boit, là aussi chez l'alcoolisme chez les femmes il y a des choses à dire.* »

La présence de l'entourage de la victime lors de la consultation peut être pour certains médecins un élément de repérage :

MG3 : « *Et j'y ai pensé aux violences car cette dame cette fois ci était accompagnée de sa maman, d'habitude elle vient seule... c'était inhabituel.* »

Ou bien, des interventions extérieures de la part du conjoint peuvent être des signes d'appels :

MG11 : « *A chaque consultation le mari qui appelle pour savoir si la femme est en consultation c'est bizarre ça, c'est bizarre, tu te dis c'est bizarre ça...* »

4) Les signes d'appels chez les victimes de violences conjugales

a) Les signes physiques

Les signes d'appels physiques constatés à l'examen clinique sont inévitablement pour les médecins généralistes des signes suspects :

MG2 : « *Alors quand est ce que je pense, bien sûre j'y pense quand je vois quelqu'un qui a pas mal de bleus d'ecchymoses. (Euh) Et la femme ça va être des ecchymoses plutôt je dirais.* »

Les patientes peuvent dire qu'elles se « cognent » souvent, ce qui peut conduire le médecin à suspecter des violences :

MG8 : « *Et quand je la vois je trouvais toujours qu'elle se cognait donc voilà (euh).* » ; « *Et cette dame elle avait un peu les traits de quelqu'un qui boit, là aussi chez l'alcoolisme chez les femmes il y a des choses à dire.* »

MG12 : « *Alors c'est difficile à dire, en général, on regarde des hématomes des choses comme ça à l'examen clinique, à l'interrogatoire c'est extrêmement difficile, je ne pose pas la question systématiquement à mes patientes (euh).* »

b) Les signes psychiques

Les signes psychiques, tel que la tristesse, la dépression ont été cités plusieurs fois par les participants, (9 participants sur 13).

MG1 : « Elles sont angoissées, stressées, souvent un syndrome dépressif j'y pense, on ressent qu'il y a violence dans le couple. Elles ne sont pas comme d'habitude. »

MG2 : « Je suis toujours méfiante dans les couples quand la femme ne travaille pas car elle a aucune autonomie quand c'est comme ça. Je suis toujours méfiante quand c'est comme ça. »

MG3 : « En fait sur cette consultation, je l'ai trouvé pas comme d'habitude, elle était triste (euh) »

MG4 : « Les comportements dépressifs ça s'est une chose (euh) on se trompe très peu avec ça je pense... »

MG4 : « Il y a plein de comportements dépressifs où derrière se cache de la violence je pense, vraiment. »

MG6 : « Souvent ce sont des patientes qui ne se sentent pas bien, donc avec un moral bas... puis on peut avoir des syndromes dépressifs qui sont répétitifs, donc voilà (euh) on cherche un peu, ça peut être le travail, la famille, le conjoint... »

MG6 : « (Euh) après elles étaient déprimées quand elles me parlaient de leurs conjoints, je sentais que ça n'allait pas. »

MG7 : « Donc on a pu plus facilement échanger sur sa vie de couple. Elle avait un amaigrissement récent important en quelques mois, n'arrivait plus manger... Elle était beaucoup plus anxieuse que d'habitude. »

MG9 : « Qui venait au début parce qu'elle était déprimée, parce que rien n'allait (euh) et elle voulait un arrêt de travail parce que ça ne se passait pas bien au travail. »

MG12 : « Ensuite, c'est quand il y a des troubles psychologiques, je vais peut-être creuser un petit peu, je vais demander comment ça se passe la maison, maintenant (euh) en fait, les

rare fois où j'ai eu des patients qui avaient des problèmes conjugaux, c'est qu'elles se sont effondrées au cabinet, (euh), parce que ça n'allait pas sur le plan psychologique. »

MG12 : *« Cette dame ça m'avait marqué, mais les quelques-unes dont je me rappelle c'est elles viennent pour un problème psychologique et en creusant un peu on tombe sur un problème d'ordre conjugal. »*

Certains médecins évaluent la compétence à se projeter à l'avenir avec leur conjoint actuel pour voir s'il y a des signes de mal être sous-jacents lors des consultations.

MG4 : *« Je pense que c'est important de voir si les victimes peuvent se projeter à l'avenir avec les conditions de vie actuelles qu'elles ont. Voilà. »*

Pour les médecins, l'existence de signes somatiques récurrents, qui pousseraient donc la patiente à consulter plusieurs fois ferait parti des signes d'appels :

MG10 : *« Quand il y a des conflits des difficultés psychologiques encore une fois (euh), de discuter des symptômes somatiques récurrents de savoir y penser. »*

L'isolement social de la victime, la pauvreté de ses relations avec l'extérieur sont également des signes évocateurs :

MG11 : *« Ce sont des femmes souvent qui sont stressées, qui vivent mal, qui dorment mal, qui ne sortent pas qui (euh), qui n'ont pas de lien social, quand tu vois une femme qui n'a pas de vie sociale, qui est stressée surtout... »*

<p>La majorité des médecins se basaient sur leur ressenti professionnel même si l'incertitude était grande lors de la gestion de ces consultations. Ils avaient conscience que ce dépistage était difficile et insuffisant ; les éléments de l'examen permettaient de les orienter</p>
--

G) DES PROFILS DE COUPLE, DE FEMMES VICTIMES, DE CONJOINT

1) Le contexte de la demande

a) Un contexte conjugal connu pour être mouvementé

Les médecins nous ont fait une description des couples où surgit la violence conjugale, voilà les représentations qu'ils ont de ces couples en étant le médecin de famille :
Si le médecin généraliste n'est pas le médecin traitant du mari (conjoint violent) il est possible que la victime emploie des termes pour qualifier cette personne :

MG8 : *« Il arrive qu'on ne voie pas qu'on ne connaît pas le mari mais c'est assez rare quand même. C'est quelqu'un que je n'ai jamais vu (euh) mais elle m'évoquait toujours son mari quoi, « ah il n'est pas facile » « il n'est pas facile » (euh) « il a voulu venir vivre à Blois », comme une soumission en fait. »*

MG13 : *« Euh (hésitation), mais elle m'avait déjà dit que ça n'allait pas dans le ménage, mais il n'y avait pas d'agression, là en avril 2019 elle a eu une agression. »*

Le fait que la victime ne soit pas de la région avait suscité l'attention du médecin généraliste pour une des situations décrites :

MG8 : *« Avec son mari, au départ ils sont venus à Blois qu'elle n'aime pas du tout car elle est Parisienne et (euh) ils sont venus tous les deux pour finir leur carrière ici et se rapprocher de sa famille à lui plutôt. »*

MG8 : *« Puis elle m'a dit on déménage dans l'Indre, je lui ai dit mais c'est votre choix car vous me dites Blois c'est nul (euh) mais l'Indre ? Et elle m'a dit je n'ai pas trop envie et je n'ai pas envie de changer de médecin (rires) mais je vais quand même le suivre au moins là-bas on aura une maison. »*

Le médecin généraliste avait identifié des traits de caractère du conjoint violent, sachant que dans la situation qu'elle décrivait la patiente est fragile, le médecin a identifié la situation de violence malgré la bonne présentation du conjoint violent :

MG8 : *« J'ai le cas d'une dame qui est très maigre qui a un mari diabétique, je ne suis pas le médecin du monsieur, je suis la dame et la fille, le monsieur est dépressif (euh) il est très*

rigide rien qu'en le regardant, il est très colérique, et sa femme elle est dépressive. Il est sans travail, il bosse 6 mois par ci par là, et elle, elle travaille dans une boîte sur Blois (euh) cette dame elle est à haut risque de faire un cancer du sein elle porte les gènes BRCA1, à chaque fois qu'elle vient, elle maigri, elle fait 40kg, elle ne veut pas se faire retirer les ovaires, son mari m'a dit ne lui en parlait pas sinon elle ne viendra plus vous voir, C'est une femme qui vivait avec son mari et ses deux enfants, un monsieur qui est bien dans tous ces rapports comme dans le cas des violences. »

Un des médecins généralistes nous rapportait une situation où la victime était atteinte de maladie psychiatrique, ce qui avait suscité son attention concernant le contexte conjugal :

MG11 : *« C'est une femme qui est bipolaire non traité, j'ai fait une hospitalisation sur demande de tiers il y a quoi sept ans, pour ses troubles, et (euh) elle n'était pas restée hospitalisée je n'avais pas compris parce qu'elle est enceinte, elle a eu une petite fille sans son père, elle l'a élevée seule... »*

Dans une des situations rapportées par un médecin généraliste interrogé, le contexte de séparation avait probablement favorisé une situation de violences sexuelles :

MG12 : *« Voilà (euh), d'une dame qui était en séparation avec son conjoint, il lui a imposé des rapports non consentis et elle est venue me voir car elle était dans un triste état gynécologique et (euh) avec des hématomes, je l'ai envoyé aux urgences en gynécologie. Elle n'aurait pas voulu porter plainte... »*

MG12 : *« Maman d'un petit garçon et du coup, je pense que le petit garçon lui-même n'a jamais été au courant du viol conjugal... »*

2) Profils caractéristiques des femmes victimes

Il est intéressant de pouvoir avoir accès aux profils que dressent les médecins des femmes victimes de violences conjugales, certains médecins décrivent un profil de femme dépendante, jeune, avec un mode de vie peu confortable :

MG1 : *« 25 ans, elle n'a pas de voiture. »*

Parmi les médecins interrogés, certains décrivent des patientes non avantagées physiquement, avec un handicap, ce qui souligne que le physique défavorisé peut avoir une répercussion sur les violences pour eux :

MG2 : « *C'est une jeune femme de 30 ans.* » ; « *La jeune, que je vois, c'est un milieu social un peu défavorisé, si, si elle travaille je ne sais pas ce qu'elle fait. Pourtant c'est une femme qui travaille, mais c'est une jeune femme qui n'est pas favorisée physiquement, je me demande si elle ne m'a pas parlé de dyslexie ou je ne sais plus quoi (euh).* »

Deux médecins, décrivent un manque de confiance et de maturité chez les femmes victimes, qui favorisent selon eux leur maintien dans les violences.

MG6 : « *Elles manquaient drôlement de confiance en elle, même durant la consultation, elles pouvaient être amenées à répéter les conseils, s'excuser parfois quand il ne le faut pas, enfin voilà je trouvais que ces dames étaient fragiles et manquaient de confiance en elles.* »

MG11 : « *Je les appelle des femmes enfants, qui ne sont pas très matures, qui ne doit pas être épanouies dans son couple, qui doivent être un peu sous l'emprise de son mari donc (euh).* »

Les médecins avaient identifié des profils de dépendance chez les victimes, dont une dépendance à l'alcool :

MG8 : « *En fait c'est une dame qui est arrivée dans la région qui avait du mal à se plaire dans la région (euh).* » ; « *il y a la présentation de la victime...* », « *Et cette dame elle avait un peu les traits de quelqu'un qui boit, là aussi chez l'alcoolisme chez les femmes il y a des choses à dire.* »

Certains médecins avaient identifié des facteurs ethniques, religieux qui pourraient selon eux expliquer le maintien d'un contexte favorable aux violences sans vouloir par exemple porter plainte :

MG12 : « *La femme dont je t'ai parlé elle était en cours de divorce, après elle était musulmane donc je pense qu'il y avait des convictions personnelles pour qu'elle ne porte pas plainte, (euh).* »

MG13 : « Madame T., oh là, euh donc c'est une femme qui a 47 ans qui vit en concubinage, c'est une femme d'origine marocaine. » ; « donc c'est une femme qui ne travaillait pas, mais qui est de formation esthéticienne, mais ne travaillait pas depuis qu'elle est en France. »

2) Comportements des victimes lors des consultations

a) Comportement des victimes lors des consultations d'aveu des violences

Les médecins nous ont également fait part des réactions des victimes lors de ces consultations d'aveu, il nous semble important d'avoir accès à ses émotions afin de comprendre les divers mécanismes dans ces situations et leurs éventuelles prises en charge.

Certains des médecins ont rapporté des pleurs lors de l'examen :

MG3 : « La réponse fut oui immédiatement et elle pleura... »

MG7 : « Elle était en pleurs en fin d'examen. »

Les victimes ont fait part de leurs tristesses à leurs médecins traitants :

MG8 : « Et elle m'a avoué ce n'est pas drôle docteur... »

Pour d'autres patientes, l'attitude a été défensive à l'évocation des violences, avec une prise de position visant à défendre l'auteur des violences et à minimiser les faits. Le médecin a également rajouté que cette victime avait déménagé.

MG8 : « Elle a depuis déménagé, elle s'était extrêmement défendue en me disant « des fois il se fâche ! » »

L'aveu des violences pouvait également se faire au fil de l'interrogatoire de question en question : MG10 : « C'est comme tous les interrogatoires, de question en question on évolue puis un moment c'est sorti comme ça. »

b) Indécision des victimes lors des consultations

La prise de décision étant complexe lors de ces consultations, les médecins soulignaient le fait que cette prise de décision était rendue encore plus difficile avec l'indécision des victimes et les craintes que ces femmes pouvaient avoir à l'aveu des violences.

MG7 : « Des fois on doute mais en réalité c'est eux qui ont peur d'avouer. »

MG9 : « C'est quand elles sont dans une plainte (euh) puis quand on leur demande ce qu'elles aimeraient qu'il se passe, bah en fin de compte, elles n'arrivent pas à savoir ce qu'elles veulent. »

4) Prise en charge du conjoint violent en médecine générale

a) Caractéristiques représentations du conjoint violent

Après les caractéristiques des femmes victimes de violence, il est important de voir les représentations qu'ont les médecins des conjoints violents ;

Les médecins se représentent pour certains d'entre eux le conjoint violent comme quelqu'un qui a des addictions d'alcool, qui est moins isolé que la victime, qui ne quitte pas le foyer et qui peut plus facilement se tirer des avantages contrairement à la victime :

MG1 : « Le père je crois il picole, mais il a la garde de l'enfant, il est malin, il s'est mis parent isolé alors qu'il picole. Il doit être bien entouré ce malin. » ; « Le père est malin, Il s'est mis parent isolé donc c'est la femme qui a du quitté le domicile. »

« Elle a réussi elle a le quitter mais il y a le problème du gamin, le père s'est mis parent isolé, donc il gagne toutes les aides.

Là il y a le problème du gamin, le père a gardé le carnet familial. Il touche toutes les aides. »

La problématique d'addiction à l'alcool apparaît plusieurs fois lors des témoignages et peut être dans des situations associées à des violences sexuelles :

MG2 : « qu'il buvait et quand il buvait il avait la main leste. »

« Elle ne se sent plus capable de quoi que ce soit, et lui a pris beaucoup d'ascendant sur elle, il est âgé, elle déprime et il en abuse quand il a bu. »

Les conjoints violents, sont également décrit comme pouvant avoir des antécédents psychiatriques lourds :

MG8 : « Le monsieur va être placé en EPHAD, dans l'histoire depuis peu, ce monsieur qui a été gendarme qui a une psychose maniaco-dépressive qui a été jusqu'à s'amputer les doigts, il a un côté cleptomane il piquait dans les magasins, il est particulier ce monsieur, il est

diabétique hypertendu, ce monsieur (euh) il est particulier, il a fait un hématome sous dural, il y a une conjugopathie connue depuis 20 ans, sa femme était suivie par mes collègues... »

MG11 : *« Souvent ce sont des maris jaloux, des hommes qui sont là à appeler quand leurs femmes sont en consultation (euh) moi j'avais remarqué ça, « mon épouse elle est bien passé elle est encore là », tu te dis c'est bizarre ça ! »*

« Je me souviens qui venait, au début où j'étais installé s'était pas évident (euh) et son mari était alcoolique, parce qu'ils sont jaloux, ils sont jaloux, ils sont là à les épier et elles ne peuvent pas sortir...donc voilà. »

Dans d'autres situations, le médecin n'attribue pas forcément de caractéristiques particulières à l'homme violent :

MG13 : *« Son mari est européen, son mari est plombier ou un truc comme ça et euh. (Hésitation) »*

MG13 : *« Voilà (euh) le mari je l'ai vu une fois, avec l'enfant pas particulièrement agressif... »*

b) Catégories socioprofessionnelles des couples touchés par les violences

Les médecins décrivent les catégories socioprofessionnelles touchées par les violences, les niveaux socio culturels élevés peuvent être touchés :

MG11 : *« Et un couple qui a un niveau socio culturel plutôt élevé pas des (euh) voilà (euh). »*

MG11 : *« Ah tiens j'en ai un autre qui va mal décidemment(euh), alors pourtant ils sont fonctionnaires de police tous les deux... »*

Tandis qu'un médecin de secteur deux, rapporte être moins touchés par les violences :

MG13 : *« J'ai une clientèle plus particulière, je suis en secteur deux, il y a un tri naturel qui se fait (euh), on a peu de cas sociaux, si vous voulez les gens sont paisibles... »*

Les médecins ont des représentations des victimes et des agresseurs, qui peuvent parfois les aider et parfois être sources de confusion. Ils ont totalement conscience que la violence peut toucher tous les milieux.

H) VIOLENCES CONJUGALES ET ENFANTILES

1) Les enfants, témoins des violences conjugales

a) Comportements des enfants, des co-victimes

Les médecins généralistes décrivent les situations des enfants comme étant des témoins, mais aussi des co-victimes des violences ; ils peuvent constater des signes d'appels chez ces derniers.

Certains d'entre eux expliquent que les enfants reproduisent le modèle du parent violent et deviennent à leur tour violent avec la femme victime de violence.

MG1 : *« il bataille contre la garde de l'enfant, elle vient de me dire que l'enfant se comporte mal comme le père le père avec elle il n'est pas gentil, en plus c'est un petit garçon, il a que 4 ans. Il faut que le gamin, soit suivi par un pédopsychiatre, il est bien éveillé. Il se comporte comme son père, il faut construire le petit gamin. »*

Pour un autre médecin, les comportements dépressifs constatés par la femme victime (mère de l'enfant) pouvaient également se retrouver chez l'enfant témoin des victimes.

MG4 : *« Ça peut être des comportements dépressifs chez des parents ou des enfants aussi. Ou bien (euh) si ça concerne un enfant on le dirige vers l'hôpital en pédiatrie, quand ça devient trop grave. »*

La reproduction des violences par l'enfant témoin pouvait être retrouvée plusieurs fois :

MG8 : *« Elle avait une petite fille extrêmement timide élevée des deux côtés, cette petite fille commence à être agressive avec cette femme, elle a 8 ans, je lui ai dit mais « il y a de la violence à la maison là » votre fille elle ne vous parle pas normalement et votre mari ? »*

Les enfants pouvaient également avoir des comportements agressifs durant les consultations de médecine générale rendant l'examen clinique difficile.

MG8 : *« C'est la situation la plus difficile, la plus dure, il refusait de me montrer ses genoux, il se mettait debout sur ma table d'examen, sa mère est venue dans le cabinet en disant je*

n'en peux plus et je suis sortie du cabinet pour le voir dans la voiture, en lui expliquant que j'allais l'envoyer à l'hôpital pour ses genoux, il ne voulait pas sortir de sa voiture quoi. »

b) Signes appels chez l'enfant

Des comportements inhabituels pouvaient être constatés chez ses enfants, avec un manque d'épanouissement remarquable par le médecin généraliste :

MG8 : *« La petite fille elle avait une peur dans les yeux une tristesse dans le regard mais vraiment tu vois ce genre d'enfant fermé c'est suspect aussi, l'enfant qui ne vas pas te parler sans regarder sa mère avant de parler, pour moi c'est un signe d'appel important. »*

c) Rapprochement avec des situations de maltraitance infantile

Les médecins rapprochaient les situations de violences conjugales féminines et les maltraitements infantiles assez souvent.

Les signes d'appels chez l'enfant sont plus facilement repérables selon les participants. Il reste toujours difficile de prendre des décisions de protection de l'enfance comme pour la protection de la femme, les médecins déclarent craindre le fait d'être délégué.

MG2 : *« Ça fait deux - trois ans, je suis surtout son petit-garçon qui a deux ans. Sur l'enfant c'est facile, quand c'est un enfant j'y ai pensé chez un enfant qui a des fractures bizarres. »*

MG2 : *« Je ne vois pas trop, mais s'il y a violence à une femme (euh). Je pense que s'il y a violence à femme, il y a à enfant. »*

MG11 : *« Là j'ai la situation d'un enfant justement, après tu ne travailles pas sur l'enfant mais, qui est victime de violence psychologique de la part de sa mère, c'est ma remplaçante qui m'en a parlé. »*

d) Protection de l'enfance

Les médecins en ayant rapprochés les violences conjugales féminines et infantiles entres elles pouvaient être amenés à exprimer leurs volontés de protection de l'enfance ou ont évoqué leurs précédentes situations de signalements concernant les enfants.

MG2 : « Si on ne réagit pas vite on est délétère, sinon on peut foutre en l'air une famille. Ça m'est arrivé une fois avec une collègue, c'est une tante qui gardait une petite nièce, elle avait son garçon avec elle. Le garçon aurait fait des attouchements sur la petite, on a fait des signalements. Elle a perdu le boulot de nounou finalement. Je ne les ai jamais vu depuis, mais bon ce n'était pas normal de faire ça on était obligé de le faire. »

MG8 : « Au jour d'aujourd'hui les enfants sont avec la mère, le père a fait appel il a le droit qu'à une seule visite médiatisée. Et la petite fille allait mieux après elle parlait plus spontanément, quand c'est comme ça j'envoie les enfants aux urgences, l'attitude que j'ai j'explique aux mamans (qui peuvent nous manipuler aussi) que c'est une façon de protéger l'enfant. »

I) LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES

1) Le rôle du médecin traitant

a) Un travail de suivi mené par le médecin généraliste

Le suivi du patient, qu'il s'agisse de la femme victime de violence conjugale ou bien du conjoint violent s'inscrit dans le rôle du médecin traitant et fait partie de son domaine de compétence.

C'est ce suivi qui lui permet de mieux connaître le patient à travers les multiples consultations qui sont des moments d'échanges et de confidences.

Le médecin connaît ainsi l'historique des patients, des familles...

Pour certains participants, ce travail de suivi permet de bien connaître sa patientèle et permet de repérer plus facilement les situations délicates :

MG2 : « Alors, pour moi ce n'est pas si simple (silence), parce qu'il y a l'entendre, parce que je suis mes patients depuis très très très longtemps (euh) et que je les connais bien. J'ai des patients qui viennent me voir depuis très très longtemps que je connais très bien. J'ai pas mal de couple où je connais l'intérieur de la famille. Je connais un peu l'intérieur de la famille, donc c'est beaucoup plus simple pour moi. »

« Donc ceux que j'ai dans ma patientèle habituelle finalement je les connaît. »

Ce travail de suivi de famille peut avoir ses avantages en étant identifié comme une personne de confiance mais peut mettre le médecin en difficulté s'il doit suivre la victime et le conjoint violent à la fois :

MG5 : « *Le plus compliqué c'est d'être le soignant de l'ensemble de la famille, avec parents enfants y compris.* »

MG6 : « *La plus grande des difficultés (euh), c'est quand on a le couple dans notre patientèle... je dirais euh, avoir le couple comme patients... On essaye dans un premier temps de favoriser la conciliation en parlant aux deux parties, si on n'est pas dans une situation de violence en tout évidence.* »

MG8 : « *Parce que je n'ai jamais vu son mari (euh) mais je me suis dit c'est bizarre...voilà.* »

MG8 : « *Mercredi je suis allée à l'improvise, j'avais eu la MAIA qui m'avait dit il faut y aller il se dégrade, je l'ai appelé je lui ai dit bah je viens maintenant, monsieur il avait des bandes velpreau autour des bras (euh) je les ai défaites, elle ne s'attendait pas à me voir (rires). Je l'ai trouvé tous les deux en pyjama, là aussi c'est de la maltraitance conjugale mixte (rires) avec des escarres pour monsieur... » ;*

« *Dans notre métier c'est ça si tu les cherche tu les trouves, si tu ne les cherches pas tu ne les trouve pas les violences, il faut s'y intéresser... » ;*

« *Mais notre place de médecin elle est compliquée avec les gens quand on est dans une relation de confiance et que finalement à part ce couple, pour les autres je n'avais pas le père comme patient, j'avais d'autant plus peur s'ils sont deux qu'ils viennent m'en mettre une au cabinet (rires).* »

MG11 : « *J'en ai une actuellement, après je suis le mari donc j'ai les deux versions, ça serait psychologique, elle me dit que c'est un mari jaloux.* »

MG13 : « *Et donc, ça avait commencé quand cette histoire, je l'avais vu en 2019, à la suite de coup sur le visage par son mari, voilà en avril 2019, pour cette histoire-là (euh) avant c'était pour son fils, son fils qui a 8 ans.* »

MG13 : « Je suis médecin de famille, je passe beaucoup de temps avec les familles c'est minimum de 20 minutes, je ne fais pas de la médecine en dix minutes, je fais des consultations psychologiques qui durent une heure, j'ai peu de CMU, je ne les refuse pas quand j'en ai. »

MG13 : « Pas avec elle car c'était une femme avec qui j'avais de bons contacts, donc elle a pu se confier à moi, ah oui donc, depuis cet épisode je l'ai revu plusieurs fois on a discuté un peu puis (euh) je lui ai dit, je lui conseillé de voir à se séparer de ce conjoint, elle l'envisageait déjà j'ai insisté puis euh (hésitation). »

b) Tenue du dossier médical par le médecin généraliste

La tenue du dossier médical, dans un but de traçage de l'historique de la patiente semble être important pour les médecins :

MG1 : « J'avais mis un mot dans son carnet de santé le jour où je l'ai examiné. »

MG8 : « Comme le procureur qui nous a expliqué comment faire le certificat, extrêmement descriptif « je soussignée Dr M, elle me dit que son mari l'a poussée dans les escaliers, il y avait dix marches qu'elle a été projeté contre les murs, je suis extrêmement descriptive » je fais un copier-coller je mets dans le dossier ; je ne mets pas de d'indemnités journalières, je suis extrêmement descriptive. »

Certains médecins préfèrent photographier les lésions pour suivre également leurs évolutions :

MG11 : « Moi j'aime bien prendre des photos sur les violences faites aux femmes de ne pas hésiter à prendre des photos...des lésions et tout voilà. »

c) Un rôle de psychoéducation et de prévention assuré par le médecin généraliste

Le médecin généraliste peut assurer un rôle de prévention contre les violences faites aux femmes vis à vis des patientes ayant une situation fragile.

Il est amené à répondre aux besoins des victimes et à donner des conseils lors des aveux de violences.

Les médecins généralistes interrogés assuraient un rôle de prévention en expliquant les différents types de violences aux femmes, afin d'éviter que ces dernières les banalisent.

MG2 : « *En fait je n'ai pas vraiment eu (euh)... la jeune dont je parle, j'ai commencé à lui dire que ce n'est pas normal, il ne fallait surtout pas qu'elle laisse lever la main sur elle, s'il y avait de la violence il y avait des associations, des adresses* ». ; « *J'en ai parlé une ou deux fois elle n'a pas accroché, faut que je la voie seule (hésitation) ; je les ai vu une fois en couple.* »

MG8 : « *Et je lui avais dit la violence verbale fait partie de la violence faites aux femmes. Quand c'est comme ça je leur dis si votre mari vous dit « tu es conne, tu es bête, tu ne comprends rien, franchement on ne peut rien faire de toi », c'est déjà de la violence.* »

Certains médecins assurent la rédaction d'un certificat médical initial afin de demander à la victime de déposer plainte.

MG3 : « *Moi je demande surtout à la patiente avec certificat médical à l'appui de déposer plainte, c'est très important voilà (euh).* »

2) Le certificat médical de coups et de blessures : une étape importante pour la prise en charge des violences conjugales par le médecin généraliste

a) *Établir un certificat médical de coups et blessures*

La majorité des médecins exprimait la nécessité d'un certificat médical pour déposer plainte, est-ce vraiment le cas ?

MG1 : « *Passent à la gendarmerie et les gendarmes disent de passer chez le médecin car il faut un certificat pour porter plainte. Et ils viennent me voir en disant il me faut un certificat... Voilà, mon boulot est de faire un certificat descriptif, surtout il faut savoir remplir un certificat au niveau pratique avec l'ITT.* »

La rédaction d'un certificat médical demande au médecin généraliste une certaine attention afin de pouvoir le rédiger correctement, certains médecins interrogés exprimaient leur manque de connaissance vis à vis de cette rédaction :

MG2 : « *Je ne sais pas trop quoi mettre je sais juste « madame un tel me dit que ». On ne sait pas trop ce qu'on doit mettre et ne pas mettre. Il faut toujours écrire « madame un tel me dit que ».* »

MG5 : « *J'ai dû faire le descriptif des lésions, les lésions se voyaient, donc là je ne cherchais pas les violences. »* »

Les explications données lors d'une rencontre avec Mr Le Procureur avaient permis à certains d'entre eux d'être plus à l'aise vis à vis de cette rédaction :

MG8 : « *Comme procureur qui nous expliqué comment faire le certificat, extrêmement descriptif « je sous signée Dr M, elle me dit que son mari l'a poussée dans les escaliers, il y avait dix marches qu'elle a été projeté contre les murs, je suis extrêmement descriptive » je fais un copier-coller je mets sur le dossier ; je ne mets pas de indemnités journalières, je suis extrêmement descriptive. »* »

La description minutieuse des lésions était un point important pour les praticiens :

MG13 : « *Je la voyait pour son fils, donc la première fois elle me parlait de violence, puis m'a demandé de faire le certificat, qu'est-ce que j'avais mis dans le certificat il y avait un coup sous le menton, des plaies latérales sur le bord droit gauche de la langue consécutif à un coup sur la mandibule, donc j'avais un certificat de coup blessure... »* »

b) Importance du certificat

Les médecins interrogés exprimaient la place très importante du certificat dans les procédures, notamment par les avocats pouvant défendre la victime :

MG1 : « *Déjà au niveau pratique, pour le certificat, ce n'est pas du repérage, c'est très important dans la prise en charge. » ; « Son avocat a demandé un certificat médical à posteriori. D'habitude je fais toujours un certificat. » ; « Ce n'est pas très grave mais ITT de moins 3 jours. Il ne faut pas se tromper entre moins de huit jours, plus de huit jours ; de toute façon il ne faut pas se tromper entre huit jours. »* »

MG5 : « La victime devait porter plainte au commissariat, donc elle avait besoin d'un certificat et j'ai dû faire le constat des blessures, (euh) donc voilà. »

MG11 : « Elle nous avez bien expliqué dans le cadre du certificat, de bien peser ses mots (euh), donc faire le certificat ne me fait pas peur... » ; « Dans les certificats aussi, bien mettre les détails, la taille des lésions, pour que ton certificat soit recevable... » ; « Il a fallu que je refasse un certificat pour dire qu'elle était stressée, elle déprimait pour que ça bouge... »

3) Des médecins actifs lors des prises en charges

a) Agir

Les médecins nous ont également décrit les actions qu'ils menaient lors de ces prises en charge :

MG8 : « En fait j'ai fini par lui poser la question... »

b) Signaler

Certains participants, nous ont expliqué avoir fait des signalements aux autorités compétentes :

MG8 : « J'ai fait une déclaration à la CRIP, la semaine dernière bien j'ai eu un appel, au jour d'aujourd'hui la tendance à s'inverser, en tout cas il y a une violence conjugale mixte dans ce couple où les tendances s'inversent... »

4) Prise en charge du conjoint violent en médecine générale

a) Aborder le sujet avec le conjoint violent

Par leur rôle de médecin de famille les médecins interrogés peuvent être amenés à suivre le conjoint violent, cependant il n'est pas facile pour le médecin généraliste de pouvoir aborder les violences avec cette personne.

Certains praticiens, peuvent pratiquer des examens complémentaires afin de pouvoir aborder le sujet :

MG1 : « *Quand tu vois le mari seul tu ne peux pas en parler, c'est très compliqué ; tu sais il y a eu des gros problèmes comme le SIDA. Tu apprenais pour le mari et tu n'en parles pas à la femme. »*

MG2 : « *Lui, j'essaie parce que je l'ai vu vous voyez, j'ai fait un bilan sanguin, il y a des perturbations donc j'ai essayé de lui parler, des dangers de l'alcool. Vous voyez ? »*

MG3 : « *C'est toujours difficile de gérer le conjoint, surtout quand il faut aller chercher l'information... euh. »*

D'autres médecins généralistes mettaient l'accent sur le secret médical et la difficulté que cela pouvait représenter pour la prise en charge du conjoint violent :

MG5 : « *On se retranche dans le secret médical, vis à vis du conjoint... (euh)*

Et on peut éviter de poser trop de questions quand surtout lorsqu'on connaît mal les rapports entre les conjoints. »

Aborder le sujet et mener une communication avec l'auteur des violences semblait poser problème pour la majorité des médecins participants, sachant qu'on devait aborder des problèmes touchant la vie personnelle des patients :

MG6 : « *Et qu'on doit gérer les deux personnes. Savoir dialoguer avec le conjoint qui a pu poser problème, ça reste délicat. »*

MG7 : « *La difficulté est le regard différent que je vais porter vis à vis du mari et surtout comment en parler (rires). »*

Certains médecins, ne souhaitait pas aborder les violences ou ouvrir un dialogue trouvant que ceci n'était pas leur rôle :

MG9 : « *En revanche son mari vient il vient pour lui, je ne vais pas lui parler de sa femme parce que pour moi ce n'est pas mon rôle. »*

b) Gestion du conjoint violent en médecine générale

Pour certains participants la confrontation avec le conjoint violent avait eu lieu directement au cabinet, notamment par la volonté qu'avait ces derniers à s'imposer lors des consultations :

MG11 : « *Mettre un spéculum faire un frottis fallait qu'il soit là, donc j'ai dit stop, moi ça me gêne pour la dame et même moi je ne suis pas à l'aise...* »

Pour un autre médecin le conjoint n'a pas posé problème lors des consultations :
MG13 : « *Euh non pas du tout, parce que je l'ai vu seul sans son fils, son conjoint je le voit peu, il bossait beaucoup, donc je n'ai pas eu d'ennuis par rapport au mari et il n'est pas fait néant il bossait...* »

J) LES DIFFERENTS AXES DE LA PRISE EN CHARGE

1) Le dépôt de plainte

Les médecins rapportaient des attitudes différentes de chacune des victimes, certaines avaient déposer plainte plusieurs fois, tandis que d'autres refuser de déposer plainte, le médecin généraliste intervenait pour essayer de persuader la victime.

MG11 : « *Elle avait déposé des mains courantes plusieurs fois, jusqu'au jour où elle est partie... des violences physiques devant des jeunes enfants, ça s'était au début de mon installation.* »

B.T : Elle vous a dit pourquoi elle ne voulait pas portez plainte ?

MG12 : *De tête non, (euh), je ne sais pas (euh) je ne veux pas dire de bêtise parce que ça remonte, mais elle ne voulait pas, c'était son ex conjoint en cours de séparation en cours de divorce...*

MG12 : « *Donc là maintenant se posera la question d'une consultation, j'essaierai quand même, je n'ai jamais eu la situation de lever le secret médical même s'il y en a eu pour lesquelles j'essayer de les persuader d'aller porter plainte...* »

2) Signalement des situations de violences conjugales par les médecins généralistes

a) Secret médical

Certains médecins participants se sentaient très en difficulté vis à vis du secret médical et ne souhaitaient pas l'enfreindre.

MG1 : « *Ça va être comme les enfants battus, quand elles savent que leur mari va les battre à nouveau ? Euh (hésitation) c'est une situation où nous on est dans le secret médical. Bah ce n'est pas simple !!!!! Il y a du secret médical sans arrêt c'est très compliqué.* » ;« *Secret médical, on est complètement bloqué comme le Sida. (Exclamation) On est encore bloqué avec le secret médical.* »

MG6 : « *(euh) question difficile, gestion difficile (rires) mais on essaie de garder le secret médical.* »

D'autres médecins exprimaient leur droit de pouvoir enfreindre le secret médical, sans pouvoir nous définir plus les notions de péril imminent :

MG10 : « *Après (euh) voilà quoi, il y a la déontologie (euh) sauf s'il y a péril imminent et il faut toujours essayer de lever le secret médical en accord avec la dame, (euh), après s'il n'y a pas de péril imminent de toute façon s'il n'y a pas de péril imminent le secret médical s'applique quoi (euh)...* »

b) La levée du secret médical lors du péril imminent

La levée du secret médical en cas de péril imminent étant récente, les médecins n'avaient pas eu de situations concrètes, ils rapprochaient toujours cette situation avec celle des enfants et le signalement en cas de maltraitance.

MG12 : « *Le secret médical du coup pour toutes les patientes que j'ai eu il n'était pas remis en cause, du coup (euh) le secret médical il est remis en cause, de la période récente, ça fait un an ou deux où on en parle, je n'ai pas eu de patientes à ce moment-là qui, ont eu des*

problèmes de ce type-là, donc je n'ai pas eu de patientes qui ont été en état d'urgence, comment dire, d'urgence avec un risque pour leurs vies... »

« Ensuite, je lèverai le secret médical si je perçois une urgence importante, je ne sais pas (euh) depuis qu'il y a la problématique de levée du secret médical je n'ai pas eu la problématique (euh), des violences faites aux femmes, de façon automatique je vais avoir l'agrément de la personne pour aller porter plainte, pour faire un certificat coup et blessures (euh) voilà, j'avoue que je n'ai pas. »

« Est-ce que comme avec les enfants j'utiliserai la levée du secret médical si je perçois une violence probablement, pour l'instant je n'ai jamais eu à le faire ni à le mettre en pratique. »

c) Signalement et transparence

Certains médecins expliquaient les signalements aux patients, il est important de préciser aux familles que le médecin généraliste essaie de protéger les victimes en réalisant ces signalements.

MG8 : *« Concernant le couple âgé j'ai dit à la dame écouter je vais faire un signalement à la CRIP, parce que je leur dis, car je ne peux pas les regarder en face après. » ;*

« Et, en fait à chaque fois que je fais ce signalement (euh) en fait, je le signale toujours aux familles et j'explique que c'est pour protéger, car je me sens en trahison par rapport au secret médical. »

d) Satisfaction du travail de signalement

D'autres médecins exprimaient la satisfaction qu'ils obtenaient après avoir signalé des situations dangereuses pour leurs patients, en rajoutant tout de même craignaient des violences en retour.

MG8 : *« Mais à l'heure d'aujourd'hui je ne me suis pas pris encore de prunes dans la tête malgré les signalements que j'ai faits. Donc j'ai sans doute raison de signaler. »*

3) Levée du secret médical en cas de péril imminent lors des violences conjugales – Amendement de Juillet 2020

Les médecins interrogés avaient évoqué l'existence du nouveau dispositif qui leurs permettaient de lever le secret médical en cas de péril imminent, sans pour l'avoir expérimenté.

D'autres parmi eux se posaient des questions sur son adoption, en ayant entendu que ça allait être probablement fait.

MG1 : *« Alors maintenant il y a nouvel amendement pour le secret médical. Moi je veux bien appeler le procureur de la République, avec la nouvelle loi les choses vont bouger. »*

MG10 : *« Après (euh) voilà quoi, il y a la déontologie (euh) sauf s'il y a péril imminent Mais s'il n'y a pas de péril imminent, je n'ai pas été confronter après, la loi il me semble autorise à lever le secret médical, après (euh) péril imminent dans quelle situation, qu'est-ce que péril imminent, dans quelle situation, là je n'ai jamais été confrontée à la situation... »*

MG12 *« D'ailleurs, je ne sais plus si ça été acté la levée du secret médical je t'en parle mais... Ça bien était acté hein ? »*

B.T : « Oui il y a tout un document disponible sur le site du conseil national de l'ordre des médecins. »

MG12 : *« D'accord ok, voilà pour ma petite expérience. »*

4) Les relations des médecins généralistes avec le milieu judiciaire

a) Relations avec les forces de l'ordre

Les médecins interrogés nous délivraient qu'ils avaient pu être mis en situation de difficulté, lors des dépôts de plainte pour violences conjugales.

MG11 : « *Les gendarmes des fois, ils veulent le certificat tout de suite alors que une fois (euh) parce que les hématomes des fois on les voit à vingt-quatre heures, et donc les policiers et bein ils veulent le certificat pour faire la main courante, alors que ce n'est pas une obligation.* » ;

« *Alors tiens ça me reviens j'ai une dame, son mari il lui crève les pneus, il appelé dix fois sur son portable, il vient la voir sur son travail en plus il sortait de prison, elle est allée au commissariat de Police plusieurs fois et on la prenait de haut...* » ;

« *Mais on lui a dit tant que vous n'avez pas de violences physiques, mais on lui raye sa voiture le pneu, le harcèlement, mais sans arrêt sur le lieu de travail, et elle n'arrivait pas car il ne l'avait pas blessée...* »

b) Relations avec les intervenants de la justice

Parmi les participants certains déclaraient que les certificats pouvaient ne pas être reçu et que cela peut mettre en difficulté les patientes :

MG2 : « *Des fois, quand les certificats ne sont pas bien faits les procureurs ne déclarent pas l'hébergement d'urgence, alors qu'en situation d'urgence on peut.* »

5) L'orientation des victimes vers d'autres intervenants par le médecin généraliste

a) Orientation de la victime vers les assistantes sociales

MG3 : « *Et je la dirige vers une assistante sociale afin de faire le point de la situation et éventuellement de l'éloigner du domicile avec les enfants.* »

MG11 : « *Les assistantes sociales de secteurs c'est compliqué (euh) on fait du débrouillage euh, après, elles veulent partir divorcer le mieux c'est de prendre contact avec un avocat ça va assez vite (euh).* »

b) Orientation des victimes vers les UMJ

MG8 : « Dernière chose que je fais, je donne à mes patientes, je leur donne le numéro de l'UMJ de Tours car ils ont des psychologues qui sont formés là-dessus, voilà... »

c) Orientation des victimes vers le planning familial

MG9 : « Tout acte de violence, j'oriente vers le planning familial, systématiquement tout acte de violence c'est le planning familial... »

d) Orientation des victimes vers les associations

MG11 : « Alors concernant les violences faites aux femmes, j'ai ma fille qui travaille dans une association à Tours, c'est elle que j'appelle, qu'est-ce que je fais, vers qui j'oriente... il m'est arrivé d'appeler le conseil de l'ordre pour dire là je fais comment... »

MG12 : « Dans le Loir et Cher on avait une association, association de victimes (euh) puis il y a un foyer de femmes ça fait longtemps que je n'ai pas eu à m'en servir il y a un foyer d'accueil aux femmes qui ont des situations d'urgence dans leurs foyers (euh) si je me souviens bien il est près de la sécurité sociale pas très loin de la Rue d'Umont d'Urville il était là à ce moment-là... »

e) Orientation des victimes vers les psychologues

MG11 : « Moi j'essaie de faire consulter un psychologue mais là elle ne veut pas, quand c'est comme ça j'essaie de faire consulter une psychologue, parce que moi elles me connaissent depuis longtemps elles ont du mal elles ont un peu honte (euh) alors que devant un psychologue ils ne se connaissent pas là souvent, elles sortent la parole, elles se libèrent (euh) donc voilà... »

K) DIFFICULTÉES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES FEMININES

1) Oubli des médecins

La plupart des médecins rapportaient un oubli de leur part face aux violences, ils avaient conscience pour la majorité d'entre eux de cet oubli. Il était difficile dans un flot de consultations de pouvoir penser aux violences :

MG4 : *« Après je vais te dire mon avis personnel euh, je pense qu'on ne pense pas probablement assez aux violences conjugales. Mais on ne pense pas par ce que parfois on ne sait pas quoi en faire aussi, tu vois. »*

MG6 : *« Des fois on n'y pense pas beaucoup... »*

MG9 : *« Peut-être que l'on ne pose pas la question dans les violences, par rapport ce qu'on nous dit, je trouve qu'il y a une telle différence que je ne les vois pas. »*

MG10 : *« Des fois on passe à côté, mais la difficulté c'est dans le flot de consultation, dans le flot des motifs, de savoir rester attentif et de repérer. »*

MG10 : *« (Euh) non, non, après ce qu'il y a c'est que, le tout c'est d'y penser, on n'y pense pas tout le temps voilà quoi. » ;*

2) Outils des médecins

Les médecins avaient recours à certains outils lors de ces consultations de prise en charge, il citait internet, mais ajoutait des besoins comme un agenda avec les professionnels ou la nécessité de questionnaire pour évaluer la qualité des relations avec le conjoint ; **aucun participant n'a cité le WAST ou bien le violentomètre.**

MG11 : « Qui écoute, qui conseille, qui oriente ces femmes. Du conseil de l'information, maintenant tu prends internet, tu regardes Blois, mais ça serait bien d'avoir un agenda, bein comme l'hôpital nous donne, de savoir dans notre département qui est ce qui existe etc... »

MG4 : « Après il faut favoriser les échanges (euh)... Il faut intégrer un questionnaire médical dans l'anamnèse de ces consultations en cas de troubles anxio-dépressif et la si on pose la question on trouvera... » ;

« En fait, il faut aborder la notion de qualité des relations dans le couple, il faut pouvoir évaluer cela... (silence). » ;

« Faudrait prévoir des questions de ce type (euh)voilà...Vous sentez vous épanouie dans vos relations conjugales ? puis, Est-ce que vous pouvez en partie expliquer votre anxiété, votre dépression ? Est-ce que vous vous interrogez parfois sur un changement de votre présent, de votre vie sociale, de changement de votre propriété ou de l'école de vos enfants ? »

3) Les divers obstacles au repérage et à la prise en charge

a) Difficultés ressenties par le médecin généraliste lors de la consultation

Il est important dans le cadre de notre étude de pouvoir avoir accès aux différentes difficultés rapportées par le médecin généraliste. Les participants se sentaient particulièrement en difficulté lorsque la victime mettait du temps à avouer les violences et ne souhaitait pas porter plainte.

MG1 : « Bah, Si la personne ne veut pas porter plainte quoi on est vite embêté. » ; « Nous on est dans le secret médical pour l'instant (euh, hésitation) c'est compliqué. »

MG8 : « (Euh) donc je vais sur des œufs. »

MG12 : « (Euh) qu'elles acceptent d'en parler, les quelques-unes ce n'est pas à la première consultation que ça doit se faire, (euh). »

b) L'impuissance du professionnel dans le cas d'intrication relationnelle

Il est difficile pour les médecins d'intervenir comme tierce personne, même si le rôle de soignant est au premier plan dans une relation entre deux personnes.

Les participants trouvaient qu'il n'est pas simple de changer les comportements dans les couples et se sentaient impuissant lorsque les patientes refusaient de quitter le conjoint violent.

MG2 : « *On n'y peut rien, c'est le fonctionnement du couple ; la violence elle a une échelle infinie voilà.* »

MG8 : « *Encore un cas de maltraitance tu vois, en même temps son mari elle ne veut pas s'en séparer (euh), je lui ai dit il faudrait envisager de partir et à chaque fois quelque chose le touche elle en devient triste, à chaque fois c'est comme ça.* »

MG9 : « *Moi je ne sais pas quoi leur proposer parce qu'elles ne savent pas ce qu'elles veulent...* » ;

« *Bein, je ne dis rien (rire), sincèrement je ne dis rien, c'est à dire que ce n'est pas à moi de gérer la situation, moi j'essaie de la faire évoluer.* »

MG11 : « *Alors cette dame, elle me dit qu'il est jaloux, qu'il ne veut rien faire... Et lui il me dit que c'est elle qui ne veut rien faire, donc là je suis pommée(soupir)... et c'est un mari qui est jaloux.* » ;

« *Mais il n'y a pas de violences physiques, mais même au cabinet j'ai un ressenti avec cette petite...la petite n'est pas terrorisée mais la mère parle d'une façon à la petite on se dit on ne parle pas comme ça à sa fille ! De toute façon c'est une maniaco-dépressive non traitée donc voilà.* »

MG12 : « *(Euh) alors, cliniquement déjà, l'état gynécologique où elle était, c'était assez impressionnant, des hématomes (euh), une inflammation vaginale locale importante... Et puis la deuxième cause c'est, elle ne voulait absolument pas porter plainte...* » ;

« Ce que je trouve très difficile c'est quand ces femmes refusent d'en parler et quand elles refusent et bein (soupir) je sais bien que maintenant il y a la levée du secret médical mais comment faire pour les persuader... »

4) Des difficultés ressenties pas seulement par les médecins généralistes

a) Difficultés rencontrées par les victimes

Récupérer enfants était un des problèmes rapportés par les victimes à leurs médecins ainsi que les problèmes financiers qui accompagnaient le début d'une maman seule.

MG1 : *« La mère fait une procédure pour récupérer l'enfant elle a un avocat, elle vient de me dire que l'enfant se comporte mal comme le père le père avec elle il n'est pas gentil, en plus c'est un petit garçon, il a que 4 ans. » ;*

« Le père est malin, Il s'est mis parent isolé donc c'est la femme qui a du quitté le domicile. »

« Elle a réussi elle a le quitté mais il y a le problème du gamin, le père s'est mis parent isolé, donc il gagne toutes les aides. Il y a le problème du gamin, le père a gardé le carnet familial. Il touche toutes les aides. »

« La femme il lui faut une maison, un travail, un avocat et récupérer le gamin. Elle fait du ménage. »

b) Double difficultés ressenties par le médecin et la victime

Les difficultés ressenties lors de ces prises en charge pouvaient être mixtes et toucher bien sur la victime. Médecins et patientes pouvaient se sentir dans des situations difficiles de manière concomitante. Partager le sentiment d'impuissance de la victime était une des émotions qui ressortie le plus souvent lors des témoignages :

MG12 : *« Et ensuite, une fois qu'elles ont accepté d'en parler, ce qui reste extrêmement difficile, c'est de faire entendre le droit des femmes et de les orienter vers une structure qui va les prendre en charge (euh) ça c'est extrêmement difficile pour celles que j'ai pu prendre en charge. Ce n'est pas si simple que ça. »*

MG3 : « *Donc c'est difficile pour la patiente de parler et pour nous de pouvoir faire quelque chose voilà... »*

MG9 : « *Le plus difficile est d'arriver de comprendre ce que la personne veut surtout quand elle ne veut rien faire. »*

L) LES EMOTIONS DES MEDECINS LORS DE LA PRISE EN CHARGES DES VIOLENCES CONJUGALES

1) Attitude des médecins quand on parle de violences conjugales féminines

a) Rapprochement entre différents types de violences

Les médecins avaient eu tendance à faire des liens, à rechercher d'autres types de violences après découverte d'un seul type de violence en consultation chez une victime.

MG8 : « *Donc cette dame... (euh) je lui expliquais un moment que j'avais beaucoup travaillé en IVG que je voyais des dames qui pouvaient être agressées parfois sexuellement et je lui ai dit je trouve que vous tombez souvent et je m'interroge. »*

« *Après j'ai une autre situation de violence, j'ai même plusieurs situations de violences. »*

MG9 : « *Je trouve que l'on obtient plus facilement le nombre de personnes qui ont eu des attouchements sexuels par exemple, je ne sais pas c'est complètement différent, moi je les sous-estime, autant j'entends les attouchements sexuels, parce que l'on pose la question (euh). »*

b) Rapprochement avec violences infantiles

Le rapprochement entre violences conjugales féminines et les violences infantiles et revenu plusieurs fois lors des dialogues, les médecins pensaient assez souvent que ces deux types de violences étaient présent simultanément.

MG12 : « *Est-ce que comme avec les enfants j'utiliserai la levée du secret médical si je perçois une violence probablement, pour l'instant je n'ai jamais eu à le faire ni à le mettre en pratique.* »

MG2 : « *Je me suis trouvé une fois sur le fait accompli chez l'enfant que j'ai immédiatement fait hospitaliser (euh) mais ça ne m'est pas arrivé pour les femmes.* »

MG2 : « *Je ne vois pas trop, mais s'il y a violence à une femme (euh). Je pense que s'il y a violence a femme, il y a à enfant.* »

c) Comparaison violence faites aux hommes

L'évocation des violences faites aux femmes avait suscité une comparaison avec les violences faites aux hommes par un médecin :

MG2 : « *(rires) je me posais la question tout à l'heure...La violence physique je n'en ai jamais vu...Constatée chez l'homme ? beaucoup plus sous diagnostiquée mais mentale j'en ai déjà vu, un monsieur timide, mais il avait une femme autoritaire, il n'était pas heureux, il ne pouvait pas parler.* »

2) Le ressenti du médecin généraliste face aux violences conjugales féminines

a) Les émotions du médecin généraliste

Ces consultations pouvaient être difficiles concernant la gestion des émotions pour le professionnel de santé :

MG11 : « J'ai fait un jour des photos d'une petite qui avait des traces je t'en parle parce qu'on parle d'enfant, une petite qui était en garde alterné, la maman me l'avait emmené, avec les hématomes, j'ai pris en photo les hématomes (euh) tu te dis euh c'est le père qui a frappé, tu as une émotion qui monte, tu ne dois pas te mettre en colère, tu dois rester calme, il faut se dire je fais le certificat mais il faut aller le déposer... »

b) Identification du médecin généraliste

L'identification a été un phénomène qui a été retrouvé exclusivement chez les femmes médecins participants à notre étude, parmi les 7 MG femmes interrogées 2 d'entre elles ont exprimés s'être identifiée à ces victimes de violences conjugales, en étant des femmes ou des mamans :

MG11 : « Déjà gérer l'émotion (euh) même quand c'est une femme ou même un enfant (euh) bein, moi j'ai du mal à me détacher et à prendre de la distance, parce que moi aussi je suis une mère et je suis une femme. »

MG11 : « On s'identifie un peu, donc c'est dure émotionnellement de ne rien éprouver. »

MG12 : « (Euh) par rapport aux violences je ne suis pas très (euh) du fait de mon statut de femme, je ne tolère pas beaucoup les violences conjugales, (rires) je ne supporte pas ça, ce n'est pas juste mon statut de médecin, je trouve que c'est totalement odieux en tant que femme d'avoir à subir ce genre de problème. »

« Ça c'est ma grosse problématique, je suis une femme je ne tolère pas ça parce que je ne trouve pas ça du tout juste, ignoble, je n'accepterai pas ce genre de chose pour moi pour ma fille, pour moi c'est inadmissible qu'on maltraite des humains, femme enfant, il y a des violences faites aux hommes... »

3) Représentation des violences conjugales par les médecins généralistes

Les médecins nous ont partagé leurs idées, les représentations qu'ils avaient des violences conjugales féminines ou familiales.

a) Représentations générales sur les violences

MG2 : « Mais ce n'est pas une affaire de milieu les violences. »

« Elle a une grande échelle la violence. »

« On n'y peut rien, c'est le fonctionnement du couple ; la violence elle a une échelle infinie voilà. »

« Je pense que s'il y a violence a femme, il y a à enfant. »

MG4 : « Après je vais te dire mon avis personnel euh, je pense qu'on ne pense pas probablement assez aux violences conjugales. »

MG8 : « Sur les violences conjugales qui sont plus difficiles pour nous, qui sont cachés et la violence peut être physique ou verbale. »

b) Représentations liées aux caractéristiques du médecin généraliste

Le lieu d'exercice du médecin était un facteur qui pouvait expliquer la survenue des violences :

MG11 : « Parce qu'ici on est dans un milieu semi rural, ça ne doit pas être comme en ville, il y a un jardin, tu as la forêt, donc les gens peuvent s'aérer, mais j'ai couple qui ne vas pas bien effectivement, depuis quelques mois et les deux m'en ont parlé... »

« Ils habitent à la campagne tous les deux... »

MG12 : « J'exerce dans un endroit qui est préservé on est à Vineuil mais ça n'empêche pas... »

MG13 : « Si vous voulez, je suis en périphérie de Blois, dans un village de 2500 habitants... »
« Je ne me suis jamais fait agresser au cabinet les gens sont respectueux si vous voulez, j'ai peu de problèmes de CCB »

4) La peur des médecins généralistes lors des prises en charges des femmes victimes de violences conjugales

a) Confrontation après signalement

Les médecins généralistes craignaient la situation de confrontation avec le patient auteur des faits après le signalement :

MG8 : « *Cette femme quand je suis passée la voir il y a trois jours, elle m'a dit, « docteur je vous en veux vous avez porté plainte contre moi », rien que le fait qu'elle me dise ça j'ai compris que j'avais raison (rires) tu vois ? »*

b) Peur des représailles

Les médecins nous ont clairement fait part des peurs de formes diverses et variées :

MG3 : « *Là comme ça non (euh) après je trouve qu'on n'est pas aidé si on dénonce et s'il y a un pépin. »*

MG7 : « *Une autre difficulté est la peur d'une escalade s'il apprend que cela vient de son épouse. »*

MG 8 : « *Il y a une autre situation que j'ai signalé et que j'ai eu très peur, dont je ne t'ai pas encore parlé. » ;*

« J'avoue que j'avais eu un peu peur, puis j'ai fait un signalement à la CRIP... » ;

« Donc la réponse à ta question c'est oui j'ai peur de signaler, ça me fou la trouille. »

c) Peur des violences en retour en cas de signalement

Parmi les participants, certains nous ont rapportés avoir peur d'agressions physiques en retour des signalements par l'auteur des violences :

MG8 : « J'ai peur de manger une claque derrière ou un coup de poing parce que je suis une femme toute seule dans mon cabinet... »

« Je n'ai pas peur de la plainte parce que je sais que je suis là pour dénoncer des situations dangereuses, mais j'ai peur (rires) du mec, plutôt du mec ouais, qui va arriver et me dire « qu'est-ce que tu as fait ? » et me mettre deux claques.

« Alors c'est compliqué on a toujours l'idée du signalement derrière, bah faut que je signale, mais j'ai peur de me prendre une prune dans la tête si le mari, où la personne que j'ai signalée l'apprend, il y a une peur pour le médecin. Ça m'est arrivé à l'hôpital car j'avais signalé un gitan qui s'était fait violer et j'ai eu peur, mais on n'a jamais eu la suite... » ;

MG11 : « Mais par contre faire un signalement sans le consentement de l'épouse ça je pense que j'aurais du mal, ça je pense que j'aurais du mal, parce que bon, parce que j'ai déjà été confronté de patient violent qui m'en veulent pour autre chose donc (euh) je suis un peu, je ne suis pas sereine quand il faut dénoncer... »

d) Peur du système judiciaire

Certains médecins craignent la juridiction lors de leurs prises de décision et leurs prises en charge, la crainte des avocats et l'inconnu que peut représenter pour eux le système judiciaire ressort plusieurs fois lors des témoignages :

La détermination de la durée de l'ITT peut être également ressentie comme difficile pour les médecins généralistes :

Certains verbalisent leurs craintes de se retrouver face à des tribunaux après le signalement.

MG1 : « On est entraîné, par l'ITT, les avocats s'emparent de cela. Il faut faire attention sinon bingo les avocats nous tombent sur le dos !!!! »

« Il faut faire un truc très descriptif ; moi je demande de faire des photos. Et mettre : « elle me dit que ». En ville souvent moins de huit jours. »

« Encore que si la dame reste très prostrée je mettrai plus de 8 jours, si elle est à la maison, si elle ne peut rien faire. »

MG8 : « Par contre si j'ai une dame qui vient me voir, qui me dit mon avocat me demande un certificat, il me dit je suis en dépression à cause du divorce, je refuse...

Systématiquement ! de faire un certificat dans ce sens, je fais simplement un certificat en disant je sous signée Dr M, avoir examiné madame Z qui présente ce jour un état dépressif. Comme ça je ne suis pas attaquable, je dis simplement ce que j'entends. »

MG11 : « On a toujours la trouille de se retrouver face à des tribunaux si on fait un signalement, (euh) après je n'ai jamais eu à faire un signalement... »

« Faire un certificat coups blessures (euh) je fais quand même très attention... »

5) Identifier les besoins des médecins généralistes lors de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales

a) Les besoins des médecins généralistes

Nous voulions savoir quels étaient les besoins identifiés par les médecins généralistes qui pourraient les aider lors de ces prises en charge.

Certains étaient demandeurs de nouvelles affiches, avec les numéros utiles disponibles sur le département et étaient prêts à l'afficher dans leurs cabinets.

D'autres souhaitaient avoir un modèle de certificat de coups et de blessures type spécifiques aux violences conjugales féminines afin de pouvoir les détailler un peu plus.

Pour d'autres médecins, un moyen pour joindre le procureur de la république en situation d'urgence aurait été nécessaire.

MG2 : « Ce qui pourrait être sympa ça serait une affiche un peu marquante, de la part de la Préfecture ça serait pas mal, avec tous les numéros qu'on a ici.

Avec un petit dessin et une phrase « ne vous laissez pas faire ». »

« Je mettrai bien ça sur la porte de mon cabinet, je vais voir ça vous voit. »

« Au cabinet on a un modèle type qui ne change pas depuis 20 ans.

Faire un CCB type disponible en ligne disponible en ligne ça serait bien vous voyez, essayer de faire des certificats pas trop succincts. »

MG11 : *« Mais avoir un petit truc avec les associations, ça serait bien... »*

MG8 : *« La seule chose qui me manque, (euh), c'est que je ne sais pas comment joindre le Procureur, parce que je passe par la CRIP à chaque fois, mais je me dis que des fois, j'aimerais avoir un interlocuteur vrai. »*

b) Un manque de structures adaptées pour accueillir les femmes victimes de violences conjugales selon les médecins généralistes

Lors des témoignages les médecins généralistes nous faisait part d'un manque de structures adaptées pour les femmes victimes.

Pour certains la nécessité d'être accueillis dans un centre spécialisé était une évidence.

MG3 : *« Mais c'est très compliqué, elles ne sont pas aidées et des fois elles reviennent par ce qu'elles n'ont pas eu le choix... »*

MG4 : *« Pour moi je pense (euh) une prise de rendez-vous dans un centre spécialisé serait mieux... » ;*

« Quand ça devient trop compliqué le mieux c'est un centre dédié aux violences, avec une prise en charge plus complète... »

c) Un temps de consultation qui est trop court

Les médecins généralistes trouvaient que la prise en charge des victimes ne pouvait se faire en seulement 15 minutes lors de leurs consultations ; il leur fallait un temps de consultation et d'écoute plus important que pour d'autres motifs.

MG4 : *« Bein, moi je pense qu'il nous manque du temps lors des consultations, le temps de consultation n'est pas suffisant pour que la personne se confie. »*

« En quinze minutes on ne peut pas aborder le sujet, en parler et trouver des solutions. »

« Il y a un temps long à prévoir et ça malheureusement on ne peut pas le faire. »

d) Un besoin de formation des médecins généralistes

Les médecins interrogés nous ont fait part des formations qu'ils avaient eu afin de pouvoir dépister les violences conjugales ; ils souhaitaient bénéficier d'autres formations plus spécialisées, à noter que la majorité soulevait le manque de formation lors de leurs cursus.

MG8 : *« Alors je suis plus habituée à dépister les violences sexuelles, en gynécologie quand on cherche un peu on trouve très facilement. »*

« (Euh) J'ai peut-être été trop fort mais, j'avais eu une formation que les médecins on ne pose pas la question quoi ! »

« Je me suis souvenue d'une formation avec Dr Pauline Saint Martin, qu'elle nous disait qu'il y avait pleins de décès à la maison et que si on fouillait on retrouverait des homicides possiblement... »

« Ce que j'ai appris de mes formations, aussi c'est que c'est celui qui voit qui signale, c'est l'instituteur, c'est le prof... »

MG10 : *« C'est un peu ce que j'ai dit au départ, (euh), il y a un manque, c'est vrai on en parle plus, mais il y a un manque de formation... »*

MG11 : *« Ah en parlant de formation, il y a eu il y a quelques années, une formation à la Halle aux grains, avec le Procureur, le planning familial et un médecin légiste de Tours (euh) et il y avait une réunion sur ça, dans le cadre des violences faites aux femmes. »*

MG11 : *« Après nous on n'est pas bien formé non plu, là il y a en à un Paris un DU qui me dit bien, après j'étais intéressée par une formation à la maison des femmes à Paris, et donc, il y a une formation de deux jours, c'est très intéressant...ce genre de choses c'est pas mal, ça nous aide... »*

e) Connaissance du réseau professionnel

Les médecins généralistes avaient identifié des personnes ressources en cas de besoin :

MG1 : « *Ensuite, ensuite, (hésitation) quel repérage, moi je connais bien Sylvie Oesterrecher, qui elle a une formation en femme enfant au CIVG à l'hôpital de Blois.* »

f) Une méconnaissance des structures

Les participants interrogés ont fait part de la méconnaissance des structures présentes sur le département et des acteurs départementaux :

MG1 : « *Moi je n'ai pas le nom de toutes les structures actuelles, en locales, elle a vu en assistante sociale.* »

« *Je connaît pas le 3919, je m'en sers peu, plutôt les assistantes sociales.* »

MG2 : « *Il n'y a pas beaucoup de numéro que je donne facilement, j'avais contact avec le CIVG à l'hôpital de Blois, mais c'est vrai que je ne connais pas beaucoup.* »

« *En association il y a Astrolab qui a toujours exister. Après je n'ai pas plus de repères.* »

« *Le 3919, je l'ai quelque part mais je ne l'ai jamais utilisé.* »

« *Association situé à Blois, je ne connais pas beaucoup.* »

MG11 : « *Mais les médecins on n'a pas d'interlocuteurs, d'agenda, bon c'est vrai on a le planning, bah tous les centres qui s'occupent des femmes ont à pas leur numéros... Le Centre d'information des femmes à Blois je ne savais pas qu'il existait, ça fait un mois que je le sais...* »

B.T : Concernant les acteurs locaux, il y a toute une page qui existe sur le site de la Préfecture de Blois

MG11 : « *Ah oui ça ne je ne le savais pas.* »

g) Vers une tendance positive

Les médecins rapportaient du positif également avec une avancée positive concernant la question des violences :

MG12 : *« Je pense qu'on avance doucement, qu'on n'est pas sorti de notre mutisme, qu'il y a des mutismes liés aux croyances et aux familles, sociétales qui vont mettre beaucoup de temps avant de bouger, on va espérer que ça va diminuer de plus en plus... de toute façon ça touche tous les milieux sociétaux. »*

6) L'isolement du médecin généraliste lors de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales

a) Solitude vis à vis de la communauté médicale

Certains des médecins participants nous ont fait part de leurs solitudes lorsqu'ils voulaient s'investir à ce sujet :

MG8 : *« Ces femmes elles ont eu une ouverture vers la parole mais (hésitation) ; je voulais m'investir dans le sujet mais je me suis sentie seule, j'ai renoncé. »*

« Moi concernant le certificat, là-dessus, le procureur de Mr Chevalier a fait une réunion en convoquant tous les médecins, on était que quatre médecins... »

b) Une solitude qui peut faire peur

Les médecins ont également souligné la peur que ça pouvait représenter pour eux le fait de dénoncer des violences seul (e) s dans leur cabinet médical :

MG8 : *« Eh bein je trouve qu'on est bien très seul dans nos bureaux à gérer tout cela, et ce qui est le plus dure à gérer c'est la peur du médecin, sur la relation de confiance avec le patient quand on dénonce. »*

« Je pense que les médecins ne sont pas protégées... »

c) Un besoin de réassurance par les confrères

Nous avons pu constater à travers les propos des participants un besoin de réassurance vis à vis des autres confrères généralistes :

MG8 : « *Je ne sais pas si c'est quelque chose qui t'a été dit par les autres participants...* »

7) Bienveillance du médecin généraliste

Les médecins avaient la volonté de d'être un peu plus près ces femmes par rapport aux autres patients.

MG8 : « *Du coup elle est partie dans l'Indre, elle a échappée à ma pseudo- surveillance (euh) ça s'était cet été puis je n'ai pas eu de nouvelles. Voilà.* »

« *J'ai compris qu'elle le bousculait forcément et le rapport de force à dû s'inverser, je lui ai dit vous j'ai fait un signalement d'une situation préoccupante sur la situation de votre couple, qui pouvait conduire à un homicide dans un sens ou dans un autre et c'est la situation et votre mari et vous que j'essaie de protéger, et non votre mari en vous accusant vous et elle n'avait rien compris (rires).* »

« *J'ai reçu l'enfant seul plusieurs fois (euh). J'explique que c'est pour protéger, la plupart c'était des enfants. Sur le signalement il y a trois enfants et le couple ; et elle m'a dit qu'elle n'a rien compris (rires) ; globalement je pense j'ai tapé juste.* »

M) COVID19 ET VIOLENCES CONJUGALES

1) Ressenti sur les violences conjugales dans le contexte de COVID-19 par les médecins généralistes

Les médecins généralistes n'ont pas eu de situations pour certains durant la période de Covid19 ; mais ont souligné que ceci pouvait être liée au fait d'être installés en urbain ou en rural par l'accès aux structures :

MG1 : « *Ce n'est pas comme le Covid on appelle les cas contacts. Le Covid on a enlevé le secret médical. Le Sida et le Covid je les rapproche beaucoup en termes de contagiosité.* » ;

« *Des cas depuis le début de l'épidémie, je n'ai pas été confrontée, pas d'appel au secours.* » ;

« *En urbain, ils ont facilement accès à d'autres recours, il faut différencier l'urbain et le rural, ils savent qu'ils y ont d'autres interlocuteurs.* »

D'autres médecins généralistes rapportaient des dégradations de la situation de certains couples :

MG8 : « *Depuis le COVID je ne les ai pas vu beaucoup, quand je les ai revus sa femme est devenue très agressive, un monsieur qui était un peu perdu donc j'ai fait des examens pour voir s'il y avait une récurrence du sous dural, qu'il n'avait pas.* » ;

« *Il y a une fille qui se tient à distance, avec une dégradation qui a été manifeste de leur relation de couple pendant le COVID, la femme ne veut pas lui payer la maison de retraite. (Euh voilà)* »

« MG12 : Non je n'ai pas eu de situations avec le COVID, ce problème-là de façon importe, parce que ça ne veut pas dire qu'il n'y en a pas. »

2) Effet du confinement lors de la pandémie de COVID19 sur les violences conjugales rapportées par les médecins généralistes

Le confinement était ressenti comme étant défavorable pour le bien-être de la femme exposée aux violences et pour le bien-être général du couple. Certains médecins rapportaient des dégradations lors de certaines relations, d'autres n'avaient pas eu de retour.

MG2 : « *Sur le confinement, être H24 tout le temps avec quelqu'un ça devrait être pas simple sans pouvoir sortir et tout ça.* » ;

« *Une femme à la maison avec internet qu'à la maison et son mari c'est difficile, elle ne pourra pas consulter.* »

MG3 : « C'est vrai que j'en ai eu une dernièrement, (euh) justement, pendant la période de Mars, du coup, lors du premier confinement. »

MG4 : « Non pas vraiment, mais déjà qu'on y pense difficilement c'est compliqué avec le COVID de parler d'autres chose aussi. »

MG5 : « La période du COVID n'a rien changé à ma pratique médicale. »

MG6 : « Non, là comme ça non, (euh) après je pense que ça n'a pu que défavoriser les ménages et accentuer les conflits. »

MG8 : « La situation de mes deux personnes âgées à décompenser durant le Covid je suis sûre, c'est évident. C'est deux situations ont décompensés durant le Covid. »

MG9 : « Moi non, je n'ai pas eu de situations, mais peut être que je ne les ai pas vu, peut-être qu'on ne m'en a pas parlé. »

MG11 : « Alors je n'ai pas ressenti ça, les femmes violentées, s'il y a un seul couple, qui n'ont pas supporté le confinement, qui a réussi à faire exploser... »

3) Majoration des violences COVID19

Parmi les médecins généralistes, certains nous décrivaient des situations difficiles rencontrés lors de ces périodes.

MG3 : « Bah, la situation de la dame qui est venue avec sa maman, c'est pendant le confinement qu'elle a explosé »

« Je pense que chez certains couples qui vont mal le confinement (euh) le stress de la pandémie. »

MG7 : « *Le Covid n'a pas favorisé avec le confinement la gestion des ménages mais je n'ai pas eu de situations difficiles ou d'extrêmes urgences à gérer pour les violences...* »

MG10 : « *Alors, hausse de conflit, oui, avec (euh), oui, oui, où chacun avait son travail où le mari allait en déplacement la semaine et avec modification le mari est là tout le temps ça peut créer des tensions tout le temps, effectivement.* »

« *(Euh) il y a une sorte de promiscuité, notamment, je pense à une consultation où (euh) le mari était tout le temps avec la dame, alors qu'avant ce n'était pas le cas, elle ne peut pas voir ces amis, il y a un sort de contrôle, donc c'est une forme de violence sans que ça soit physique.* »

« *Après violence physique, non, il y a cette difficulté psychologique, oui, oui on le ressent.* »

4) Difficultés des ménages COVID19

Les difficultés des couples et des ménages expliquées par les médecins généralistes :

MG3 : « *Les enfants à gérer n'ont pas aidé les ménages, donc oui je pense que ça favorise les violences.* »

MG8 : « *Alors il ne m'est rien arrivé en apparence, c'est maintenant que je m'en aperçois ; je pense notamment à un enfant qui a des troubles de l'attention, qui est extrêmement violent et qui finalement là encore il y a eu un signalement (euh), il est devenu très agressif au cabinet pour des douleurs de genoux au cabinet après le confinement, sa mère me disait je n'en peux plus, je le laisse se coucher à n'importe quelle heure, je peux plus le gérer...* » ;

« *(Euh). Et là il a avoué devant sa mère qu'on les tapait (euh) et cet enfant est actuellement placé dans la maison de l'enfance...* »

MG11 : « *Ils ont du mal à se supporter et ils avaient du mal à supporter les enfants, effectivement j'ai un couple parmi ma patientèle (euh).* »

« C'était très tendu à la maison, avec l'histoire du télétravail, gérer les devoirs des enfants à la maison il y a beaucoup de couple qui ont du mal à porter leurs enfants...il y a de la tension dans le couple. »

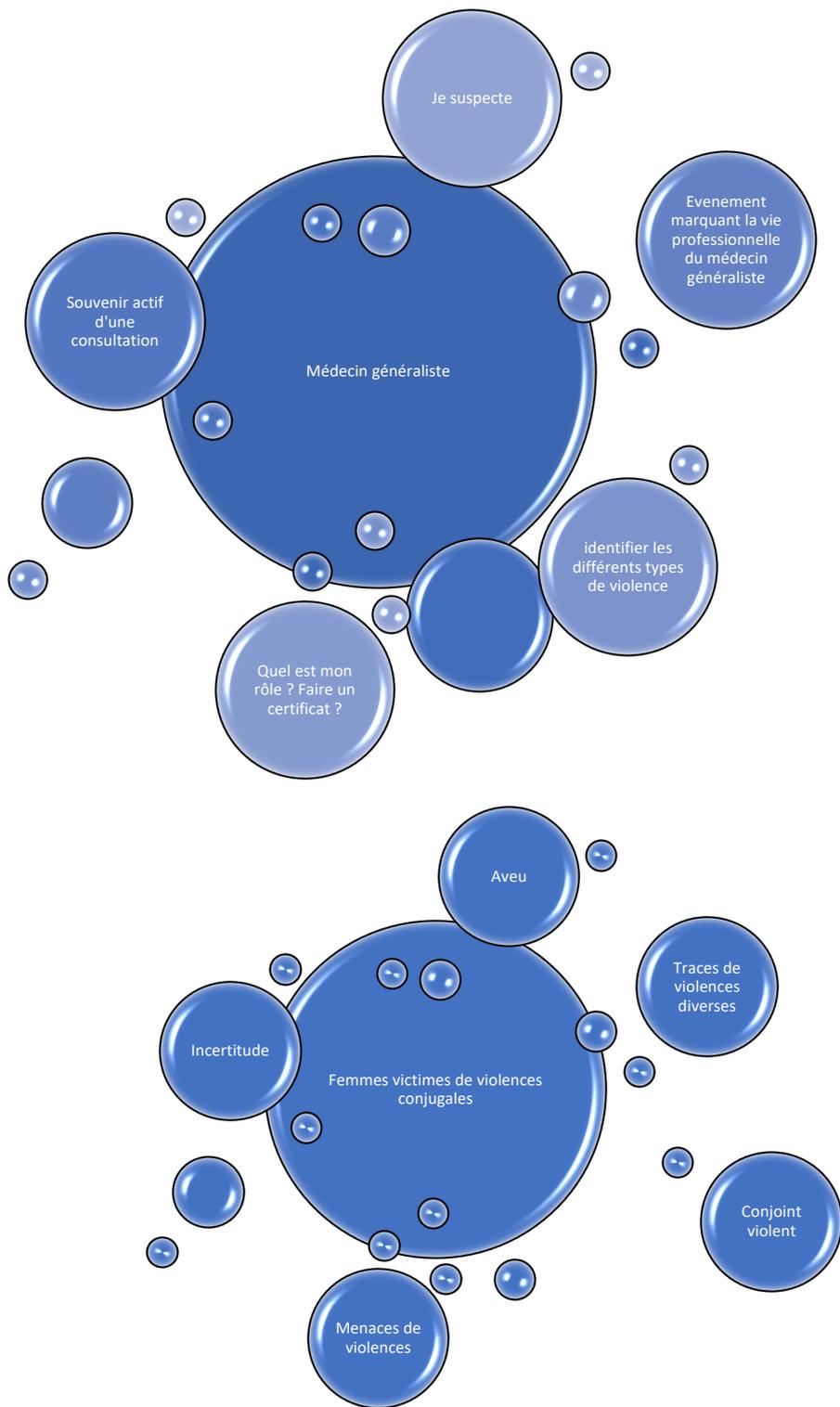


Figure 8 : Représentation des univers du médecin généraliste et de la femme victime de violences conjugales avec les principaux résultats

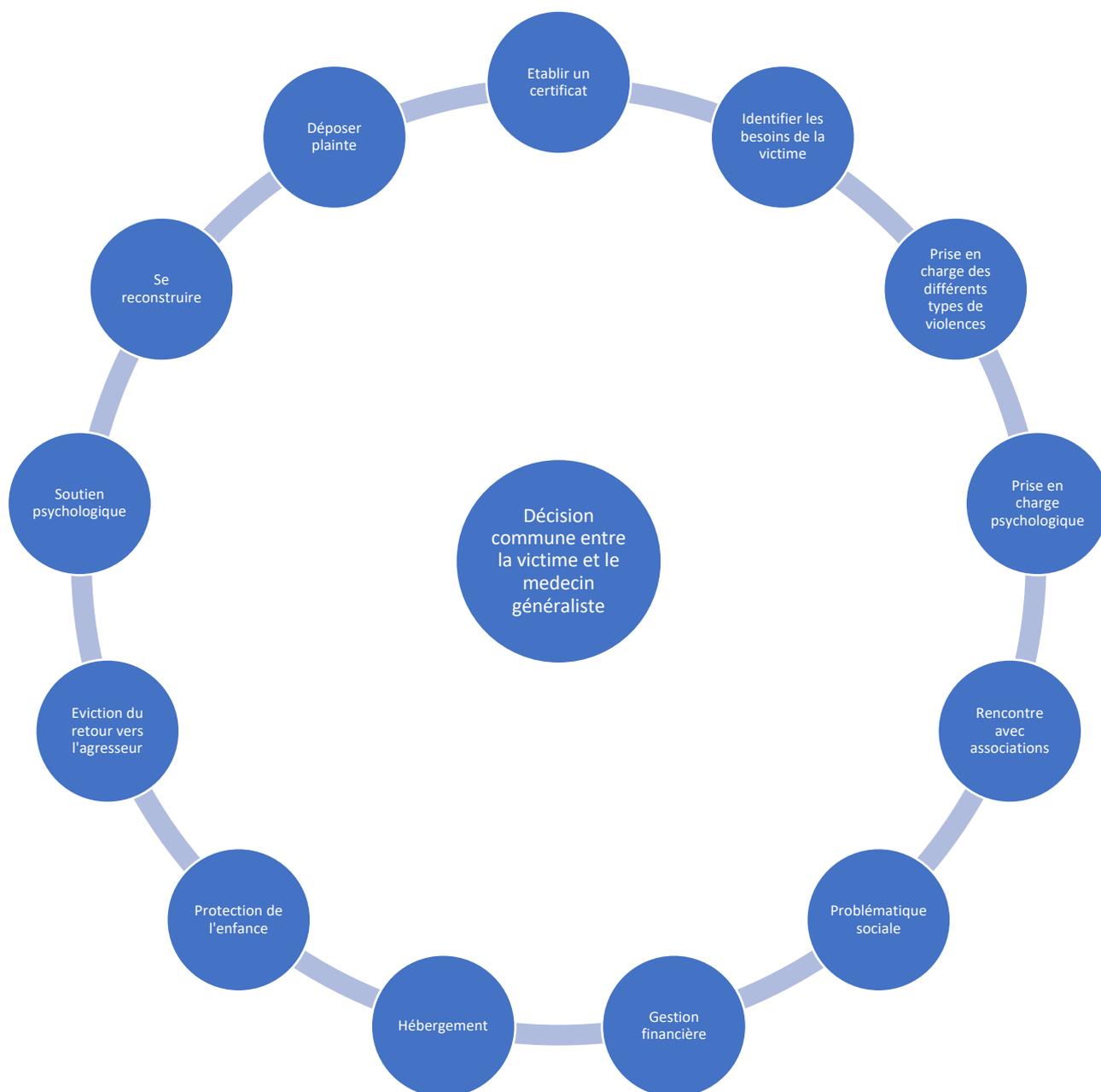


Figure 9 : Représentation de la prise en charge des femmes victimes des violences conjugales en médecine générale avec les principaux thèmes émergents des résultats

V) DISCUSSION et PERSPECTIVES D'AVENIR

A) Forces et limites de l'étude

1) Les points forts de l'étude

L'objectif principal de cette étude qualitative était d'explorer comment se fait le repérage et la prise en charge des femmes victimes des violences conjugales, sur une période particulière qui est celle de la pandémie mondiale de Covid19.

La méthode de recherche qualitative était un bon outil d'analyse afin de traiter cette thématique des violences faites aux femmes pour mener une analyse des vécus, des sentiments des médecins participants.

Les entretiens durant notre travail ont été réalisés selon le guide établi. Les retranscriptions ont été réalisées de manière précise, mot à mot et non-verbal compris. Après codage de chaque entretien, nous avons mis en commun notre travail de codage pour une triangulation des données.

Nous avons considéré tendre vers une saturation des données au bout de 10 entretiens, mais nous avons poursuivi pour assurer une qualité des recueils sur 13 entretiens même si nous ne faisons pas émerger de nouvelles idées.

L'étude a retrouvé une perception de cette prise en charge qui reste complexe pour le médecin généraliste, marqué des difficultés lors du repérage des violences, mais aussi lors de la prise en charge.

La majorité des médecins interrogés ont signalés une perception des violences conjugales à la hausse lors des périodes de confinement ce qui concorde aux données épidémiologiques présentes dans la littérature [9][10][11][12].

Il y a peu de travaux de la littérature qui se sont intéressés à la perception des médecins généralistes lors des prises en charges, leurs besoins, leurs attentes, leurs difficultés concernant les violences faites aux femmes [21][31].

2) Biais et les limites de l'étude

Plusieurs limites ont été identifiées pour cette étude.

Les médecins étant disposés à aborder un regard critique vis à vis de leurs pratiques ont accepté de participer à l'étude, cela peut être responsable d'un **biais de recrutement**.

Malgré nos sollicitations répétées par mail, sms, il nous a été difficile d'avoir un recrutement des professionnels sur cette période de pandémie. Nous avons pu avoir un seul médecin de secteur 2 sur les 13 participants, cela peut représenter une **limite dans la diversité de l'échantillonnage de population**.

Il s'agissait du premier travail en recherche qualitative pour mon directeur et moi-même de ce fait un certain biais dans l'analyse des données peut être retrouvé.

Lors de mes premiers entretiens téléphoniques avec les médecins généraliste, il m'arrivait d'élaborer des explications lors des tentatives de reformulation des propos des participantes. Ces propos que j'ai pu suggérer pour une meilleure compréhension des participants n'ont pas été retenus lors de l'analyse des entretiens, afin de **limiter le biais d'investigation**.

La majorité des entretiens ont été réalisés par téléphone, de par l'éloignement géographique et la situation sanitaire liée à la COVID 19. L'absence de rencontre physique limitant les échanges non verbaux a pu gêner la création d'un climat de confiance et freiner l'expression de certains médecins, ou bien l'abord de sujet délicat restait difficile pour certains médecins qui avaient pu avoir des soucis de conjugopathie personnels.

B) Résultats principaux et références à la littérature

Par son rôle, le médecin de famille est un des témoins privilégiés du suivi d'une famille, de la naissance des enfants au sein du couple aux multiples difficultés d'un couple dans notre société. Le médecin généraliste reste l'interlocuteur essentiel pour promouvoir une prévention des violences conjugales, intrafamiliale et infantile.

Dans cette étude les médecins généralistes interrogés ont eu des réactions d'étonnement voir de stupéfaction face à la découverte du sujet de thèse. Ils ont majoritairement souligné la difficulté d'aborder le sujet lors d'une consultation, parfois de repérer, de dépister ou bien de pouvoir y penser entre un flot de consultations avec des motifs très variés. Ils ont exprimé de nombreuses attentes, de mis en place de dispositif afin de pouvoir donner une amélioration à leur prise en charge.

Les divers témoignages, récits, parcours et autocritique de leur pratique professionnel ne permettra pas d'élaborer un protocole de prise en charge unique, mais peut nous permettre de récupérer des éléments ajustés à chaque femme victime de violences conjugales.

1) Repérage et prise en charge des violences conjugales : connaissance et pratique à faire évoluer

La majorité des médecins généralistes interrogés nous on fait une description des différentes typologies des violences pouvant être retrouvés, cependant aucun d'entre eux n'a fait de référence aux violences sur la parentalité et cyber violences.

Une étude réalisée auprès de 19 médecins généralistes avait également fait référence à ces difficultés d'identification et de définition de la violence par les médecins généralistes montrant qu'ils « *connaissaient la violence surtout à travers ses traces physiques, ce qui ne permet pas le repérage de toutes les formes de violences.* » [28]

Les médecins pouvaient se sentir vite en difficulté vis à vis de ces situations, mettant parfois en question leur pratique. L'absence de coopération de la part de la victime, ou l'incertitude concernant son propre devenir sont également des éléments qui y contribuent.

Une étude réalisée auprès de 12 médecins généralistes avait également réussi à mettre en évidence que : « *ces consultations sont sources de stress et génèrent des doutes concernant les conséquences de leurs actes dans la prise en charge de ces victimes.* » [29]

D'autres éléments de la littérature mettaient l'accent sur le mal être que pouvaient engendrer ces victimes chez les médecins généralistes : « *Notre incapacité à supporter la souffrance de ces patientes nous amenait à mettre en place des stratégies d'évitement pour ne voir, ne pas penser les violences et la souffrance des victimes en leur attribuant la responsabilité de rester et des stratégies aggravées par les a priori de notre société envers les femmes et la sexualité.* » [30]

Une thèse effectuant une revue systématique de la littérature avait mise en évidence 3 types de freins au repérage des ces violences, liées aux professionnels de santé (*comme le manque de formation, manque d'habilité pour aborder le sujet, sujet tabou, thème générateur d'angoisses*), liées au cadre professionnel (*peur des retombées médico-légale, rédaction du certificat difficile, connaissance suivie de l'agresseur*), liées également à la victime (*ambivalence, crainte financière*). [31]

Les outils médico-légaux étaient également mal connus, la majorité des participants ont fait référence à des outils, numéros disponibles sur internet **sans citer de questionnaire de dépistage WAST par exemple, ou bien le violentomètre**, ce phénomène était aussi recensé dans la littérature. [28][32]

Les médecins ont demandé à mettre à jour leurs connaissances et formations à ce sujet, avec des doutes concernant la rédaction du certificat, aucun d'entre eux n'a abordé la notion de cotation de la consultation pour le certificat médical de coup et de blessures. Ce besoin de formation est largement repris dans des thèses dédiées à ce sujet. [33][34]

L'évolution de l'opinion publique, la déculpabilisation des femmes victimes, l'évolution des connaissances des médecins généralistes est primordiale pour un meilleur repérage et prise en charge par les médecins.

2) Un besoin d'accompagnement des victimes et des médecins généralistes dans un réseau coordonné

L'accompagnement, la protection des médecins généralistes et des femmes victimes de violences est indispensable pour une meilleure prise en charge des victimes et éviter le retour du domicile du conjoint violent par manque de moyen ; mais aussi pour rassurer les médecins qui ont la crainte du conjoint violent. [29]

L'aide et l'appui du système judiciaire avec un travail coordonné multi professionnel semble être une bonne option afin de pouvoir exercer en toute sérénité au cabinet. Parmi les participants, aucun d'entre eux avaient effectués une levée du secret médical dans une situation de péril imminent, certains n'avaient pas eu la confirmation concernant l'adoption de cet amendement. [13] Ils n'ont pas rapporté lors des témoignages l'existence d'un protocole départementale pour les prises en charge (cf. actions départementales).

De plus, aucun d'entre eux ont repris des éléments législatifs nouveau comme le décret autorisant le déblocage de l'épargne salariale en cas de violences conjugales. [35]

Une protection de la victime à la fois judiciaire et la mise à disposition d'hébergement suffisant est indispensable pour la victime. (Cf. actions départementales)

3) Contexte de Covid 19 et violences conjugales

La période exceptionnelle que nous traversons avec l'émergence du virus Covid19 et les différents confinements de la population, montre à travers les différents témoignages qu'elles n'ont pas été favorables à la santé des couples, déjà fragilisés.

L'ONVF a recensé une augmentation considérable des appels et des signalements durant cette période. [3] Les conséquences psychopathologiques du confinement ont été décrit dans plusieurs ouvrages. [23]

Le nombre d'appels au 119 pour les enfants victimes de violences a lui aussi augmenté de 20 % avec une augmentation des appels urgents de 60 % comparativement à mars 2019.[23]

Selon l'OMS, les services d'urgence à travers l'Europe ont enregistré une hausse allant jusqu'à 60 % des appels de femmes victimes de violences conjugales pendant le confinement.[37]

Les médecins ont constaté une hausse des violences qui ont été ressenties. Ils n'ont pas rapporté avoir eu recours à des outils ou diverses recommandations établies. [38] Alors que la littérature conseille de rester vigilant et de durant : « *cette période de confinement, il nous faut être encore plus vigilants et ne pas hésiter à poser de façon systématique la question des violences aux patientes : « Êtes-vous victimes de violences verbales, psychologiques, physiques, et/ou sexuelles ? » »* [39][40].

Les femmes victimes de violences doivent surtout bénéficier d'une prise en charge multi professionnelle dont psychologique. Elles doivent pouvoir poursuivre leurs prises en charge sur le long terme.

Le médecin généraliste a un rôle central de coordination des soins et d'orientation vers des paramédicaux, pour une approche globale de la femme contribuant à sa santé.

Il nous revient en tant que professionnel de prendre soin sur le long terme de ces victimes ayant vécu un traumatisme, en veillant à ce qu'elles puissent « guérir » sans retourner vers leurs agresseurs.

B) Des perspectives

1) Concernant les associations départementales

J'ai souhaité recueillir l'expertise des personnes au contact quotidien avec les violences conjugales féminines.

Nous n'avons pas inclus ses échanges dans les résultats de la thèse tout simplement parce qu'ils ne faisaient pas partie de notre question de recherche initiale. Nous préférons exposer cette recherche dans les perspectives car à la lecture elle peut permettre de comprendre quels sont les attentes des associations concernant les médecins généralistes.

Trois personnes œuvrant au sein d'associations sur le Loir et Cher ont eu la gentillesse de m'accorder un entretien. Il s'agit de :

- Monsieur LANGELET Juriste au sein du Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles (CIDFF). Cette association est composée de juristes, de conseiller en insertion et de plusieurs intervenants ayant une mission d'information de prévention auprès du grand public. Elle reste en étroit contact avec d'autres associations et les services de la Police ou de la Gendarmerie.

Le CIDFF permet aux femmes victimes de s'informer sur leurs droits, en autre lors d'une procédure de divorce.

- Madame DELION, Présidente de l'association, Femmes victimes 41. France victime 41 est une association rattachée à France victime. Les intervenants, juristes et psychologue œuvrent pour une prise en charge de toute forme de violence faite aux femmes. C'est un accompagnement à la fois social et juridique des femmes victimes. L'essentiel, que les femmes victimes ne se retrouvent pas seule dans un parcours judiciaire.

- Madame Prelier, Présidente de l'association, Femmes solidaires Vendôme.

Les bénévoles de cette association encadrent leur activité vers les femmes victimes de violences conjugales. Au sein menons un travail au sein des Maison de Santé Pluri professionnelles MSP), avec les professionnels libéraux.

Chacune des structures associatives interrogées, a pu apporter des éléments concrets et faire prendre aussi conscience du travail important réalisé par celles-ci.

En relisant l'ensemble des entretiens quelques éléments importants ressortent et permettent de comprendre que le parcours des femmes victimes de violences conjugales n'est guère facile. Mais que grâce à des associations telles que celles décrites plus haut leur accompagnement tout au long des procédures laissent entrevoir des solutions efficaces, que l'accompagnement soit social, juridique ou matériel.

Ces trois associations font part de leurs difficultés, plutôt pour être efficiente en direction des femmes victimes de violences conjugales et surtout de leurs attentes.

Je vais grâce aux trois entretiens regroupés de façon synthétique ces deux thèmes, DIFFICULTES et ATTENTES, sans reprendre quelle association a émis telle difficulté ou telle attente. Il suffira de relire les entretiens pour retrouver l'intervenant.

LES DIFFICULTES JURIDIQUES

- L'inégalité au sein des couples, lors de divorce avec une domination du conjoint maltraitant qui s'accapare depuis déjà de nombreuses années la gestion des comptes bancaires et l'ensemble de la gestion administrative, factures, loyers, charges etc....

Souvent il détient l'autorité parentale, décidant pour les enfants

L'élaboration du certificat médical de coups et blessures volontaires, sont parfois très, voire trop succincts. Ce qui peut parfois entraîner des motifs de refus lors d'une demande d'intervention en urgence auprès du Procureur. Parfois il arrive que l'ITT ne soit pas mesurée et de fait entraîner un possible classement sans suite.

Les contacts des associations avec les médecins sont rares, voire inexistantes, posant la difficulté du repérage et de l'aide apportée aux victimes. Les contacts peuvent être plus fréquents avec des psychologues voir plus souvent avec les médecins du travail, sur le thème de la souffrance au travail.

LES DIFFICULTES MATERIELLES

Il existe trop peu de structures d'accueil d'urgence au sein du département de Loir et Cher pour accueillir les femmes victimes de violences conjugales, pour les mettre en sécurité parfois voire souvent avec les enfants.

LES ATTENTES JURIDIQUES

Une formation est déjà envisagée pour une amélioration de la rédaction des certificats médicaux de coups et blessures volontaires concernant les violences conjugales avec le Docteur Osterreicher.

L'amélioration du repérage de la part des médecins et des soignants plus généralement. Le médecin de famille a en effet un rôle très important car il connaît particulièrement bien ses patients et le milieu socio professionnel.

Il est indispensable de sensibiliser les médecins, le personnel soignant et de l'éducation nationale,

La formation des soignants, est indispensable pour améliorer le repérage. Ils doivent savoir poser les bonnes questions lors des consultations et les poser de manière systématique.

Il en va de même pour le personnel enseignant et encadrant les enfants dans les écoles, collèges ou lycées. Faire entendre la nécessité de signaler les enfants victimes de violences, corolaires très souvent de femmes victimes de violences conjugales.

- Sur le plan national : il y a un guide élaboré pour les médecins, en cas de danger imminent de femmes victimes de violences conjugales. Il est indispensable que les médecins mais au-delà tous les soignants puissent avoir ce guide pour repérer et de fait agir en conséquence.

LES ATTENTES MATERIELLES

- augmenter le nombre de structures d'accueil au sein du département de Loir et Cher

Il était important aussi de solliciter ces 3 associations afin d'avoir leur analyse de la période COVID.

La période COVID c'est-à-dire la période de confinement essentiellement, n'a pas été une période particulièrement active sur le nombre de signalements des violences conjugales. La raison en est assez mystérieuse.

A contrario la période de dé confinement fut hélas une période de plus forte activité, avec un nombre important de signalements de violences conjugales et une libération de la parole.

Ces données se recourent bien avec celles de la littérature et des témoignages des médecins généralistes.

3) Concernant les actions départementales et préfectorales

Pour revenir sur le territoire de notre étude, nous avons pris connaissance du Protocole de coordination relatif à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, sur le département du Loir et Cher.

Le but de ce protocole est de rendre les prises en charges plus complètes en rassemblant les intervenants potentiels autour d'un seul protocole.

Sous l'égide Gilles Lagarde, Préfet de Loir-et-Cher, 34 institutions du département se sont engagées dans la lutte contre les violences faites aux femmes en Loir-et-Cher en signant le protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux

femmes nous avons accès au plan 2014 – 2016 sur le site de la préfecture [41] et nous avons récupéré un plan plus récent (cf. annexe)

Ce plan est construit autour de trois priorités :

- Organiser l'action publique autour d'un principe d'action simple : aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse
- Protéger les victimes,
- Mobiliser l'ensemble de la société.

Nous avons pu ainsi récupérer des données préfectorales et constaté que :

En 2010, les services de Police ont enregistré 196 plaintes relatifs à des faits de violences à l'encontre des femmes, et 285 en 2011.

Les services de Gendarmerie ont recensé, en 2010, 234 faits de violences intrafamiliales, dont 124 faits de violences au sein du couple. En 2011, le groupement de Gendarmerie départementale a comptabilisé 297 faits de violences intrafamiliales, dont 181 au sein du couple.

Pour l'année 2020, nous avons appris qu'il y a eu 445 procédures de violences conjugales dans le département (dont des signalements au Procureur) contrairement aux 300 procédures en 2017. **(Cf. annexes 1 et 6)**

Ces chiffres, en augmentation, ne démontrent pas forcément une hausse des violences faites aux femmes, mais, plus certainement, un changement progressif des mentalités et une démarche considérée comme moins humiliante et mieux comprise par les femmes victimes de ces violences.

Le protocole, signé en 2004, démontrait déjà une volonté locale forte de s'investir autour de la problématique de lutte contre les violences faites aux femmes et de travailler ensemble pour trouver des solutions harmonieuses.

Outre ce protocole, nombreuses sont les initiatives, associatives, locales ou institutionnelles en faveur de la lutte contre les violences faites aux femmes.

Nous avons également retranscrit ci-dessous les numéros utiles au sein du département, ainsi que les permanences et actions qui ont été faites par la Préfecture lors du confinement [42]. **(Cf. annexe 7-8)**

NUMEROS UTILES ET CONTACTS EN LOIR ET CHER

En cas d'urgence et de danger immédiat :

Appeler le 17

Utiliser le 114 par SMS

Pour un conseil, une orientation ou signaler un fait de violences :

Appeler le 39 19 : numéro gratuit et anonyme fonctionnant du lundi au vendredi de 9h à 22h, ainsi que les samedis, dimanches et jours fériés de 9h à 18h ;

Appeler le 119 : numéro gratuit et anonyme dédié à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être. Joignable 24h/24 et 7 jours/7 – allo119.gouv.fr. Ce numéro est également joignable pour des enfants ou adolescents en situation de risque pour eux-mêmes ou un autre enfant ;

Signaler votre situation sur Internet via la plateforme dédiée fonctionnant tous les jours sans exception, 24h/24 avec un tchat non traçable :

ARRETONSLESVIOLENCES.GOUV.FR ;

Alerte en pharmacie : les personnes victimes ont également la possibilité de se signaler, à tout moment et sans attestation, auprès de leur pharmacien qui contactera les forces de l'ordre ;

Application APP-ELLES qui permet de s'informer, d'alerter et de contacter discrètement ses proches, les secours, les associations ou tout autre interlocuteur de son choix.

Les associations du département poursuivent leurs missions par téléphone et par mail.

L'accueil physique est possible sur RDV.

Référente départementale violences conjugales

Association Accueil, Soutien et Lutte contre les Détresses (ASLD) / 49 rue Dumont d'Urville 41000 Blois / 02 54 42 91 71 - 06 75 43 40 05 / referentviolences@asld41.com du lundi au vendredi de 10h à 16h

CIDFF de Loir-et-Cher Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles

10 Allée Jean Amrouche - 41000 Blois

02 54 42 17 39 du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h00 à 17h / cidff41@orange.fr

RDV possibles à Romorantin, Vendôme et Salbris

Le Planning Familial

28 rue des Ecoles – 41000 BLOIS

02 54 74 33 41 du lundi au vendredi en journée / asso@leplanningfamilial41.com

France Victimes 41

Maison de l'Europe

3 Place Bernard Lorjou - 41000 Blois

02 54 33 39 63 du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h / france-victimes41@orange.fr

Collectif Droits des Femmes 41

18 rue Dorgelès - 41000 BLOIS

07 88 75 10 94 tous les jours / collectifdroitsdesfemmes41@gmail.com

Femmes Solidaires à Vendôme

07 66 22 33 82 tous les jours / femmes.solidaires41@outlook.fr / à voir également sur Facebook

Votre MDCS - CCAS/CIAS -MISSION LOCALE continue de recevoir le public, appelez-les avant de vous déplacer.

Le Conseil Départemental d'Accès au Droit assure des permanences (www.cdad41.org) avec accueil physique des usagers et accueil téléphonique et courriel aux adresses suivantes :

La Maison de justice et du droit de Blois

3 place Bernard Lorjou - 41 000 Blois / 02 54 45 16 16 / mjd-blois@justice.fr

Le Point d'accès au droit de Romorantin-Lanthenay

Place du Château (à côté de la sous-préfecture) - 41200 Romorantin-Lanthenay

02 54 96 97 85 / pad.romo@orange.fr

Le point d'accès au droit de Vendôme

37 avenue Georges Clémenceau - 41 100 Vendôme

02 54 86 47 77 / pad@territoiresvendomois.fr

VI) CONCLUSION

Les violences conjugales féminines s'inscrivent dans un mécanisme complexe où la victime subissant ces violences trouvent difficilement les moyens de pouvoir s'en libérer.

Contrairement aux idées reçues, les violences peuvent toucher toutes les femmes de tous milieux socioculturels et professionnels.

Le médecin généraliste, le médecin traitant, le médecin de famille avec les différents noms et rôles qui lui sont attribués à un rôle primordial pour promouvoir la santé et le bien-être de la femme. Il peut se retrouver en première ligne face aux femmes victimes de violences lors du repérage de celles-ci.

L'objectif de ce travail était de donner la parole aux médecins généralistes pour recueillir leurs expériences concernant le repérage des violences et leurs prises en charge sur une période exceptionnelle qui est celle de la pandémie mondiale de Covid19.

Nous voulions également savoir quelles étaient leurs attentes, leurs besoins, leurs sentiments face à cette problématique de santé publique.

La culpabilité qui pèse sur les victimes étaient parfois un sentiment partagé par les médecins qui assuraient vouloir repérer plus de violences. L'impuissance du médecin généraliste face à cette problématique était visible.

Les peurs que cela pouvait représenter pour lui était de toutes natures, juridiques, physiques, psychiques.

La multiplicité des acteurs dans la prise en charge était appréciée par les médecins. Ces derniers souhaitaient être informés des mis au courant et avancées sur cette thématique. Les actions et associations départementales étaient peu connues. L'impact du Covid 19 avec ses périodes de confinement avait été ressenti comme un climat propice à la violence pouvant causer « l'explosion » de plusieurs foyers conjugaux.

Pour conclure, le médecin généraliste est un interlocuteur, un confident pour les femmes victimes de violence.

Cette place, centrale dans un réseau de santé et d'associations est essentielle pour accompagner les femmes victimes de violences conjugales. Il est indispensable de développer les structures pouvant les accueillir.

VII) BIBLIOGRAPHIE

1. Declic Violence. Aide à la prise en charge des violences conjugales envers les femmes en médecine générale, Département de Médecine Générale Clermont-Ferrand

Disponible sur : <https://declicviolence.fr/>

2. Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France. Paris, Secrétariat d'état aux Droits des Femmes, 2000, 15 p.

Disponible sur : <https://www.essonne.fr/fileadmin/egalite/EFH/Enquete-ENVEFF-IDF.pdf>

3. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes. Numéro 16, Novembre 2020.

Disponible sur :

<https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-11/Lettre%20n%C2%B016%20-%20Les%20violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20les%20violences%20sexuelles%20en%202019.pdf>

4. La base des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie (ministère de l'Intérieur)

Disponible sur : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/crimes-et-delits-enregistres-par-les-services-de-gendarmerie-et-de-police-depuis-2012/>

5. L'enquête « Cadre de vie et sécurité » (INSEE - ONDRP - SSMSI)

Disponible sur : <file:///Users/mac/Downloads/12.4%20Les%20violences%20conjugales.pdf>

6. Les statistiques pénales et le casier judiciaire national (ministère de la Justice, SDSE)

Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/>

7. Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économique des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France - Psytel – 2014

Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/295801068_Etude_relativ_e_a_l'actualisation_du_chiffrage_des_repercussions_economiques_des_violences_au_sein_du_couple_et_leur_incidence_sur_les_enfants_en_France_en_2012

8. Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. New York, ONU, 1993.

Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

9. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique Istanbul, 11.V.2011 ; page 3.

Disponible sur : <https://rm.coe.int/1680084840>

10. Service Public. Violence Conjugale, Janvier 2021

Disponible sur : <https://www.servicepublic.fr/particuliers/vosdroits/F12544>

11. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF)

Disponible sur :

<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/le-ministere/acteurs-et-partenaires/mi-prof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences/>

12. Arrêtons les violences. Les différentes formes de violences sexistes et sexuelles. Les outils de formation. Je suis professionnel Téléchargements Documentation

Disponible sur :

<https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-de-formation>

13. Ministère de la Justice. Secret médical et violences au sein du couple. Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal. Loi du 30 Juillet 2020.

Disponible sur :

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

14. CNGE – Présentation du D.E.S. Marguerite des compétences. Créé le samedi 24 novembre 2012

https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

15. Rapport Henrion R., - Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, rapport au Ministre chargé de la Santé. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001. Pages 28-29.

Disponible sur :

<https://www.viepublique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/044000405.pdf>

16. HAS Haute Autorité de Santé, Recommandation de Bonne Pratique. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Version actualisée suite à la publication de la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf

17. Outil de prévention des violences. Le violentomètre

<https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/outil-de-prevention-des-violences-le-violentometre>

18. Validation De La Version Française D'un Outil De Dépistage Des Violences Conjugales Faites Aux Femmes, Le Wast (Woman Abuse Screening Tool) // Validation Of The French Woman Abuse Screening Tool (Wast) To Routinely Identify Intimate

Candy Guiguet-Auclair, Baptiste Boyer, Keltoume Djabour, Soumis le 26.06.2020 /

Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/auvergne-rhone-alpes/documents/article/2021/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>

19. Organisation mondiale de la Santé, London School of Hygiene and Tropical Medicine et South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. OMS, Genève, 2013 (en anglais).

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>

20. Organisation mondiale de la Santé, Violence à l'encontre des femmes 9 mars 2021

Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

21. Campbell Jacquelyn.C. — Health consequences of intimate partner violence.

Lancet , 2002, 359 , 1331- 1336.

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11965295/>

22. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine Volume 186, Issue 6, June 2002, Pages 949-961 Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours The consequences of domestic violence on women's health and their detection and follow-up in primary care

Jacques Lebas, Cecile Morvant, Pierre Chauvin

Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/journal/bulletin-de-lacademie-nationale-de-medecine/vol/186/issue/6>

23. L'encéphale, Conséquences psychopathologiques du confinement,

Volume 46, Issue 3, Supplément, June 2020, pages S43-S52

Disponible sur : <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0013700620300750?token=D8B1FB01495A966A800F8F71BE7CA4506D57591B523393D71C0E5272C6547EB6ED1B918BCE4EA052B742380EEA3C1E02&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211028113431>

24. Organisation mondiale de la Santé COVID19 et violence à l'égard des femmes, ce que le secteur et le système de santé peuvent faire. 7 avril 2020

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331762/WHO-SRH-20.04-fre.pdf>

25. Initiation à la recherche qualitative en Santé

Auteur Jean-Pierre Lebeau, Isabelle Aubin-Auger, Collectif

Date de parution 01/01/2021

26. Recherche en santé et formalités réglementaires 2020

<https://enquetes-partenaires.univ-rennes1.fr/index.php/17674?newtest=Y&lang=fr>

27. DUMG – université de Tours, Démarches réglementaires thèses

<https://dumg.univ-tours.fr/les-demarches-reglementaires>

28. La Presse Médicale, Violence conjugales, quelles difficultés pour les médecins ?

Analyses d'entretiens avec 19 médecins d'un réseau de soins ville-hôpital orienté vers la prise en charge globales des personnes. Volume 33, Issue 22, Décembre 2004, Pages 1561_1565 Disponible sur :

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0755498204989920?token=23C8A6B632238376FD8E6CDF6CB7367802C66B8AF707327020CC0D5D777C4D16814C40A465F84E2EF20551C9A522733A&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210906111032>

29. La Revue de Médecine Légale. Volume 12, Issue 1, March 2021, Pages 35-44

Les violences intrafamiliales : ce qu'il en est dans un cabinet de médecine générale

Domestic violence: What is happening in an office of general practice

Author links open overlay panel M.Salomona E.Baccino F.Rodriguesb

Disponible sur :

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878652920301024?via%3Dihub>

30. Gilles Lazimi, Violences conjugales et famille 2016. Chapitre 6 Rôle des généralistes dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violence, pages 52 à 63

Disponible sur :

<https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100749386-page-52.html>

31. Université de Lorraine, Thèse par Manon Dautrevaux

Quels sont les freins de dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires : quelles réponses peut-on apporter ?

Disponible sur :

http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_DAUTREVAUX_MANON.pdf

32. Revue exercer - Ressenti des médecins généralistes lors du dépistage systématique des violences conjugales à l'aide du questionnaire WAST - page 292 - 298

Auteurs : C.Picatto , L.Amrane , N.Deparis

33. Université de Nantes, Thèse par POYET – POULLET Arnaud

Le médecin généraliste face aux violences conjugales ; évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire

Disponible sur :

<file:///Users/mac/Downloads/MEDpoyet.pdf>

34. Université de Strasbourg, Thèse Par FREY Camille

Améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale : quel serait le contenu de la formation « idéale » ?

Disponible sur :

[file:///Users/mac/Downloads/2019_FREY_Camille%20\(1\).pdf](file:///Users/mac/Downloads/2019_FREY_Camille%20(1).pdf)

35. Légifrance, Le service public de la diffusion du droit.

Décret n°2020-83 du 4 Juin 2020 autorisant le débloqué anticipé de l'épargne salariale en cas de violences conjugales. JORF n°0138 du 6 Juin 2020

Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041964070?r=i4Tnn0sDdn>

36. Université Paris 6 – Pierre et Marie Curie- Faculté de médecine

Le médecin face aux violences conjugales :

Évolution des pratiques en 10 ans

Thèse pour obtenir le titre de Docteur en médecine générale Par Audrey CORNILLEAU

Disponible sur :

https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/cornilleau_these.pdf

37. Interview de Gilles Lazimi, médecin généraliste engagé contre les violences à l'encontre des femmes

<https://www.onufemmes.fr/nos-actualites/interview-gilles-lazimi-medecin-engage-contre-les-violences-a-l-egard-des-femmes>

38. Centre National de Ressources et de Résilience. Recommandations épidémie Covid-19 Disponible sur :

<http://cn2r.fr/recommandations-epidemie-covid-19/>

39. COVID-19 – Journal de bord – 13 avril 2020 - Violences conjugales et confinement
Gilles Lazimi, Médecin généraliste, Professeur associé en médecine générale*,1,2,1

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7204660/>

40. Covid-19 : protéger les victimes de violences familiales

Publié le 27 mars 2020

Mis à jour le 17 novembre 2020

<https://www.iledefrance.fr/covid-19-protoger-les-victimes-de-violences-familiales>

41. Protocole de coordination relatif à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, Département du Loir et Cher

<https://www.loir-et-cher.gouv.fr/content/download/2722/18788/file/Protocole%20d%C3%A9partemental%20de%20pr%C3%A9vention%20et%20de%20lutte%20contre%20les%20violences%20faites%20aux%20femmes%20.pdf>

42. Services de l'État en Loir et Cher Lutte contre les violences

Mise à jour le 24/11/2020

<https://www.loir-et-cher.gouv.fr/Politiques-publiques/Egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes/Lutte-contre-les-violences>

Bibliographie non référencée

La santé des enfants exposés aux violences conjugales

Le monde du silence

VIII) ANNEXES

Annexe 1 : Courriel d'échange avec la Déléguée Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité au sein de la préfecture de Loir et Cher

Bonjour

Comme promis, 445 procédures violences conjugales dans le Loir et Cher (grande majorité de plaintes, quelques signalements pas les Forces de l'Ordre au Procureur quand refus de plaintes mais la parole de la victime a été libérée)

Nous en étions à un peu plus de 300 procédures quand j'ai pris mes fonctions (2017)

C'est bien, cela prouve que les femmes parlent plus

Bien à vous

--

Lisbeth CHOQUET

Déléguée Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité

Place de la République, 41000 Blois

Tél : 02 54 81 55 91/06 25 61 31 45

Email : lisbeth.choquet@loir-et-cher.gouv.fr



**PRÉFET
DE LOIR-ET-CHER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Droits des Femmes et Égalité



www.loir-et-cher.gouv.fr



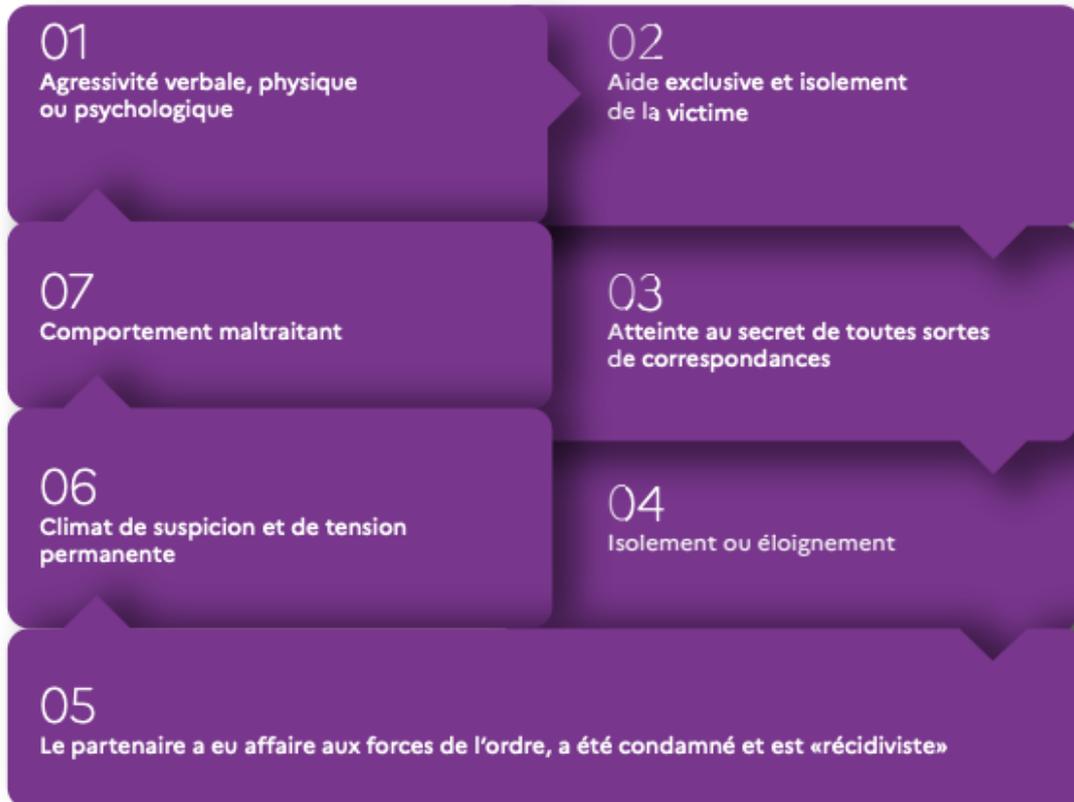
[@prefet41](https://www.facebook.com/prefet41)



[@prefet41](https://twitter.com/prefet41)

Annexe 2 : Les différentes composantes de l'emprise

L'EMPRISE MORALE PEUT ÊTRE LIÉE À UN COMPORTEMENT AUTORITAIRE ET AGRESSIF.



L'EMPRISE MENTALE EST UNE MISE SOUS SUJÉTION PROGRESSIVE ET INTÉGRÉE DONT LE PROCESSUS EST GRADUÉ. ELLE EXISTE DANS LES NOUVEAUX MOUVEMENTS RELIGIEUX AYANT UN CARACTÈRE SECTAIRE.



L'EMPRISE AFFECTIVE EST UN ÉTAT DE DÉPENDANCE
OU L'INSTRUMENTALISATION DES SENTIMENTS SE RÉALISE
AVEC PERVERSION.

01

Une reconnaissance
de frustrations et une infantilisation

02

Un renoncement aux valeurs antérieures
et une croyance religieuse totalitaire et
totalisante

05

Endoctrinement obéissance
inconditionnée

03

Une séparation – une reconnaissance –
une appartenance que l'on fait croire
comme élective mais qui est totalisante

04

Une exploitation et une dépendance

L'EMPRISE ÉCONOMIQUE INDUIT UNE INSÉCURITÉ ET UNE DÉPENDANCE,
QUE L'ON SOIT PRÉCAIRE OU QUE L'ON SOIT RESPONSABLE
ÉCONOMIQUEMENT DE L'AUTRE.

01

Exploitation abandon ou délaisement

02

Dépendance économique

05

Précarité financières
ou pratiques dispendieuses

03

Maîtrise des moyens de paiement

04

Contrôle de toutes dépenses et du budget

L'EMPRISE INTELLECTUELLE INDUIT UN RAPPORT
DE « MAÎTRE » À « ÉLÈVE » QUI INFANTILISE LE PARTENAIRE.

01

Un contrôle des lectures

02

Un rapport d'autorité

05

Un contrôle des activités culturelles

03

Un rapport d'infantilisation

04

Un contrôle de la pensée

**LES FAISCEAUX D'INDICES CONCORDANTS
ISSUS DE LA JURISPRUDENCE CONCERNANT L'EMPRISE.**

01

Dévaloriser et dégrader l'estime de soi et l'identité du sujet

02

Isoler ou éloigner des proches, isoler socialement

12

L'expression de signes d'anxiété, de dépression et de fatalisme

03

Une relation exclusive et élective qui crée des manques et des frustrations

11

Le sentiment d'isolement et d'abandon

04

L'intimidation par des menaces des actes des paroles allant jusqu'à la terreur

05

Harcèlement de toute sorte

10

L'expression de peur pour soi ou pour ses proches (notamment quand il y a des enfants)

06

Le contrôle allant de la surveillance à l'aliénation

09

Le sentiment d'insécurité ou de terreur

07

Conditionner et résigner l'autre à l'impuissance et à la fatalité de sa condition

08

Rendre coupable - manipuler et faire du chantage notamment au suicide

Annexe 3 : Questionnaire WAST

Questionnaire WAST

Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?

- Très tendue Assez tendue Sans tension

2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?

- Très difficilement Assez difficilement Sans difficulté

3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?

- Souvent Parfois Jamais

4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?

- Souvent Parfois Jamais

5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?

- Souvent Parfois Jamais

6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?

- Souvent Parfois Jamais

7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?

- Souvent Parfois Jamais

8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?

- Souvent Parfois Jamais

WAST : *Woman Abuse Screening Tool*.

Annexe 4 : Guide d'entretien

5 questions :

Prévenir avant l'entretien que celui-ci va être enregistré les données vont être anonymes, retranscrites, analysées.

PRENDRE ACCORD DU PARTICIPANT

PEUT LE RETRACTER À TOUT MOMENT

Concernant le médecin :

Sexe, âge, type d'exercice, lieu d'exercice, durée d'installation, situation familiale, existence d'une formation santé de la femme/enfant.

- 1/ Racontez moi en quelques mots la dernière consultation où vous avez pensé aux violences conjugales ?
- 2/ Quels éléments de l'interrogatoire, de l'examen ou autres vous ont évoqué cette situation ?
- 3/ Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors de la gestion de ces consultations ?
- 4/ Comment parvenir à gérer le conjoint de la victime, les enfants... dans une future consultation ? Quel est votre ressenti face au secret médical ?
- 5/ Durant les périodes de confinement pendant l'épidémie de COVID 19 avez-vous eu des situations à gérer ? (Contexte de confinement, télétravail etc. ...)

Questions annexes accessoires :

« Violences conjugales féminines en MG » à quoi pensez-vous ?

Proposez-vous une CS à distance de manière systématique aux victimes ?

Demandez-vous à rencontrer le conjoint violent ? Proposez-vous une PEC au conjoint violent ?

Avez-vous déjà pensé que le secret médical peut être un frein à la résolution de ce problème ?

Quels conseils donnez-vous aux victimes qui viennent pour un CCB ?

Pensez-vous à aborder le sujet avec les enfants qui partagent le même foyer avec la victime ?

Les violences conjugales peuvent être un facteur de sur consommation des soins, selon vous ?

Les violences conjugales peuvent être un facteur de non exonération des RDV fixés, selon vous ?

En cabinet, quels sont les facteurs freinateurs lors de cette PEC ?

Pensez-vous qu'un affichage en salle d'attente peut inciter à échanger avec le MT ?

Avez-vous déjà constaté une demande de changement de MT après avoir dépister des violences ?

Proposez-vous systématiquement de rencontrer les associations locales, départementales ?

Parlez-vous de violences sexuelles facilement avec les patientes que vous suivez ?

Abordez-vous plus difficilement le sujet de violences conjugales avec les retraités que vous suivez depuis de longues années ?

Annexe 5 : Courriel à l'intention des médecins généralistes

Bonjour à toutes et à tous,

Je me présente je suis Betül Toker, interne en cinquième semestre de médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse intitulée « Explorer le repérage des violences conjugales féminines en soins primaires en Loir et Cher », dirigée par Dr. Philippe Sartori, je me permet de vous contacter afin de convenir d'un moment pour pouvoir échanger à ce sujet, si vous êtes intéressé, il s'agit d'un entretien téléphonique. La situation sanitaire étant compliquée je m'adapterai à vos disponibilités, nous pouvons également réaliser un entretien par Visio pour les professionnels qui préfèrent.

Je reste à votre disposition pour toute autre question,

Veuillez agréer mes sentiments les plus respectueux,

Betül Toker

Interne

Tel : ***

Mail : ***

Annexe 6 : Protocole de coordination relatif à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales

DEPARTEMENT DE LOIR-ET-CHER

COMMISSION PERMANENTE
Réunion du 06 juillet 2020

Rapport du Président

DOSSIER N° 16 - PROTOCOLE DE COORDINATION RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

La loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance dispose qu'une convention entre l'État et le département peut prévoir les conditions dans lesquelles un ou plusieurs travailleurs sociaux participent au sein des commissariats de police nationale et des regroupements de gendarmerie nationale à une mission de prévention à l'attention des publics en détresse.

Les modalités d'organisation de l'interface police / gendarmerie ont fait l'objet d'une mise à jour, au travers de la révision de la convention qui lie le département, la préfecture de Loir-et-Cher, ainsi que les services de la direction départementale de la sécurité publique de Loir-et-Cher (DDSP41) et du groupement de gendarmerie départementale de Loir-et-Cher (GGD41).

Cette convention a été validée en commission permanente du conseil départemental de Loir-et-Cher du 9 décembre 2019.

Depuis, suite au Grenelle du Gouvernement contre les violences faites aux femmes, le 25 novembre 2019, un protocole général liée à cette action nationale a été initié par la préfecture de Loir-et-Cher. Ce protocole de coordination relatif à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales lie le département, la préfecture de Loir-et-Cher, le parquet de Blois, afin de fédérer et synthétiser l'ensemble des engagements de chaque institution dans la lutte contre les violences faites aux femmes.

Je vous propose d'adopter les termes de ce protocole qui ne modifie pas les termes de la précédente convention interface police / gendarmerie pour la période 2020-2023.

Je vous demande d'approuver le projet de délibération, joint en annexe au présent rapport, établi en ce sens.

Nicolas PERRUCHOT

**DOSSIER N°16 - PROTOCOLE DE COORDINATION RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES
VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES**

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment son article L 121-1-1,

Vu la délibération n° 5 du conseil départemental du 2 avril 2015 fixant les conditions d'exercice des compétences du conseil départemental et de la commission permanente,

Vu la délibération n° 22 de la commission permanente du conseil départemental du 9 décembre 2019, approuvant la convention relative à l'interface du département avec les services de police et de gendarmerie,

Vu le rapport de monsieur le président du conseil départemental,

DÉLIBÈRE

ARTICLE 1 : Le protocole de coordination avec la préfecture de Loir-et-Cher et le parquet de Blois relatif à la prise en charge des femmes victimes de violences, joint en annexe à la présente délibération est approuvé.

ARTICLE 2 : Monsieur le président du conseil départemental est autorisé à signer, au nom du département, le protocole susmentionné.

PROTOCOLE DE COORDINATION PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

RÉFÉRENT DÉPARTEMENTAL/INTERFACE SOCIAL EN GENDARMERIE-
POLICE/ FRANCE VICTIMES 41



PRÉFET
DE LOIR-ET-CHER
*Liberté
Égalité
Fraternité*



MINISTÈRE DE
LA JUSTICE



Vu la circulaire interministérielle NOR/INT/K/06/30043/J du 1er août 2006, qui constitue le cadre de référence des postes d'Intervenant Social en Commissariat et Gendarmerie (ISCG),

Vu la circulaire N°SDFE/DPS/2008/159 du 14 mai 2008 relative à la mise en place de « référents » pour les femmes victimes de violences au sein du couple,

Vu l'instruction N° DGCS/SDFEFH-B2/2012/112 du 9 Mars 2012 relative à la mise en place de « référents » pour les femmes victimes de violences au sein du couple dans chaque département,

Vu la convention relative au dispositif de Téléprotection Grave Danger entre l'État, le Conseil Départemental, l'Association Aide aux Victimes 41 (France Victimes 41), le SPIP, Orange Centre Val de Loire et GTS Mondial Assistance, du 17 juillet 2015,

Vu l'action 8 : « Pérenniser les postes de référent.e départemental.e pour les femmes victimes de violences au sein du couple », du 5è Plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019),

Vu la circulaire du Ministère de l'intérieur INTK1925262 du 3 septembre 2019 « mobilisation autour du Grenelle de lutte contre les violences conjugales »,

Vu la convention de partenariat sécurité-justice-santé sur le dépôt de plaintes à l'hôpital entre l'État, les Centres Hospitaliers de Blois, Vendôme et Romorantin, les Forces de l'Ordre et le Parquet,

Vu la convention de partenariat relative au poste de référent départemental femmes victimes de violences conjugales entre l'État, l'ASLD, les Villes de Blois et Romorantin, et les bailleurs sociaux,

Vu la convention de partenariat relative à l'agent interface en police-gendarmerie entre l'État et le Conseil Départemental.

ENTRE

L'État, représenté par le Préfet de Loir et Cher,

ci-après dénommé, l'État

ET

Le Parquet

ci-après dénommé, le Parquet

ET

Le Conseil Départemental de Loir-et-Cher

ci-après dénommé, le Conseil Départemental

Il est convenu et arrêté ce qui suit:

ARTICLE 1. OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention définit les modalités de partenariat pour la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ainsi que l'articulation et la coordination entre les missions du référent départemental, de l'interface social en police-gendarmerie, et l'association France Victimes 41.

Le poste de référent violences est exclusivement consacré à la prise en charge des femmes victimes de violences dans le couple. Il est l'interlocuteur de proximité des femmes, leur garantissant une réponse individualisée.

L'intervenant social au commissariat ou en unité de gendarmerie, dénommé agent interface dans la présente convention, est amené à recevoir toute personne majeure ou mineure, orientée par le commissariat ou la gendarmerie et concernée par une affaire présentant un volet social. Il est donc amené à évaluer la situation et à orienter, entre autres, des femmes victimes de violences conjugales.

L'association France Victimes 41 accompagne les victimes sur le plan juridique et psychologique. Dans ce cadre, elle est amenée à recevoir et prendre en charge, entre autres, des femmes victimes de violences conjugales.

Afin de répondre de façon optimale, les parties prenantes conviennent de développer la coordination de leurs actions pour renforcer la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales et mieux lutter contre ces violences.

ARTICLE 2. DÉFINITION DES MISSIONS DES POSTES

2.1 Les missions du référent départemental

- accueillir et apporter un soutien à toute femme victime de violences conjugales du département et établir une évaluation sociale de la situation ;
- orienter vers les dispositifs appropriés notamment vers l'agent interface, en vue d'un dépôt de plainte, en accord avec la victime ;
- orienter vers France Victimes 41 pour un accompagnement juridique et un soutien psychologique ;
- mettre en œuvre le partenariat avec les bailleurs sociaux et Pôle Emploi dans le parcours d'autonomisation de la victime.
- mener des sessions de formation et de sensibilisation sur les violences conjugales en direction des professionnel.le.s ou tout autre public.

2.2. Les missions de l'agent interface

- Orienter vers les services de police et de gendarmerie pour un dépôt de plainte, les victimes qui lui sont signalées par des partenaires extérieurs, notamment les femmes victimes de violences conjugales ;
- Évaluer les situations signalées par les services de police et les unités de gendarmerie et orienter les femmes victimes de violences conjugales, vers le référent départemental pour une prise en charge (hébergement, logement, emploi), et vers France Victimes 41 en vue d'un soutien juridique et/ou psychologique et vers tout partenaire adapté (associatifs, médicaux, services publics).
- Garantir la prise en compte de la situation par les services du Conseil Départemental, si celle-ci relève de ses missions (dont les femmes enceintes considérées comme personnes vulnérables).

2.3 Les missions de France Victimes 41

- Prendre en charge les victimes, dont les femmes victimes de violences, sur le plan psychologique et juridique ;
- Orienter vers les dispositifs appropriés dont le référent départemental pour un hébergement, logement, et vers l'agent interface pour un accompagnement vers un dépôt de plainte ;
- Assurer le suivi du dispositif de Téléprotection Grave Danger pour les femmes victimes de violences conjugales, en lien avec le Parquet.

ARTICLE 3. COMPLÉMENTARITÉ ET COORDINATION DES MISSIONS POUR LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES.

Concernant les femmes victimes de violences conjugales, les postes sont **complémentaires**. L'interaction et les orientations réciproques sont **nécessaires**, en fonction des compétences de chacun, pour répondre de façon globale aux besoins des victimes (Voir Annexe).

En effet, le **référént départemental** constitue le guichet unique sur le département, pour l'accueil et l'autonomisation des femmes victimes, notamment par l'hébergement, l'accès au logement et à l'emploi. Le poste est donc exclusivement réservé aux femmes victimes de violences conjugales.

L'**interface social** constitue un relai majeur entre les victimes, dont les femmes victimes de violences, et les Forces de l'Ordre, pour un dépôt de plainte. L'agent interface ne prend pas en charge les femmes, elle les oriente.

France Victimes 41 reçoit, accueille, et prend en charge les victimes, dont les femmes victimes de violences conjugales, sur les plans juridique et psychologique. D'autre part, **France Victimes 41** suit le dispositif de Téléprotection Grave Danger, pour les femmes victimes de violences conjugales, en lien avec le Parquet.

Par ailleurs, le référént départemental, l'interface social et France Victimes 41, seront amenés à participer, dès 2020, aux GLTD (Groupes Locaux de Traitement de la Délinquance) thématiques – cellules de suivi des VIF (Violences Intra-Familiales dont les femmes victimes de violences conjugales) pilotés par le Parquet en partenariat avec la Préfecture. Ces cellules permettront d'analyser, sur chacun des arrondissements de Blois, Vendôme, et Romorantin, et avec l'ensemble des partenaires locaux, les situations individuelles les plus critiques et répondre aux besoins des victimes de façon rapide et coordonnée.

Enfin, une coordination pourra être mise en place dans le cadre des sessions de sensibilisation et de formation, chacun sur ses compétences, et notamment dans le cadre des actions autour du 25 novembre.

ARTICLE 4 PROFIL DES POSTES

Le référént départemental est salarié de l'ASLD et exerce sa mission au sein du Pôle Hébergement Insertion. Le référént départemental répond aux critères suivants : une expérience dans le domaine de la lutte contre les violences faites aux femmes, des qualités relationnelles et d'animation de réseaux et une grande capacité d'écoute

L'interface social est agent du Conseil Départemental et doit être titulaire du diplôme d'État d'assistant de service social ou d'éducateur et disposer d'une excellente connaissance des dispositifs sociaux existants.

France Victimes 41 dispose de deux juristes et d'une psychologue, salariés de l'association.

ARTICLE 5: FINANCEMENT DES POSTES

5.1 POSTE DE RÉFÉRENT DÉPARTEMENTAL

Le poste de référent pour les femmes victimes de violences au sein du couple est mis en place grâce à un co-financement de l'État, des collectivités locales et des bailleurs sociaux.

5.2 POSTE D'INTERFACE SOCIAL

Le Conseil départemental participe au financement du poste à hauteur de 50 % et l'État prend en charge les autres 50 %, au titre du *Fonds Interministériel de Prévention de la Délinquance* et de la Radicalisation (FIPDR).

5.3 FINANCEMENT DE L'ASSOCIATION FRANCE VICTIMES 41

Pour les femmes victimes de violences, l'association France Victimes 41 bénéficie de subventions principalement du Ministère de la Justice. Dans le cadre du dispositif Téléphone Grave Danger, l'association bénéficie également d'un co-financement au titre du FIPDR.

ARTICLE 6. ÉVALUATION

Chaque dispositif fera l'objet d'une évaluation selon les indicateurs et les critères qui lui sont propres et mentionnés dans leur convention de partenariat respective.

Spécifiquement pour la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, une évaluation annuelle de la présente fiche de coordination, sera organisée par la Déléguée Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité. Elle prendra la forme d'une réunion qui aura pour objet le bilan de la coordination et l'identification des pistes d'amélioration.

ARTICLE 7. MODIFICATION DE LA FICHE DE COORDINATION

Toute modification de la convention intervenant avant son terme, fera l'objet d'un avenant.

ARTICLE 8 . ATTRIBUTION DE JURIDICTION

Pour tout litige relatif à l'application de la présente convention qui ne pourrait trouver de solution amiable, les parties s'en remettront au tribunal administratif d'Orléans.

ARTICLE 9. DÉNONCIATION DE LA FICHE DE COORDINATION

La présente convention peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties avec un préavis de 3 mois, par lettre recommandée avec avis de réception.

ARTICLE 10. DURÉE

Cette convention prend effet à la date de sa signature et est conclue pour une durée de trois ans.

Fait à Blois le

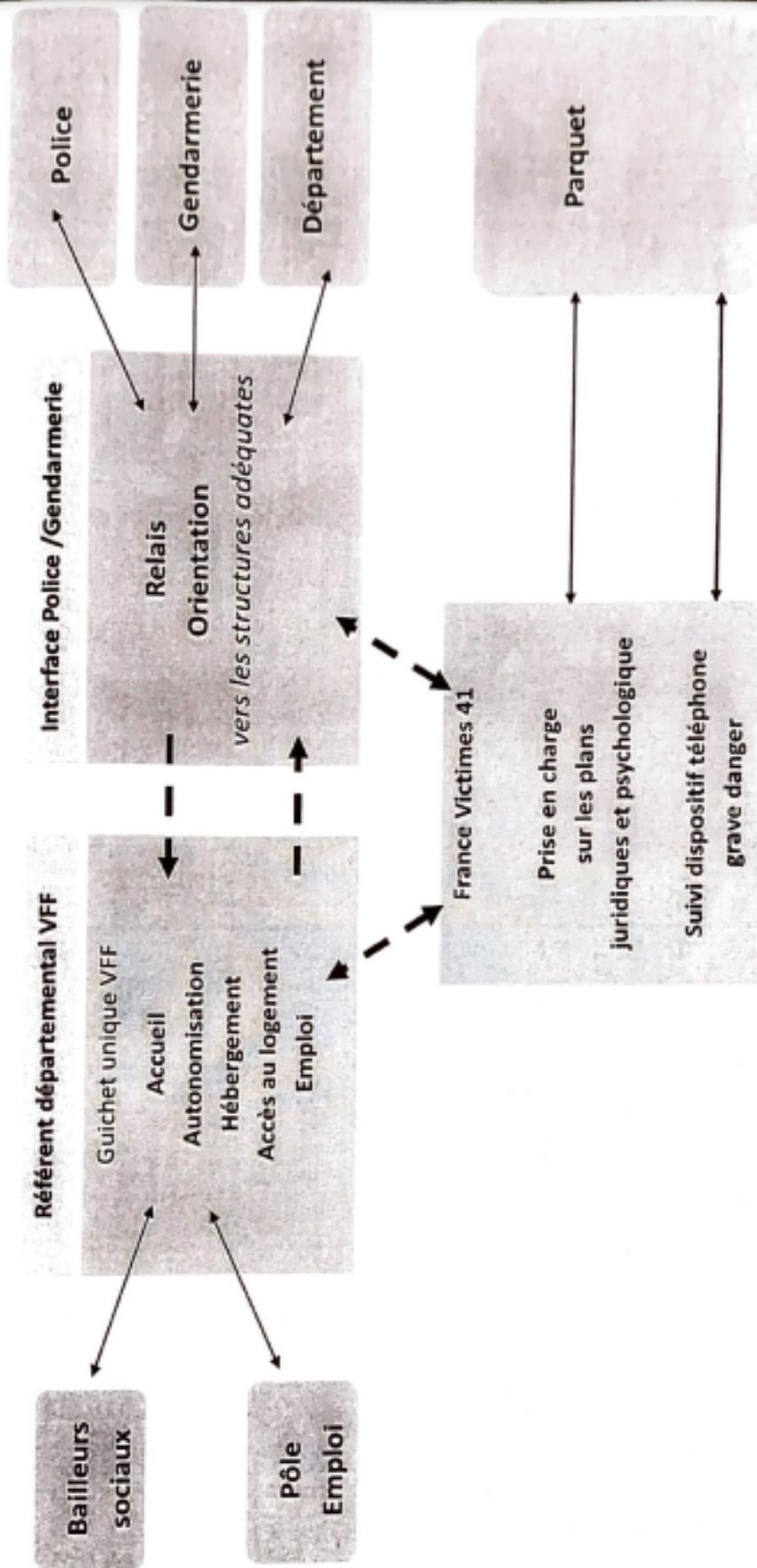
Le Préfet de Loir-et-Cher
Yves ROUSSET

Le Procureur de la République
Frédéric CHEVALLIER

Le Président du Conseil Départemental
Nicolas PERRUCHOT



COORDINATION DES DIFFÉRENTS ACTEURS POUR LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES



Annexe 7 : Permanence associatives au sein du département du Loir et Cher

VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES des permanences près de chez vous

Droits des femmes - Violences au sein du couple
Accès aux droits

ECOUTE - INFORMATIONS - CONSEILS -
ACCOMPAGNEMENT AUX DEMARCHES ADMINISTRATIVES ET JURIDIQUES

PERMANENCES DU CIDFF 41 ET DU PLANNING FAMILIAL 41 DANS LES ESPACES FRANCE SERVICES ET MAISONS DE SERVICES AU PUBLIC			
Communes	Téléphone	Adresse	 
Beauce-la-Romaine (Ouzouer-le-Marché)	02 54 82 41 85	Bureau de poste 11 Place de l'Église	• 08/02/2020 10h-12h30
Bracieux	02 54 46 39 58	Bureau de poste 3 rue René-Masson	• 19/01/2020 9h-12h • 23/03/2020 10h-12h30
Droué	02 54 23 32 88	Bureau de poste 25 rue Saint-Nicolas	• 12/01/2020 14h-17h • 16/03/2021 14h-17h
Lamotte-Beuvron	02 54 94 82 98	34 rue Durfort-de-Duras	• 20/01/2021 9h-12h • 18/02/2021 10h-12h
Mennetou-sur-Cher	02 54 98 56 00	Bureau de poste 18 rue Pierre-Loyau	• 20/01/2021 14h-16h30
Mondoubleau	02 54 80 85 80	3 allée de la Gare	• 1 ^{er} jeudi du mois 14h-17h (France victimes 41) • 01/02/2021 10h-12h30
Montrichard	02 54 32 15 86	4, Rue de la Chancellerie	• 13/01/2021 9h-12h
Morée	02 54 82 33 00	Bureau de poste 4 rue Georges-Domengie	• 12/01/2021 10h-12h30 • 16/03/2021 10h-12h30
Neung-sur-Beuvron	02 54 76 84 47	7 rue Henri-de-Geoffre	• 12/01/2021 9h-12h • 18/02/2021 14h-17h
Saint-Aignan	02 54 75 42 63	3 rue Victor-Hugo	• 15/01/2021 14h-17h
Salbris	02 54 94 10 55	50 boulevard de la République	• 2 ^e et 4 ^e mercredi de chaque mois 14h-16h • 19/01/2021 10h-12h30
Selles-sur-Cher	02 54 96 33 23	9 Place Charles de Gaulle	• 15/01/2021 9h-12h

Annexe 8 : Communiqué de Presse de la Préfecture du Loir et Cher – période de confinement



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Blois, le 9 novembre 2020

Violences conjugales et intrafamiliales : ne restez pas seuls en période de confinement

Le contexte sanitaire inédit constitue un facteur aggravant pour les femmes victimes de violences conjugales et leurs enfants lorsqu'ils sont confinés avec leurs agresseurs. Il est important de rappeler que **l'ensemble des différents dispositifs d'alerte et de secours sont actifs et opérationnels pour écouter, secourir et protéger les personnes victimes de violences à l'intérieur du foyer y compris les enfants, qui ne doivent pas rester isolés face aux violences qu'ils subiraient ou dont ils auraient connaissance envers un autre enfant.**

Si elles se sentent en danger, les femmes peuvent quitter leur domicile avec leurs enfants à tout moment, et ce sans devoir disposer d'une attestation. Les policiers et les gendarmes ont été formés à ces situations d'urgence.

En cas d'urgence et de danger immédiat :

- Appeler le 17
- Utiliser le 114 par SMS

Pour un conseil, une orientation ou signaler un fait de violences :

- Appeler le 39 19 : numéro gratuit et anonyme fonctionnant du lundi au vendredi de 9h à 22h, ainsi que les samedis, dimanches et jours fériés de 9h à 18h ;
- Appeler le 119 : numéro gratuit et anonyme dédié à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être. Joignable 24h/24 et 7 jours/7 – allo119.gouv.fr. Ce numéro est également joignable pour des enfants ou adolescents en situation de risque pour eux-mêmes ou un autre enfant ;
- Signaler votre situation sur Internet via la plateforme dédiée fonctionnant tous les jours sans exception, 24h/24 avec un tchat non traçable : ARRETONSLESVIOLENCES.GOUV.FR ;
- Alerte en pharmacie : les personnes victimes ont également la possibilité de se signaler, à tout moment et sans attestation, auprès de leur pharmacien qui contactera les forces de l'ordre ;
- Application APP-ELLES qui permet de s'informer, d'alerter et de contacter discrètement ses proches, les secours, les associations ou tout autre interlocuteur de son choix.

Les associations du département poursuivent leurs missions par téléphone et par mail.

L'accueil physique est possible sur RDV.

Contacts presse
Service départemental de la communication interministérielle
02.54.81.55.80 – 02.54.81.55.82 | pref-communication@loir-et-cher.gouv.fr
www.loir-et-cher.gouv.fr | @prefet41

> Référente départementale violences conjugales

Association Accueil, Soutien et Lutte contre les Détreuses (ASLD) / 49 rue Dumont d'Urville 41000 Blois / 02 54 42 91 71 - 06 75 43 40 05 / referentviolences@asld41.com du lundi au vendredi de 10h à 16h

> CIDFF de Loir-et-Cher

10 Allée Jean Amrouche - 41000 Blois

02 54 42 17 39 du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h00 à 17h / cidff41@orange.fr

RDV possibles à Romorantin, Vendôme et Salbris

> Le Planning Familial

28 rue des Ecoles – 41000 BLOIS

02 54 74 33 41 du lundi au vendredi en journée / asso@leplanningfamilial41.com

> France Victimes 41

Maison de l'Europe

3 Place Bernard Lorjou - 41000 Blois

02 54 33 39 63 du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h / francevictimes41@orange.fr

> Collectif Droits des Femmes 41

18 rue Dorgelès - 41000 BLOIS

07 88 75 10 94 tous les jours / collectifdroitsdesfemmes41@gmail.com

> Femmes Solidaires à Vendôme

07 66 22 33 82 tous les jours / femmes.solidaires41@outlook.fr / à voir également sur Facebook

Votre MDCS - CCAS/CIAS -MISSION LOCALE continue de recevoir le public, appelez-les avant de vous déplacer.

Le Conseil Départemental d'Accès au Droit assure des permanences (www.cdad41.org) avec accueil physique des usagers et accueil téléphonique et courriel aux adresses suivantes :

> La Maison de justice et du droit de Blois

3 place Bernard Lorjou - 41 000 Blois / 02 54 45 16 16 / mjd-blois@justice.fr

> Le Point d'accès au droit de Romorantin-Lanthenay

Place du Château (à côté de la sous-préfecture) - 41200 Romorantin-Lanthenay

02 54 96 97 85 / pad.romo@orange.fr

> Le point d'accès au droit de Vendôme

37 avenue Georges Clémenceau - 41 100 Vendôme

02 54 86 47 77 / pad@territoiresvendomois.fr

Contacts presse

Service départemental de la communication interministérielle
02.54.81.55.80 – 02.54.81.55.82 | pref-communication@loir-et-cher.gouv.fr
www.loir-et-cher.gouv.fr | @prefet41

Vu, le Directeur de Thèse

Docteur P. SARTORI
5, Rue Paul Béraud
41140 NOYERS / CHER
Tél. 54.75.00.01



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Couverture arrière de la thèse

Betül TOKER épouse AKTAS

Nombre de pages 159

Tableaux : 2 - Graphique : 1 - Figures : 9 - illustration : 1

Résumé :

Les violences conjugales féminines sont actuellement un sujet dont on parle. Tous les 2,5 jours une femme a été tuée en France par son conjoint en 2019. Cette étude a donné la parole aux médecins généralistes du Loir et Cher, sur une période très particulière qui est celle de la pandémie mondiale de COVID 19.

L'étude a été réalisée auprès de médecins généralistes exerçant sur le territoire du Loir et Cher et exerçant exclusivement la médecine générale. Treize entretiens individuels téléphoniques ont été réalisés sur une période de six mois allant de Décembre 2020 à Juin 2021. Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la méthode par théorisation ancrée. Les médecins généralistes interrogés ont majoritairement souligné la difficulté d'aborder le sujet lors d'une consultation, parfois de repérer, de dépister ou bien de pouvoir y penser entre un flot de consultations avec des motifs très variés.

L'aide et l'appui du système judiciaire avec un travail coordonné multi professionnel semble être une bonne option afin de pouvoir exercer en toute sérénité au cabinet.

La période exceptionnelle que nous traversons avec l'émergence du virus Covid19 et les différents confinements de la population, montre à travers les différents témoignages qu'elles n'ont pas été favorables à la santé des couples, déjà fragilisés.

Le médecin généraliste, le médecin traitant, le médecin de famille avec les différents noms et rôles qui lui sont attribués à un rôle primordial pour promouvoir la santé et le bien-être de la femme.

Mots clés : Violences conjugales féminines, soins primaires, prise en charge des violences faites aux femmes, médecine générale, repérage des violences conjugales, obstacles au repérage, confinement Covid19 et violences conjugales.

Jury :

Président du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN

Directeur de thèse : Docteur Philippe SARTORI

Membres du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN,
Professeur Franck PERROTIN,
Docteur Sofiane SOHBI-BALLAG,

Date de soutenance : 07/12/2021