

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE

N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le

à

Par Mme Fatimata DIAGANA

Née le 23 décembre 1985 à ATHIS MONS

TITRE : DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES VIOLENCES FAITES AUX
FEMMES A AUBERVILLIERS : UNE ETUDE COMPLEMENTAIRE MIXTE
EXPLICATIVE

PRESIDENT DE THESE :

Mme le Professeur Anne-Marie MAGNIER

LE CONSERVATEUR DE LA

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

DIRECTEUR DE THESE :

Mme le Docteur Axelle ROMBY

M. le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

Signature du
Président de thèse

Cachet de la bibliothèque
universitaire

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure Anne-Marie Magnier, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury. Soyez assurée de ma gratitude.

Au Docteur Lazimi, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer au jury. Votre travail et votre implication dans la lutte contre les violences faites aux femmes sont admirables et restent une référence pour nous tous.

Au Docteur Axelle Romby, merci de m'avoir partagé ton travail sur la ville d'Aubervilliers et d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour le temps consacré, ta disponibilité, ton encadrement qui ont permis de réaliser ce travail qui permettra, je l'espère, d'aider les femmes Albertivillariennes, et les femmes en général.

Au Docteur Jean-Sébastien Cadwallader, merci de m'avoir proposée ce travail, qui m'a plu dès le départ. Ta pédagogie et ta disponibilité malgré toutes les taches qui t'incombent sont un exemple pour moi. Je me souviens encore du séminaire sur la recherche qualitative où tu disais que faire de la recherche qualitative aidait à devenir un meilleur médecin, et je sens que ce travail m'a fait mûrir. Il me tarde de travailler avec toi à la Fabrique de Santé.

A mes parents,

A mes amis,

ABREVIATIONS

CSVF : Comportements Sexistes et Violents envers les jeunes Filles

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

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

MG : Médecin généraliste

ML : Médecine Libérale

ONU : Organisation des nations Unies

ONVF : Observatoire National des Violences envers les Femmes

VIRAGE : VIolences et RApports de Genre

WAST : Women Abuse Screening Tool

RESUME

Introduction : De nombreuses études ont montré les impacts négatifs à moyen et à long terme des violences sur la santé des femmes, tant physique que psychologique. De plus, ces violences sont sous-déjàpistées. Il est donc primordial de repérer les situations de violences actuelles ou passées chez chaque patiente afin d'améliorer leur prise en charge, notamment médicale.

Objectif : Décrire la population de femmes subissant des violences (physiques, psychiques et verbales) en médecine générale repérées par une campagne de questionnement systématique. Décrire les perceptions des femmes du dépistage systématique par le médecin généraliste des violences subies : représentations du dépistage, perception du rôle du MG dans la prise en charge, expérience vécue d'une telle situation si elle existe.

Méthodes : Etude mixte complémentaire explicative QUAN (qual)

- 1- Analyse descriptive d'un échantillon de 216 femmes répondant à un questionnaire systématique réalisé au centre municipal de santé en consultation de médecine générale et en planification familiale ainsi que dans des cabinets de médecine générale de la ville d'Aubervilliers.
- 2- Analyse qualitative selon une théorisation ancrée. Recueil par entretiens individuels semi dirigés auprès de 13 femmes consultant au Centre Municipal de santé d'Aubervilliers. Analyse par méthode de comparaison constante avec respect des 3 étapes : codage ouvert, codage axial et construction d'un modèle explicatif.

Résultats : 1- 61% des femmes interrogées se sont déclarées victimes de violences. L'auteur de violences était dans la moitié des cas le conjoint ou l'ex conjoint. 16% des victimes ont signalé les violences subies. 75% des femmes victimes ont signalé les violences à leur médecin, qui était donc un interlocuteur privilégié des femmes victimes. 2- Les femmes ne parlaient pas spontanément des violences, car elles estimaient que les violences subies appartenaient à la vie privée, domaine qu'elles n'abordaient pas spontanément avec leur MG. Le questionnement des violences était accepté, sur le principe d'une relation de confiance avec le MG. Le dépistage systématique était à la fois vécu comme une violence et comme une opportunité de libérer la parole. Le repérage des victimes lors de situations de vulnérabilité, pour recontextualiser un symptôme inexpliqué par exemple, dans une prise en charge globale des femmes victimes, semblait être la solution proposée par les femmes au MG.

Conclusion : Les femmes victimes de violences étaient très nombreuses. La faible proportion de signalement spontané par les victimes de violences nécessitait un dépistage par une démarche active du MG, dans le cadre d'une approche centrée patient, en s'orientant plutôt vers la recherche des situations de vulnérabilité.

ABSTRACT

Introduction: Many studies have shown the negative medium- and long-term impacts of violence on women's health, both physical and psychological. Moreover, the violence is under-tracked. It is therefore essential to identify situations of current or past violence in each patient in order to improve their care, in particular medical care.

Objective: To describe the population of women suffering of physical, psychological and verbal violence in general medicine detected by a systematic screening campaign.

Describe women's perceptions of systematic screening by the general practitioner of the experiences of abuse: representations of screening, perception of the role of GP in care, experience of such a situation if it exists.

Methods: Complementary mixed explanatory study QUAN (qual)

1- Descriptive analysis of a sample of 216 women responding to a systematic questionnaire carried out at the municipal health center in general practice and family planning as well as in general practice offices in the town of Aubervilliers.

2- Qualitative analysis according to a grounded theory. Collected by semi-directed individual interviews with 13 women consulting at the Municipal Health Center of Aubervilliers. Analysis by constant comparison method with respect to the 3 steps: open coding, axial coding and construction of an explanatory model.

Results: 1- 61% of the women interviewed declared themselves victims of violence. The perpetrator of violence was in half of the cases the spouse or former spouse. 16% of victims reported the violence. 75% of the women victims reported the violence to their doctor, who was therefore a privileged interlocutor of the women victims. 2- Women did not speak spontaneously about the violence because they felt that the violence they were subjected to belonged to private life, a domain they did not spontaneously address with their MG. The questioning of the violence was accepted, on the principle of a relationship of trust with the MG. Systematic screening was seen both as violence and as an opportunity to free speech. The identification of victims in situations of vulnerability, to recontextualize an unexplained symptom, for example, in the overall care of women victims, seemed to be the solution proposed by women in the MG.

Conclusion: Women who were victims of violence were very numerous. The low proportion of spontaneous reporting by victims of violence required active MG screening as part of a patient-centered approach, focusing instead on the search for vulnerability situations.

Table des matières

1. INTRODUCTION	9
1.1. CONTEXTE DE LA LITTÉRATURE	10
1.1.1. <i>Violences faites aux femmes</i>	10
1.1.1.1. Les différents types	10
1.1.1.2. Cadre législatif	11
1.1.1.3. Epidémiologie	12
1.1.1.4. Conséquences	13
1.1.2. <i>Dépistage systématique ou individuel</i>	15
1.1.3. <i>Le rôle du médecin généraliste (MG)</i>	16
1.1.3.1. Perçu par les médecins eux-mêmes	16
1.1.3.2. Perçu par les victimes.....	16
1.1.3.3. Défini par les instances.....	17
1.2. PROBLEMATIQUE.....	19
1.2.1. <i>Sous dépistage</i>	19
1.2.2. <i>Obstacles au dépistage</i>	19
1.2.3. <i>Campagne de dépistage à Aubervilliers</i>	20
1.3. OBJECTIF.....	21
2. METHODES	21
2.1. TYPE D'ETUDE : METHODE MIXTE	21
2.1.1. <i>Volet quantitatif</i>	21
2.1.1.1. Type d'étude.....	21
2.1.1.2. Population étudiée	22
2.1.1.3. Recueil de données	22
2.1.1.4. Analyse des données.....	22
2.1.2. <i>Volet qualitatif</i>	22
2.1.2.1. Grounded Theory : Théorisation ancrée	22
2.1.2.2. Déconstruction des a priori et Journal de bord	23
2.1.2.3. Critères COREQ-32.....	24
2.1.2.4. Population étudiée	24
2.1.2.5. Echantillonnage	25
2.1.2.6. Recueil de données	25
2.1.2.7. Analyse de données.....	26
2.1.2.8. Triangulation des chercheurs	27
2.1.2.9. Ethique	27
3. RESULTATS	27
3.1. VOLET QUANTITATIF.....	27
3.1.1. <i>Analyse descriptive</i>	27
3.1.2. <i>Les femmes victimes de violences</i>	29
3.1.2.1. Situation professionnelle.....	30
3.1.2.2. Niveau d'études.....	32
3.1.2.3. Age.....	32
3.1.2.4. Victimes actuellement.....	33
3.1.2.5. Orientation des femmes victimes actuellement.....	37
3.2. VOLET QUALITATIF	37
3.2.1. <i>Données générales sur les entretiens</i>	37
3.2.2. <i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	37
3.2.3. <i>La relation MG- patiente</i>	38
3.2.3.1. La fonction de MG selon les patientes	39
3.2.3.2. Le MG, un être humain comme les autres	39
3.2.3.3. La confiance, base de la relation MG-patiente.....	40
3.2.3.4. Être active dans la relation MG-patiente.....	41
3.2.4. <i>Parler de la vie privée</i>	41
3.2.4.1. Les femmes ne parlent spontanément pas de leur vie privée.....	41
3.2.4.2. Les conditions pour parler de sa vie privée au médecin.....	42
3.2.3.1. Le genre et la spécialité du médecin ne comptent pas pour parler de la.....	42

3.2.4.3.	Le MG n'est pas un psychologue	43
3.2.4.4.	Ne pas savoir qu'on peut en parler	43
3.2.4.5.	Penser que le MG n'a pas le temps pour parler de la vie privée	43
3.2.5.	<i>Questionnement des violences</i>	43
3.2.5.1.	Acceptabilité du questionnement sur les violences	43
3.2.3.2.	Les conditions nécessaires pour accepter le questionnement des	44
3.2.5.2.	Perception du questionnement des violences par les femmes	45
3.2.6.	<i>Questionnement systématique</i>	46
3.2.6.1.	Une opportunité pour libérer la parole	46
3.2.6.2.	Une violence imposée	46
3.2.6.3.	Formulations du questionnement	46
3.2.7.	<i>Rôle du MG dans la prise en charge des femmes victimes des violences</i>	47
3.2.7.1.	Le MG, acteur principal de la prise en charge des victimes.....	47
3.2.7.2.	Libérer la parole des femmes victimes	47
3.2.7.3.	Orienter	48
3.2.7.4.	Recontextualiser un symptôme dans une situation de violences	48
3.2.3.3.	Collaborer avec les victimes pour mettre en place des stratégies de lutte	48
3.2.8.	<i>Les violences faites aux femmes</i>	49
3.2.8.1.	Les violences subies.....	49
3.2.8.2.	Hiérarchisation des violences subies	50
3.2.8.3.	Conséquences psychosociales	50
4.	DISCUSSION	51
4.1.	PRINCIPAUX RESULTATS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS	51
4.2.	MODELE EXPLICATIF	54
4.3.	COMPARAISON A LA LITTERATURE EXISTANTE	54
4.4.	VALIDITE DE L'ETUDE : FORCES ET FAIBLESSES	55
4.4.1.	<i>Forces</i>	55
4.4.2.	<i>Faiblesses</i>	56
4.4.2.1.	Biais de recrutement	56
4.4.2.2.	Biais d'intervention	56
4.4.2.3.	Biais pendant le recueil de données.....	57
4.4.2.4.	Biais d'interprétation.....	57
4.5.	PERSPECTIVES ET PROJETS	57
5.	CONCLUSION	58
6.	BIBLIOGRAPHIE	60
7.	ANNEXES	65
7.1.	GUIDES D'ENTRETIEN	65
7.1.1.	<i>Première version du guide</i>	65
7.1.2.	<i>Questions ajoutées et modifiées au fur et à mesure des entretiens</i>	66
7.2.	JOURNAL DE BORD	66

1. Introduction

La violence à l'égard des femmes est l'une des formes de violation les plus systématiques et les plus répandues des droits de l'homme. Elle est présente dans toutes les sociétés et constitue un obstacle majeur à l'élimination des inégalités entre les sexes et de la discrimination à l'égard des femmes dans le monde (40).

L'Organisation des Nations Unies (ONU) définit les violences à l'égard des femmes comme "tous 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 la vie privée." (38).

La violence faite aux femmes est un phénomène hétérogène dans ses formes (verbales, physiques, sexuelles...) et ses conséquences.

Elle s'exerce dans différents contextes : vie familiale, vie de couple, vie professionnelle, vie scolaire, ou encore dans la vie en société.

Elles touchent toutes les femmes, indépendamment de leur âge, statut socio-économique ou du niveau d'éducation (43).

La problématique des violences faites aux femmes est une question de société et reste toujours d'actualité. La Seine-Saint-Denis est un département précurseur dans la prise en charge des femmes victimes de violences, en créant en 2002 le premier Observatoire Départemental des Violences faites aux Femmes, qui a inspiré la création de l'Observatoire National des Violences envers des Femmes (ONVF). L'Observatoire Départemental des Violences envers les Femmes de Seine-Saint-Denis a permis l'élaboration de plusieurs outils dédiés à l'accompagnement et la prise en charge des violences faites aux femmes : le téléphone portable d'alerte pour les femmes en très grand danger, les consultations de psycho-traumatologie, le protocole de mise en œuvre de l'ordonnance de protection des femmes victimes de violences, l'accompagnement protégé des enfants, le protocole de prise en charge des enfants orphelins suite à un féminicide, les bons taxis, "un toit pour elle", la lutte contre les mariages forcés ou encore la sensibilisation des jeunes à la lutte contre le sexisme...

Les nombreux impacts négatifs des violences subies sur la santé psychique, somatique nécessitent que la prise en charge des femmes victimes soit pluridisciplinaire et notamment médicale.

Les violences faites aux femmes sont sous dépistées et comprendre le point de vue des femmes

face à ce dépistage est nécessaire pour mieux repérer les femmes victimes de violences et améliorer la prise en charge.

1.1. Contexte de la littérature

1.1.1. Violences faites aux femmes

1.1.1.1. Les différents types

Les violences faites aux femmes sont polymorphes dans leurs formes et dans leur contexte de survenue :

- La violence verbale s'entend. Elle se traduit par des propos dévalorisants et contrôlants qui entretiennent un climat de tension, de peur et d'insécurité.
- La violence psychologique est une suite d'attitudes méprisantes, humiliantes qui dénigrent les capacités intellectuelles ou l'apparence de la femme, en renvoyant une image d'incompétence, de nullité. Étant subtile, elle est plus difficile à identifier.
- La violence économique se manifeste lorsqu'un individu contrôle la volonté de la femme à travailler. Il peut imposer des entraves sur ses plans de carrière. Il se donne le pouvoir d'accorder ou non des sommes d'argent, même pour des besoins essentiels, en tenant dans l'ignorance la femme sur le revenu familial. La dépendance financière constitue souvent un handicap majeur à l'autonomie d'une femme.
- La violence sexuelle est la plus difficile à identifier. C'est une forme de violence que l'on n'ose reconnaître et nommer, car elle ébranle les fondations mêmes des relations hommes/femmes. Dans un tel contexte, l'individu force la femme à avoir des rapports sexuels non désirés. Il l'oblige à adopter des comportements dégradants et humiliants. Il peut la forcer à se prostituer ou à avoir des relations à plusieurs personnes. Être violée atteint une personne plus profondément que de se faire casser les côtes.
- La violence physique n'est pas toujours nécessaire pour maintenir le pouvoir sur la femme. Un individu y a recours quand ses cris, ses insultes ou ses menaces ne fonctionnent plus pour contrôler la femme ou lorsqu'elle manifeste trop d'indépendance ou d'indifférence à ses attaques. Il passera donc aux coups, à la brutalité ou à la contrainte physique. À ce stade, l'individu ne laissera pas de côté les menaces verbales et les humiliations dont il se sert habituellement.
- La violence sociale se manifeste lorsqu'un individu tente, par différents moyens, d'avoir le contrôle sur l'entourage social de la femme souvent dans le but de l'isoler (24).

1.1.1.2. Cadre législatif

Depuis 1980, plusieurs lois ont vu le jour pour lutter contre les violences faites spécifiquement aux femmes et contre les violences au sein des couples, que ce soit au niveau national, européen ou international.

Sur le plan national, nous pouvons citer la loi N°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (29).

La loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs : elle élargit le champ d'application de la circonstance aggravante à de nouveaux auteurs (pacsés et « ex »), à de nouvelles infractions (meurtres – viols – agressions sexuelles), elle facilite l'éloignement de l'auteur de l'infraction du domicile de la victime et elle reconnaît le viol entre époux. La loi renforce également la prévention et la lutte contre le mariage forcé en alignant l'âge légal du mariage pour les filles sur celui des garçons (18 ans), en allongeant le délai de recevabilité de la demande en nullité du mariage et en permettant au procureur d'engager une action de nullité en l'absence du consentement des époux ou de l'un d'entre eux (et non plus seulement à l'initiative des époux ou de l'un d'entre eux) (28).

La loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants, crée l'ordonnance de protection des victimes et la sanction de sa violation, le retrait total de l'autorité parentale pour les personnes condamnées comme auteur, co-auteur ou complice d'un crime sur la personne de l'autre parent et définit le délit de violence psychologique (27).

Au niveau européen, la recommandation Rec (2002)5 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe aux Etats membres sur la protection des femmes contre la violence adoptée le 30 avril 2002 (13) est axée sur la prévention de la violence et la protection des victimes et couvre toutes les formes de violence fondées sur une discrimination sexuelle, y compris la violence au sein de la famille, dans les situations conflictuelles et post-conflictuelles et dans le cadre institutionnel.

Par ailleurs, la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, ratifiée par la France le 4 juillet 2014 et entrée en vigueur le 1er novembre 2014 (15).

Elle est le premier instrument européen contraignant créant un cadre juridique complet pour prévenir les violences à l'encontre des femmes, protéger les victimes et mettre fin à l'impunité des auteurs de violences. Elle définit et érige en infractions pénales différentes formes de violence contre les femmes (dont le mariage forcé, les mutilations génitales féminines, le harcèlement, les violences physiques et psychologiques et les violences sexuelles).

Au niveau international, la Convention de l'Organisation des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée le 18 décembre 1979 (39), a été ratifiée le 14 décembre 1983 par la France. La recommandation générale n°19 adoptée lors de la 11^e session en 1992 précise « La violence fondée sur le sexe est une forme de discrimination qui empêche sérieusement les femmes de jouir des droits et libertés au même titre que les hommes » et « recommande aux Etats d'inclure dans leurs rapports des renseignements sur la violence et sur les mesures adoptées pour l'éliminer » en précisant les modalités pour le faire.

L'ONU renforce sa lutte contre les violences faites aux femmes lors de la Déclaration sur l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes le 20 décembre 1993 (38) : "...La violence à l'égard des femmes va à l'encontre de l'instauration de l'égalité..., (elle) constitue une violation des droits de la personne humaine et des libertés fondamentales... (elle) traduit des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, lesquels ont abouti à la domination et à la discrimination exercées par les premiers..." La Résolution 54/134 de l'Assemblée générale des Nations Unies, adoptée le 17 décembre 1999 (41) proclame le 25 novembre "Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes".

1.1.1.3. Epidémiologie

A l'échelle mondiale, l'ONU estime qu'une femme sur trois au moins, a subi, au cours, de sa vie, une forme ou une autre de violence physique, sexuelle ou psychologique, le plus souvent de la part de son partenaire (44).

En France, on compte environ 84 000 femmes victimes de viol ou de tentatives de viol chaque année. Parallèlement, 223 000 femmes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint. De même, une femme meurt tous les trois jours sous les coups de son compagnon (36).

Plusieurs études sur les violences faites aux femmes ont déjà été réalisées en France dont l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) qui a été réalisée sous la direction de Maryse JASPARD (23).

La population étudiée était constituée par un échantillon représentatif de 6970 femmes âgées de 18 à 59 ans. Les résultats révèlent qu'au cours des 12 derniers mois, 10 % des femmes ont subi des violences conjugales. Le risque de subir des agressions sexuelles ou physiques dans son couple est 4 fois plus important lorsque la femme a été victime de violences dans son enfance. Ce qu'il est important de noter c'est que les femmes parlent peu des violences subies et l'enquête ENVEFF a été l'occasion pour de nombreuses femmes d'en parler pour la 1ère fois. D'autre part, 24% des femmes victimes le signalent à leur médecin.

En 2015, l'enquête Violences et rapports de Genre (VIRAGE) (21), sous la direction de Christine Hamel, entendait actualiser et approfondir la connaissance statistique des violences faites aux femmes. Cette enquête quantitative de grande envergure concernait 25 000 personnes (12 500 femmes et 12 500 hommes), âgées de 20 à 69 ans.

Les premiers résultats disponibles portent sur les violences sexuelles subies par les femmes et les hommes sur une année ainsi que sur la vie entière.

En 2007, la Seine-Saint-Denis, portée par la Commission départementale d'action contre les violences faites aux femmes, a réalisé une étude « Violences faites aux femmes au travail en Seine-Saint-Denis » (14). Les résultats laissent apparaître que 0,6 % des femmes déclarent avoir été obligées de subir un rapport sexuel contre leur gré. Cela représente entre 300 et 1500 personnes chaque année pour 150 000 femmes salariées dans le département.

L'enquête « Comportements sexistes et violents envers les jeunes filles » en Seine-Saint-Denis (CSVF) (35) montre que 23% d'entre elles ont subi des violences physiques, et 13% des agressions sexuelles au cours de leur vie. L'auteur de ces violences est principalement un membre de la famille ou un proche.

Plusieurs études réalisées en soins primaires ont montré une prévalence des violences domestiques de l'ordre de 5.5% à 28%. (30) (31).

1.1.1.4. Conséquences

Différentes études ont permis de démontrer les impacts négatifs à moyen et long terme sur la santé des femmes, tant physique que psychologique, reproductive ou périnatale (45).

L'exposition aux violences entraîne un risque plus grand d'être atteinte de maladies chroniques ou de troubles psychosomatiques, et de syndrome post traumatiques (34).

Le Dr M. Salmona (psychiatre) définit les conséquences traumatiques des agressions sexuelles et parle de mémoire traumatique (52). La réponse émotionnelle est induite par l'amygdale cérébrale. En cas de stress, elle commande la sécrétion via les surrénales de cortisol et

d'adrénaline. Si le stress est intense et le cortex sidéré, il n'y a pas de rétrocontrôle. Cela présente un risque de souffrance myocardique (par l'hypersécrétion d'adrénaline) et de souffrance neuronale (par l'hypersécrétion de cortisol) qui peuvent se traduire par une crise comitiale, ischémie lacunaire ou encore une perte de connaissance.

Cela impose au système nerveux central d'isoler l'amygdale cérébrale, via la libération de neuromédiateurs : « morphine et endorphine-like » (sécrétion par l'hypophyse). Cette disjonction entraîne une anesthésie émotionnelle et physique, et crée la mémoire traumatique. Les émotions ressenties ne peuvent être traitées dans l'hippocampe pour former ce qu'on appelle la mémoire autobiographique. La charge émotionnelle va rester vive, immuable et chargée de l'émotion initiale. Elle est hypersensible et susceptible de « s'allumer » en cas de stimulus rappelant le fait initial et de déclencher à nouveau l'état d'alerte.

Cela induit des conduites d'évitement et de contrôle. Le patient peut chercher à déclencher de nouveau la « disjonction » pour atteindre une anesthésie : en pratiquant des « conduites dissociantes » : consommation de drogues, conduites à risque, mises en danger.

Par ailleurs, les violences faites aux femmes et notamment les violences conjugales ont des impacts négatifs sur la parentalité et les enfants (51).

L'enquête CVSF montre aussi que 15% des jeunes filles ayant subi des violences s'estiment en mauvaise santé tandis que l'ensemble de celles n'en ayant pas subi s'estiment en bonne santé. Trente-quatre pour cent des jeunes filles ayant subi des violences sexuelles ou physiques avant 16 ans ont déjà fait une tentative de suicide, tandis qu'elles sont 6% parmi celles n'ayant pas subi de violences. (35).

Ces différentes études démontrent l'importance pour les professionnels du soin d'avoir une meilleure connaissance du parcours de leur patiente vis-à-vis des violences subies.

Or, le recours aux services de santé est insuffisant, en effet, plusieurs études révèlent que :

- 22 à 35 % des femmes qui consultent dans les services d'urgences présentent des symptômes conséquents aux mauvais traitements (6), et que 2 % des femmes victimes de violence conjugale sont identifiées aux urgences (37).
- 28 % des femmes s'adressant à des dispensaires de médecine interne ont subi des violences de leur partenaire à un moment ou un autre de leur vie (19).
- 10 à 32 % des femmes examinées dans des services de gynécologie obstétrique ont une histoire de violence domestique (7).

- 53 à 72 % des femmes hospitalisées dans un service de psychiatrie sont des femmes maltraitées par leur conjoint (31). 40 à 60 % des femmes victimes de violences conjugales ont consulté un psychiatre (2).

1.1.2. Dépistage systématique ou individuel

Il a été démontré que si l'on veut détecter les violences faites aux femmes et en particulier les violences conjugales, cela nécessite une démarche active. (3). Cela passe donc par un repérage, c'est-à-dire une démarche de dépistage dans une population « à risque ».

Cette position est partagée par les auteurs anglophones notamment aux Etats-Unis mais reste très peu fait par les médecins français.

Pourtant, les travaux réalisés en France par le docteur Lazimi en 2006 (25) (26) montrent l'intérêt du questionnement systématique en médecine générale :

- Cette étude sur 557 patientes et 53 professionnel-le-s de la santé (médecins et sages-femmes fait état d'une prévalence de 63% de femmes ayant été victimes de violences (Lazimi 2006). Par ailleurs, parmi les professionnel-le-s, 22,5 % expriment une difficulté à poser les questions et 77,5 % aucune difficulté, tandis qu'ils sont 96% à trouver ces questions intéressantes pour leur pratique. Mais deux tiers expriment le besoin de formation sur le thème des violences. 81% des professionnel-le-s déclarent que leurs patientes n'ont eu aucune difficulté à répondre aux questions.
- Enfin, Cécile Sarafis a également mené un travail autour du dépistage systématique des violences conjugales dans le cadre de l'entretien préalable à l'avortement et a montré une grande acceptabilité du questionnement. (53).

Ce qui tend à prouver que les femmes sont ouvertes à parler des violences qu'elles subissent.

Néanmoins, l'efficacité du dépistage n'apparaît pas si évidente. Le dépistage systématique augmenterait le nombre de violences déclarées (50). De plus, il n'a pas été établi de preuves que cela améliorerait la prise en charge, diminuerait l'exposition de ces femmes à la violence ou encore améliorerait leur qualité de vie (50).

Le questionnaire Women Abuse Screening Tool (WAST) (5) est un outil de dépistage validé pour les violences faites aux femmes. Voici la version française de ce questionnaire dont le score va de 7 à 21, validé en France.

- En général, comment décririez-vous votre relation de couple ? (très tendue, quelque peu tendue, aucune tension)

- Quand il y a une dispute dans votre couple, réglez-vous le conflit avec... (beaucoup de difficulté, une certaine difficulté, aucune difficulté)
 - Vos disputes vous font-elles parfois vous sentir rabaissée ou vous bouleversent-elles ? (souvent, quelquefois, jamais)
 - Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade ? (souvent, quelquefois, jamais)
 - Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ? (souvent, quelquefois, jamais)
 - Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ? (souvent, quelquefois, jamais)
 - Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ? (souvent, quelquefois, jamais)
 - Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ? (souvent, quelquefois, jamais)
- Cette échelle est un outil d'aide diagnostique plus qu'un outil de dépistage. Il est toujours en cours de validation.

1.1.3. Le rôle du médecin généraliste (MG)

1.1.3.1. Perçu par les médecins eux-mêmes

Les MG estiment que leur fonction dans la prise en charge des violences est essentiellement centré sur l'écoute et la rédaction du certificat (10).

Par ailleurs, on note un sentiment d'impuissance et d'isolement des MG (4).

1.1.3.2. Perçu par les victimes

Selon Metz, les victimes souhaitent inclure le médecin dans la prise en charge des violences. Il apparaît en 3ème position après le partenaire et les proches pour discuter de problèmes sexuels. De plus, la plupart des victimes souhaiterait que ce thème soit abordé plus souvent par leur médecin généraliste et que ce soit lui qui initie les questions sur le sujet (33) (32).

Les attentes des femmes lors de la consultation du médecin « traitant » sont :

- l'écoute, pour sortir de l'isolement et pour nommer cette violence,
- obtenir des conseils,

- une orientation, pour faire un signalement à la justice (49).

Les autres attentes des femmes peuvent être aussi la rédaction d'un certificat médical ou la demande de prise en charge du conjoint.

Enfin, selon les victimes, la connaissance du contexte familial par le médecin généraliste permet d'intervenir activement. Rester ouvert, disponible, poser la question de façon directe et rappeler sa disponibilité étaient des critères facilitant la confiance (55).

Les médecins généralistes sont donc considérés comme des interlocuteurs privilégiés pour parler des violences subies.

1.1.3.3. Défini par les instances

Le rôle du secteur de la santé face aux violences faites aux femmes est défini par l'Organisation des Nations Unies :

- prévention primaire : par l'attention de la communauté portée sur les violences faites aux femmes et enfants,
- prévention secondaire : repérage précoce des victimes, soutien, surveillance et prise en charge médicale adaptée (physique, mentale...),
- prévention tertiaire : suivi à long terme, prise en charge des conséquences sur la santé physique et mentale,
- orientation pour une aide pluridisciplinaire : psychologique, sociale et judiciaire (45).

En France, les rôles du médecin face à une femme victime de violences sont définis par le rapport Henrion (20).

Ce rapport cite trois catégories de médecins en première ligne pour dépister les signes de violences : les médecins généralistes, les urgentistes et les gynécologues obstétriciens.

Ces recommandations concernent les violences conjugales mais peuvent être appliquées aux femmes victimes de violences en général :

- accueillir et être à l'écoute, en étant disponible et en sachant engager le dialogue par des questions simples qui permettent la mise en confiance de la femme pour raconter son histoire,
- dépister les violences : en fonction d'éléments indicateurs de celles-ci (syndrome dépressif, anxieux, trouble du sommeil, trouble du comportement alimentaire, lombalgies chroniques, douleurs pelviennes, dyspareunies...) ou par un dépistage systématique

en l'absence de signes évocateurs, il faut être attentif au comportement des personnes que l'on voit en consultation ;

- évaluer la gravité : en appréciant les conséquences somatiques des lésions traumatiques mais aussi les conséquences gynécologiques (infections sexuellement transmissibles), psychique. Il est nécessaire d'évaluer l'impact de ces violences qui peuvent conduire à des conduites à risque (suicide et tentative de suicide, utilisation de médicaments psychotropes, conduites addictives), de rechercher les facteurs de vulnérabilité et d'évaluer le retentissement au foyer ;

- assurer les soins et constituer un dossier, en réalisant un bilan des lésions et en traitant le retentissement psychologique ;

- rédiger le certificat, qui est un document médico-légal et qui prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée par la victime. Le certificat doit comporter la description exhaustive des lésions constatées, leur emplacement, leur ancienneté et leur étendue ;

- informer et orienter la patiente : c'est une des missions essentielles du médecin. S'il existe des éléments qui laissent craindre une urgence immédiate : le médecin doit organiser l'hospitalisation de la femme victime et la convaincre de porter plainte ou pouvoir l'orienter vers les Unités Médico-Judiciaires et/ou des associations.

Pour l'Ordre National des Médecins, la prise en charge des personnes victimes de violences est le rôle de tout médecin, quel que soit son mode d'exercice (47).

Outre-Atlantique, l'auteur américain Stevens définit l'acronyme SAVER (54) qui propose des missions identiques à celles que préconise le rapport Henrion en France :

- Screen all female patients for violence
- Ask direct questions in a nonjudgmental way
- Validate the patient
- Evaluate survivors and educate all female patients
- Refer survivors

Screen all female patients for violence : Dépister toutes les femmes. Chaque femme est susceptible d'avoir subi des violences. Poser la question est une intervention en soi.

Ask direct questions in a nonjudgmental way : Poser des questions directes, sans jugement. Il faut laisser le temps à la patiente et ne pas passer à côté de certaines réponses même si la patiente minimise ce qui s'est passé.

Validate the patient : Ne pas remettre en doute la parole de la patiente. Il faut lui dire qu'elle n'est pas responsable de ce qui s'est passé.

Evaluate survivors and educate all female patients : Il faut ensuite évaluer la situation de la patiente : est-elle actuellement en danger ? Est-elle toujours en contact avec son agresseur ? A-t-elle des idées suicidaires ? Par ailleurs, il faut éduquer les patientes. On peut expliquer à celles qui n'ont pas subi de violences, que celles-ci existent et qu'elles peuvent avoir des conséquences physiques et psychologiques. On peut les aider à reconnaître et prendre conscience de certaines violences.

Refer survivors : Orienter la patiente pour une prise en charge globale. La prise en charge doit être médicale et psychologique mais il ne faut pas oublier la prise en charge sociale et judiciaire.

1.2. Problématique

1.2.1. Sous dépistage

Le repérage des violences faites aux femmes reste insuffisant. (16)

Les médecins estiment qu'ils ont un rôle à jouer mais pourtant ils dépistent peu de femmes victimes parmi leurs patientes. Les plus forts taux de dépistage sont retrouvés chez les gynécologues-obstétriciens mais également chez les médecins femmes et ceux ayant reçu une formation sur les violences. (17)

En effet, les médecins ne posent pas systématiquement la question des violences conjugales à leurs patientes et préfèrent reporter le problème du repérage et de la prise en charge des violences conjugales sur les victimes plutôt que de remettre en question leurs pratiques. (16).

Les représentations qu'ont les médecins des violences faites aux femmes et en particulier des violences conjugales sont proches de celles de la population générale : les situations de violence seraient plus importantes dans les milieux défavorisés. Peu d'entre eux peuvent chiffrer l'ampleur du phénomène dans la population générale (10).

Il faut noter que près de 67 % des médecins se sentent mal formés (16).

1.2.2. Obstacles au dépistage

Parmi les freins au dépistage par le MG, on retrouve la peur d'offusquer le patient et l'oubli de poser la question (17).

Les raisons avancées par les médecins pour expliquer le fait qu'ils n'abordent pas la question sont les suivantes : « la faible fréquence des violences », le caractère « stéréotypé » (les femmes victimes seraient issues plutôt de milieu défavorisé...), le manque de temps, la méconnaissance de la prise en charge ultérieure, mais également la peur d'être intrusif et la crainte d'éventuelles retombées négatives pour la patiente (10).

Il leur apparaît que ces situations sont difficiles à gérer. Très peu de médecins font un dépistage systématique (7 à 9%) (12).

Un des freins peut être la position délicate du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes ayant subi des violences conjugales, car en tant que médecin de famille, ils connaissent aussi l'auteur des violences, qui est souvent le conjoint. Cela confère une sorte de position particulière dans le trio entre la victime, le conjoint et lui-même (1).

Parmi les obstacles évoqués par les médecins, on peut citer la crédibilité de la patiente, le refus d'entendre ou feindre d'entendre, les problèmes de temps et de disponibilité, la peur des représailles du conjoint envers le médecin ou des retombées judiciaires, les obstacles liés à la relation idéale médecin-malade, la peur de soulever un problème dont la patiente ne se plaint pas, la peur de la réaction de la patiente, la peur de mettre à jour des situations douloureuses, insupportables, dérangeantes, l'obstacle supposé lié au sexe du médecin, l'histoire personnelle du médecin, le sentiment supposé d'impuissance et d'échec, les obstacles liés à la méconnaissance du réseau d'intervenants et/ou à son absence, le manque de moyens et d'aide des pouvoirs publics (1).

En parallèle, le repérage des violences est freiné par les victimes elles-mêmes. En France, de nombreuses femmes ont parlé pour la première fois de violences subies lors de l'enquête ENVFF (23).

La femme ne parle pas à son médecin des problèmes de violences conjugales. Les motifs invoqués sont la crainte du conjoint, le sentiment de honte, la peur de l'incompréhension du médecin et le manque de temps pour s'exprimer en consultation. (49)

1.2.3. Campagne de dépistage à Aubervilliers

Comme évoqué précédemment, l'un des freins au repérage des violences faites aux femmes, est la réticence des professionnels à aborder la question des violences.

La campagne de dépistage systématique réalisée en octobre et novembre 2015 dans plusieurs lieux d'accueil de femmes à Aubervilliers avait pour but de savoir qui étaient les femmes victimes de violences à Aubervilliers et permettre aux professionnel-le-s de se familiariser avec

le questionnement systématique sur les violences, afin de pouvoir aborder ce sujet plus facilement avec les femmes.

La campagne cherchait également à décrire les orientations réalisées et mesurer les difficultés d'accompagnement rencontrées par les professionnel-le-s et de pouvoir disposer d'un état des lieux de la prise en charge des violences au niveau de la ville.

L'objectif institutionnel était de ne pas prendre le dépistage systématique comme le moyen efficace pour repérer les femmes victimes de violence.

1.3. Objectif

L'objectif principal était de décrire les perceptions des femmes consultant au centre municipal de santé d'Aubervilliers du dépistage systématique par le médecin généraliste des violences subies, à travers :

- leurs représentations du dépistage,
- la perception du rôle du MG dans la prise en charge,
- l'expérience vécue d'une telle situation si elle existe.

Il s'agissait de décrire la population de femmes subissant des violences (physiques, psychiques et verbales) qui consulte en médecine générale repérées par une campagne de questionnement systématique (caractéristiques sociodémographiques).

2. Méthodes

2.1. Type d'étude : méthode mixte

Nous avons mené une étude mixte complémentaire explicative QUAN(qual).

L'étude mixte a pour objectif d'éclairer les données qualitatives et quantitatives de façon synergique.

2.1.1. Volet quantitatif

2.1.1.1. Type d'étude

Nous avons mené une étude descriptive transversale d'un échantillon de 216 femmes répondantes à un questionnaire systématique géré par des médecins généralistes exerçant au centre municipal de santé (CMS), en centre de planification (CPEF) et en médecine libérale (ML) de la ville d'Aubervilliers.

2.1.1.2. Population étudiée

La population étudiée représentait les femmes âgées de plus de 15 ans se présentant seules en consultation pendant les mois d'octobre et novembre 2015.

2.1.1.3. Recueil de données

Les données ont été recueillies sous la forme d'un questionnaire de 8 questions, permettant de réaliser le dépistage des violences faites aux femmes (physiques, verbales, sexuelles). L'ensemble des médecins devaient questionner les 30 premières femmes se présentant en consultation, seules, et âgées de plus de 15 ans.

Toutes les données ont été retranscrites sur un tableau Excel, avant l'analyse statistique.

A l'issue du questionnaire, le médecin devait renseigner une fiche de liaison sur l'orientation proposée aux femmes ayant subi ou subissant des violences.

2.1.1.4. Analyse des données

Une analyse descriptive (tri à plat) a été réalisée pour présenter les caractéristiques sociodémographiques des femmes subissant ou ayant subi des violences.

2.1.2. Volet qualitatif

Le raisonnement inductif dans une approche qualitative a pour particularité de permettre l'élaboration d'hypothèses lorsqu'un domaine est peu exploré dans sa complexité. Le point de vue des patientes dans le dépistage systématique des violences par le médecin généraliste et le rôle qu'il peut jouer dans la prise en charge est encore mal connu en France. L'étude de la perception du rôle du médecin généraliste dans cette prise en charge nécessitait ce type de raisonnement.

2.1.2.1. Grounded Theory : Théorisation ancrée

L'analyse par théorisation ancrée permet d'étudier les perceptions, les représentations et les opinions d'un processus donné.

Elle s'appuie sur l'étude des causes, du contexte, des conséquences, des conditions, des contingences (causes indéterminées) et des covariances (lien entre les caractéristiques) d'un processus social. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain.

C'est une théorie explicative qui permet la schématisation de l'interaction entre les acteurs à partir des données empiriques recueillies.

Ainsi, par ce processus, nous pouvons mieux comprendre la perception des femmes concernant le rôle du médecin généraliste quant au dépistage des violences qu'elles subissent.

Faisant suite aux résultats de la campagne de dépistage systématique des violences faites aux femmes, laissant apparaître la difficulté de libération de la parole des femmes sur ce sujet face au médecin généraliste, l'étude du point de vue des femmes est apparue essentielle.

2.1.2.2. Déconstruction des a priori et Journal de bord

Afin de déconstruire nos a priori, avec le directeur de thèse, nous avons réfléchi à notre propre réponse sur le sujet.

Selon nous, le dépistage systématique des violences faites aux femmes présentait différents aspects.

Premièrement, nous pensions que la question pouvait être surprenante voire violente pour une femme venant consulter pour un motif tout autre que les violences qu'elle pouvait avoir subies. En tant que femme, je ne verrai pas de frein à y répondre, si au préalable le médecin m'expliquait pourquoi il avait besoin de ce genre d'information. Nous admettons que la question mérite d'être abordée au cours du suivi d'une femme car il peut en découler une atteinte physique et psychologique à ces violences.

En tant que médecin généraliste, je ne sais pas si je suis en mesure dès la première consultation de recevoir l'information et de pouvoir répondre aux attentes de la patiente. Je ne sais pas si les solutions proposées seront efficaces.

Se pose aussi la question de ce que la patiente attend de moi si elle est concernée par la question des violences.

Concernant la réponse donnée par la patiente, veut-elle y répondre lors de cette première consultation et sa réponse sera-t-elle fiable ?

Face à la prise en charge des violences, je me sens impuissante. Des moyens pour aider les femmes victimes de violences existent mais leur accès reste difficile lors d'un exercice de médecine de ville où on peut être isolé, et par ailleurs le manque de formation initiale à ce type de situation me pose problème. Je pense être à l'écoute et en mesure de recevoir les réponses des patientes, mais il est difficile pour moi d'accepter le rôle d'être uniquement dans l'accompagnement et non être un réel acteur de la prise en charge.

Nous pensions aussi que le dépistage systématique n'allait pas dans le sens d'une approche centrée sur le patient.

Par ailleurs, nous pensions également que les différents types de violences subies ne pouvaient pas être mis sur le même plan puisque la réponse et l'impact engendré seraient différents.

Nous pensions qu'un climat de confiance devait avoir été instauré entre la patiente et le médecin généraliste avant d'aborder la question des violences, car la patiente pourrait répondre ne pas être victime de violence alors qu'elle l'aurait été.

Nous serions plus adeptes d'une approche centrée patient, dans le cadre d'une consultation quasi dédiée où l'on pourrait aborder tous les aspects des violences, afin d'apporter une réponse plus adaptée.

Aussi, le sentiment d'impuissance pourrait être plus important face à une patiente qu'on vient de rencontrer.

Cette confusion dans cette position de femme et de médecin démunie de moyens face à cette prise en charge me permettait de me mettre en position de recherche.

Tout ceci a mené à l'élaboration d'un journal de bord qui a tenu compte des perceptions progressivement modifiées des chercheurs au contact du terrain d'enquête et l'ajustement des questions du guide d'entretien, non pas avec les a priori des chercheurs mais en gardant une posture inductive grâce à la tenue de ce journal de bord.

En annexe nous avons choisi de mettre quelques éléments du journal de bord afin de montrer la progression de notre réflexion.

2.1.2.3. Critères COREQ-32

L'étude a été construite en suivant la grille de qualité d'études qualitatives COREQ-32 quand les items de la grille étaient applicables.

2.1.2.4. Population étudiée

Nous avons choisi d'étudier les patientes âgées de plus de 18 ans, consultant au CMS d'Aubervilliers, car elles étaient susceptibles d'avoir été approchées ou d'avoir participé à la campagne de dépistage systématique.

Pour chaque femme interrogée, les caractéristiques suivantes étaient recueillies : âge, situation conjugale, avec ou sans enfants, origine des parents, profession, lieu d'habitation.

2.1.2.5. Echantillonnage

La population a été intentionnellement choisie afin de donner une perspective particulière sur le phénomène étudié, en recherchant un échantillonnage raisonné à variation maximale et théorique selon les critères précités.

La taille de l'échantillon n'est pas définie a priori. Les entretiens ont été arrêtés lorsque nous avons atteint la saturation des données ; un nouvel entretien n'apportant pas d'éléments nouveaux.

2.1.2.6. Recueil de données

2.1.2.6.1. Recrutement

Le recrutement s'est effectué en salle d'attente de consultation de médecine générale et de planification du CMS.

2.1.2.6.2. Mode de recueil

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés en personne avec les femmes, après avoir recueilli un consentement écrit.

Après de courtes présentations, l'objet de l'entretien était à nouveau rappelé ainsi que les sujets qui y seraient abordés. Les sujets n'ont pas été développés afin de ne pas orienter leur discours. Les femmes interrogées étaient informées de l'enregistrement et de la transcription écrite des entretiens en insistant sur le respect de la confidentialité et de l'anonymat.

La patiente était à nouveau invitée à faire part de son accord ou de son désaccord de participer ou non au travail.

Un guide d'entretien semi-structuré à partir de questions ouvertes a été utilisé, ce qui est le plus adapté pour des discussions plus personnelles. L'entretien débutait par une question brise-glace

« Depuis quand consultez- vous au centre de santé ? » afin de mettre en confiance la patiente, que l'on rencontrait pour la première fois, afin de créer les conditions pour favoriser la parole. Afin d'avoir un registre conversationnel, l'entretien était flexible, les questions n'étaient pas toujours posées dans le même ordre. Les femmes étaient encouragées à parler le plus possible. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, en essayant de rapporter les manifestations non verbales (rires, pleurs, pauses, hésitations...). L'ensemble des retranscriptions a donc constitué le verbatim.

2.1.2.7. Analyse de données

Chaque entretien a fait l'objet d'une première analyse, dont l'objectif est de résumer les principales idées de l'interlocutrice.

2.1.2.7.1. Codage

Le codage est le processus fondamental de l'analyse thématique. Il se divise en 3 principaux codages : codage ouvert, axial et sélectif.

Le codage ouvert n'est pas défini a priori mais émerge d'une lecture approfondie des retranscriptions. Il s'agit de relever un à un les fragments pertinents dans chaque entretien.

L'information a dû être décomposée au maximum, afin qu'il y ait autant de codes que d'éléments et de nuances dans le discours.

Le codage axial permet de classer les citations et les idées véhiculées en catégories et sous catégories.

Cette catégorisation permet de dégager les grands thèmes récurrents abordés.

Enfin le codage sélectif permet d'intégrer et d'affiner la théorie. Il consiste à mettre en relation les différents concepts pour en faire un récit.

Le récit est réalisé à partir de matrices, qui sont des croisements d'au moins deux données (codes, catégories, sous catégories, caractéristiques de la population...).

La fréquence de certains codes a été analysée, ce qui permet de voir le portrait global de la situation des données et de formuler des conclusions adéquates et nuancées sur le sujet.

2.1.2.7.2. Logiciel Nvivo

L'analyse des verbatim a été effectuée à l'aide d'un logiciel, NVivo9.

Il facilite la gestion progressive du travail d'analyse, notamment pour la codification et la manipulation des différents codes ouverts, et permet d'effectuer du codage à différents niveaux de façon simultanée. Il permet aussi le classement des données et la génération de matrices et de fréquence de codes.

2.1.2.8. Triangulation des chercheurs

Une triangulation de deux chercheurs de l'analyse a été réalisée.

2.1.2.9. Ethique

Le consentement des patientes a été recueilli avant de débiter l'entretien. Le caractère anonyme, non obligatoire et réversible de la participation à l'étude avait été expliqué aux femmes. Une déclaration à la CNIL avait été faite préalablement et la demande de comité de protection des personnes a été faite mais toujours en cours de traitement.

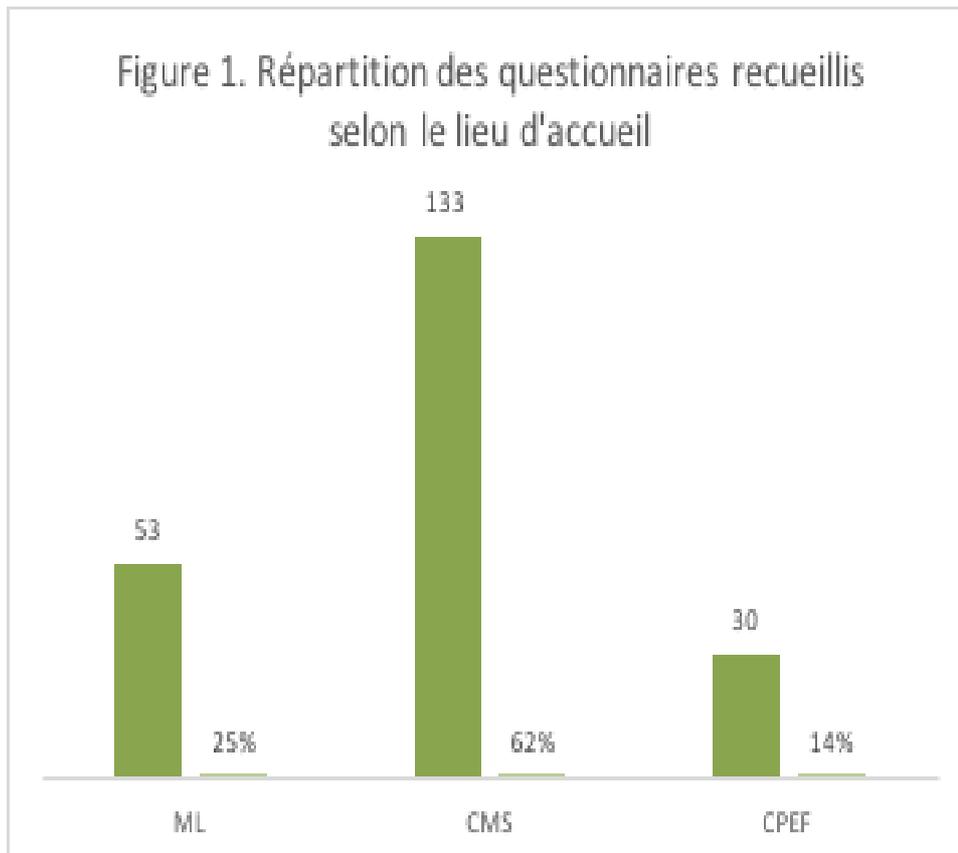
3. Résultats

3.1. Volet quantitatif

3.1.1. Analyse descriptive

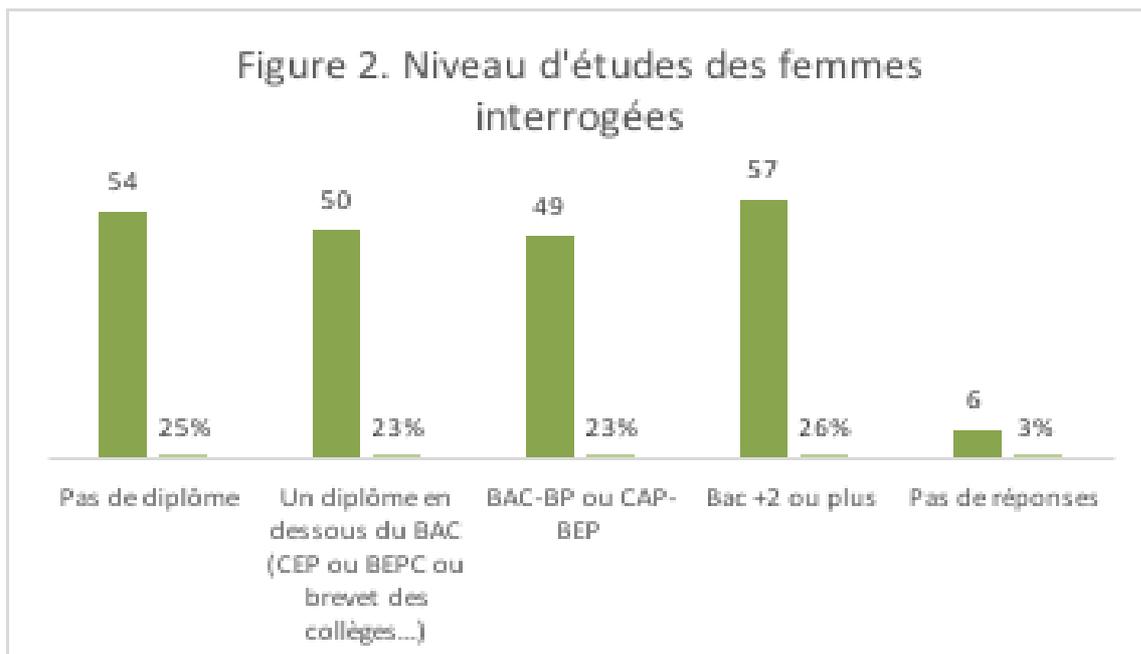
Au total, 216 questionnaires ont été recueillis (Figure 1):

- 133 au CMS,
- 53 en médecine libérale,
- 30 en planification.



Parmi les 216 femmes interrogées, 35 femmes consultaient pour la première fois (16%).

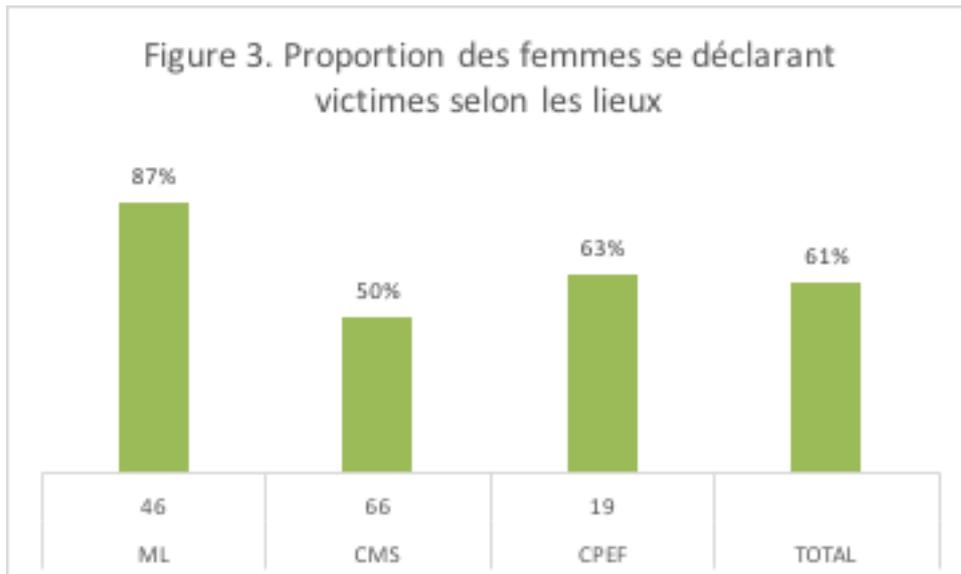
La répartition selon le niveau d'études était homogène : 25% de femmes sans diplômes, 23% ayant un diplôme en dessous du BAC, 23% ayant obtenu le BAC et 26% ayant un niveau BAC+2 ou supérieur (Figure 2).



3.1.2. Les femmes victimes de violences

Parmi les 216 femmes interrogées, 131 patientes se sont déclarées victimes de violences (physique, sexuelle, verbale) (Figure 3) :

- 50% des femmes vues en consultation de MG au CMS se sont déclarées victimes,
- 63% des femmes reçues en consultation de CPEF se sont déclarées victimes,
- 87% des femmes reçues en en ML se sont déclarées victimes.



Parmi les femmes interrogées (Figure 4),

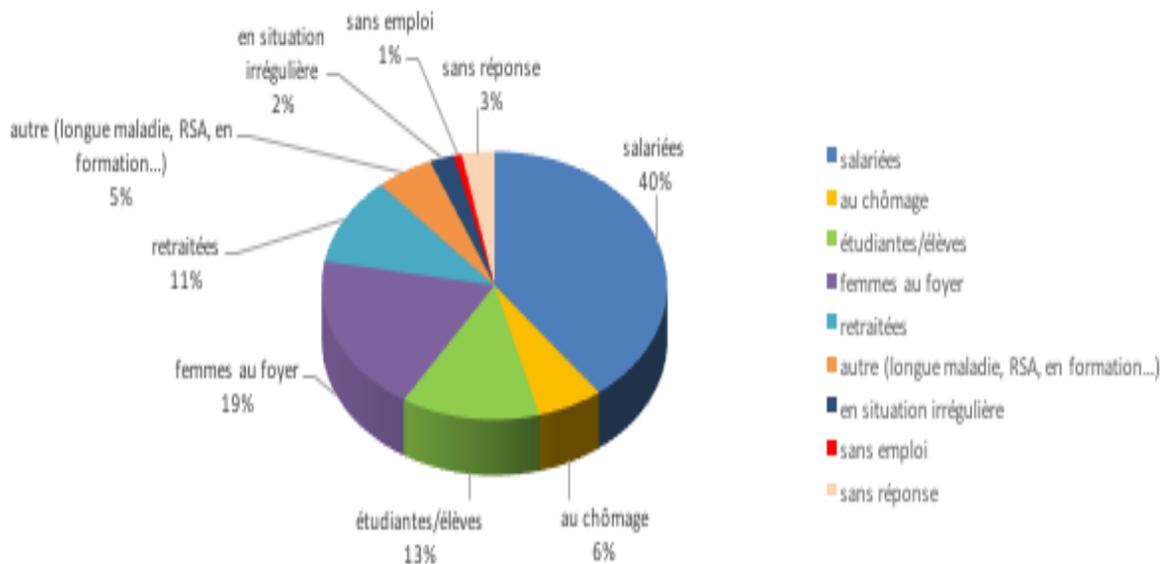
- 36% étaient victimes de violences physiques (44 CMS, 6 CPEF, 28 en ML)
- 18% de violences sexuelles (21 CMS, 2 en CPEF et, 15 en ML)
- 55% de violences verbales (56 CMS, 18 CPEF, 45 ML)
- 15% étaient victimes de violences physique, sexuelle, et verbale (17 CMS, 1 CPEF, 14 ML)



3.1.2.1. Situation professionnelle

Quarante pour cent étaient salariées, 6% étaient au chômage, 13% étaient Etudiantes ou élèves, 19% étaient femmes au foyer, 11% étaient retraitées, 5% étaient en longue maladie ou bénéficiaires du RSA, 2% étaient en situation irrégulière, 1% était sans emploi (Figure 5).

Figure 5. Situation professionnelle des femmes interrogées victimes de violences



Parmi les 78 femmes se déclarant victimes de violences physiques (Tableau 1) :

42% étaient salariées, 5% au chômage, 9% étudiantes ou élèves, 18% femmes au foyer, 9% retraitées, 4% n'avaient pas de titre de séjour, 8% étaient en longue maladie ou bénéficiaires du RSA et 5% n'avaient pas répondu.

Parmi les 38 femmes se déclarant victimes de violences sexuelles (Tableau 1) :

34% étaient salariées, 5% au chômage, 11% étudiantes ou élèves, 21% des femmes au foyer, 8% retraitées, 8% n'avaient pas de titre de séjour, 8% étaient en longue maladie ou bénéficiaires du RSA et 5% n'avaient pas répondu.

Parmi les 119 femmes se déclarant victimes de violences verbales (Tableau 1) :

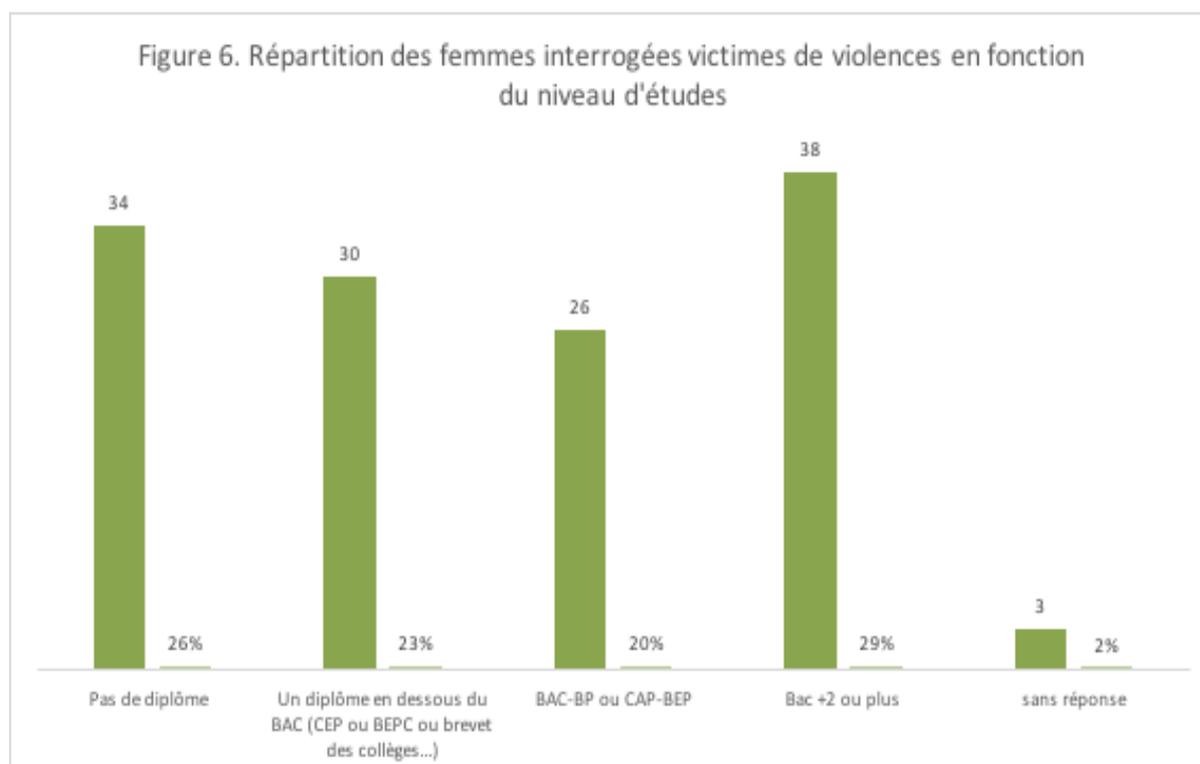
37% étaient salariées, 7% au chômage, 13% étudiantes ou élèves, 20% des femmes au foyer, 12% retraitées, 3% n'avaient pas de titre de séjour, 5% étaient en longue maladie ou bénéficiaires du RSA et 3% n'avaient pas répondu.

	Violences physiques	%	Violences sexuelles	%	Violences verbales	%	Total
Salariée	33	42%	13	34%	44	37%	52
Chômage	4	5%	2	5%	8	7%	8
Etudiante/Eève	7	9%	4	11%	16	13%	17
Femme au foyer	14	18%	8	21%	24	20%	25
Retraitée	7	9%	3	8%	14	12%	14
Sans titre de séjour	3	4%	3	8%	3	3%	3
Autre	6	8%	3	8%	6	5%	8
Sans réponse	4	5%	2	5%	4	3%	4
Total	78	100%	38	100%	119	100%	131

Tableau 1. Situation professionnelle selon les violences subies

3.1.2.2. Niveau d'études

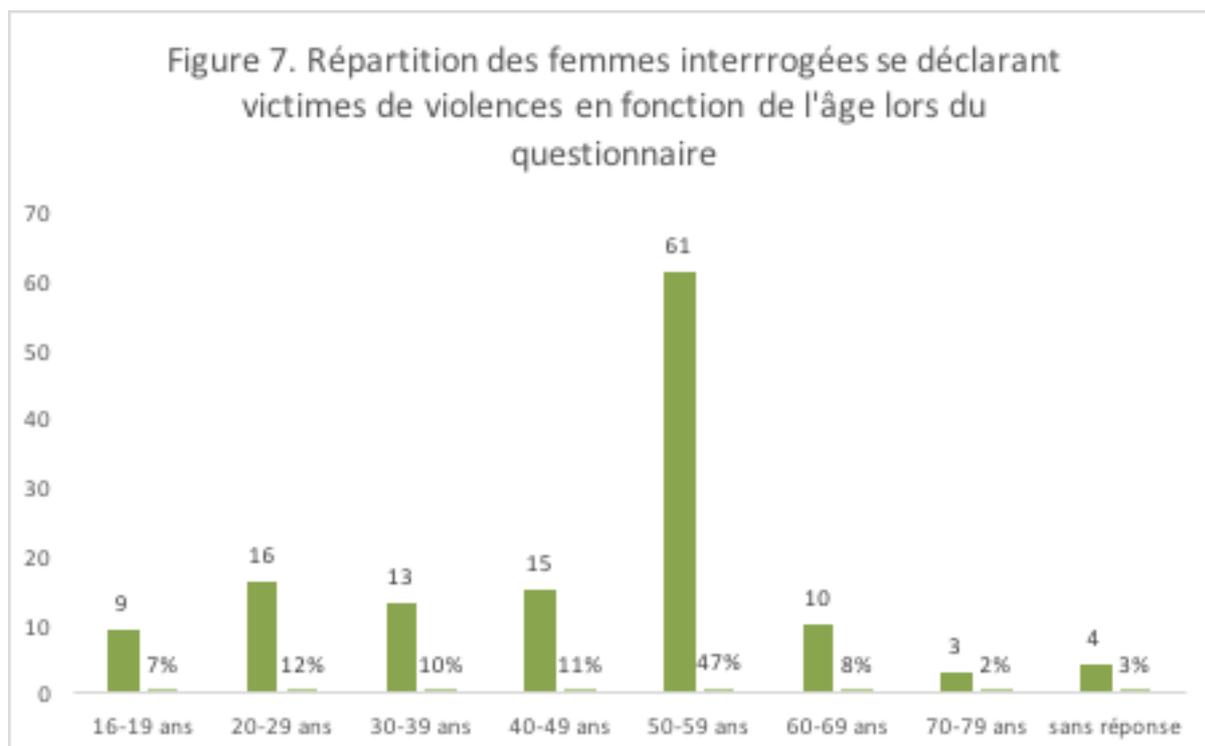
Quatorze femmes n'avaient pas de diplômes, 26% avaient un diplôme en dessous du BAC, 23% avaient un niveau BAC, 20% avaient un niveau BEP ou BAC, 29% avaient un diplôme BAC +2, 2% n'avaient pas répondu (Figure 6).



3.1.2.3. Age

Les femmes se déclarant victimes de violences se répartissaient ainsi (Figure 7) :

- 7% étaient âgées de 16 à 19 ans,
- 12% étaient âgées de 20 à 29 ans,
- 10% étaient âgées de 30 à 39,
- 11% étaient âgées de 40 à 49 ans,
- 47% étaient âgées de 50 à 59 ans,
- 8% étaient âgées de 60 à 69 ans,
- 2% étaient âgées de 70 à 79 ans,
- 3% n'avaient pas donné leur âge.



3.1.2.4. Victimes actuellement

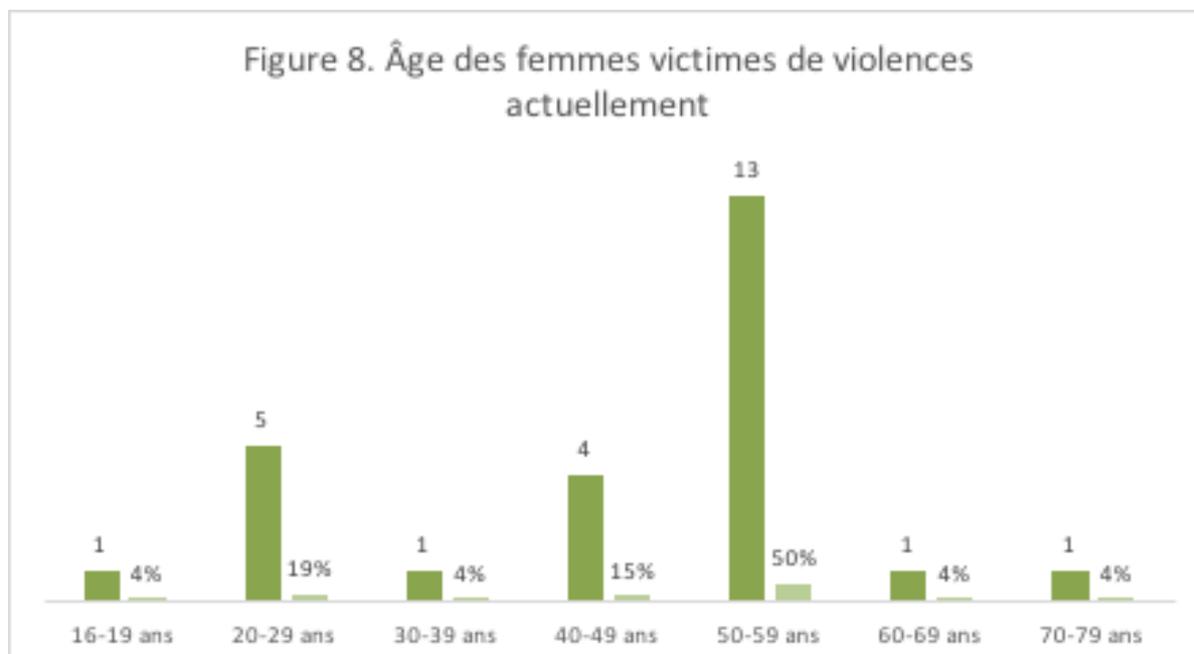
26 femmes étaient victimes de violences actuellement, soit 12% des femmes interrogées.

3.1.2.4.1. Age des victimes

Parmi les femmes victimes actuellement (Figure 8),

- 4% des femmes avaient entre 16 et 19 ans,
- 19% avaient entre 20 et 29 ans,
- 4% avaient entre 30 et 39 ans,

- 15% avaient entre 40 et 49 ans,
- 50% avaient entre 50 et 59 ans,
- 4% avaient entre 60 et 69 ans,
- 4% avaient entre 70 et 79 ans.



3.1.2.4.2. Situation professionnelle des victimes des violences actuellement

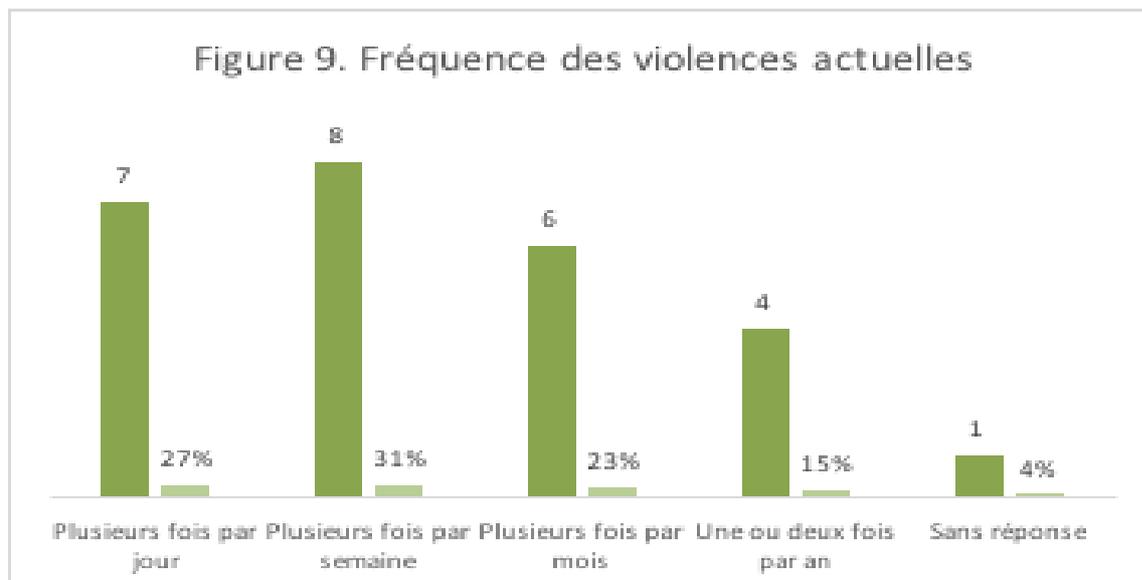
42% étaient salariées, 12% étaient au chômage, 4% étaient étudiantes ou élève, 15% étaient des femmes au foyer, 12% étaient retraitées, 8% n'avaient pas de titre de séjour, 8% étaient en longue maladie ou bénéficiaires du RSA (Tableau 2).

Salariée	11	42%
Chômage	3	12%
Etudiante/Eélve	1	4%
Femme au foyer	4	15%
Retraitée	3	12%
Sans titre de séjour	2	8%
Autre	2	8%
Total	26	100%

Tableau 2. Situation professionnelle des femmes victimes de violences actuelles

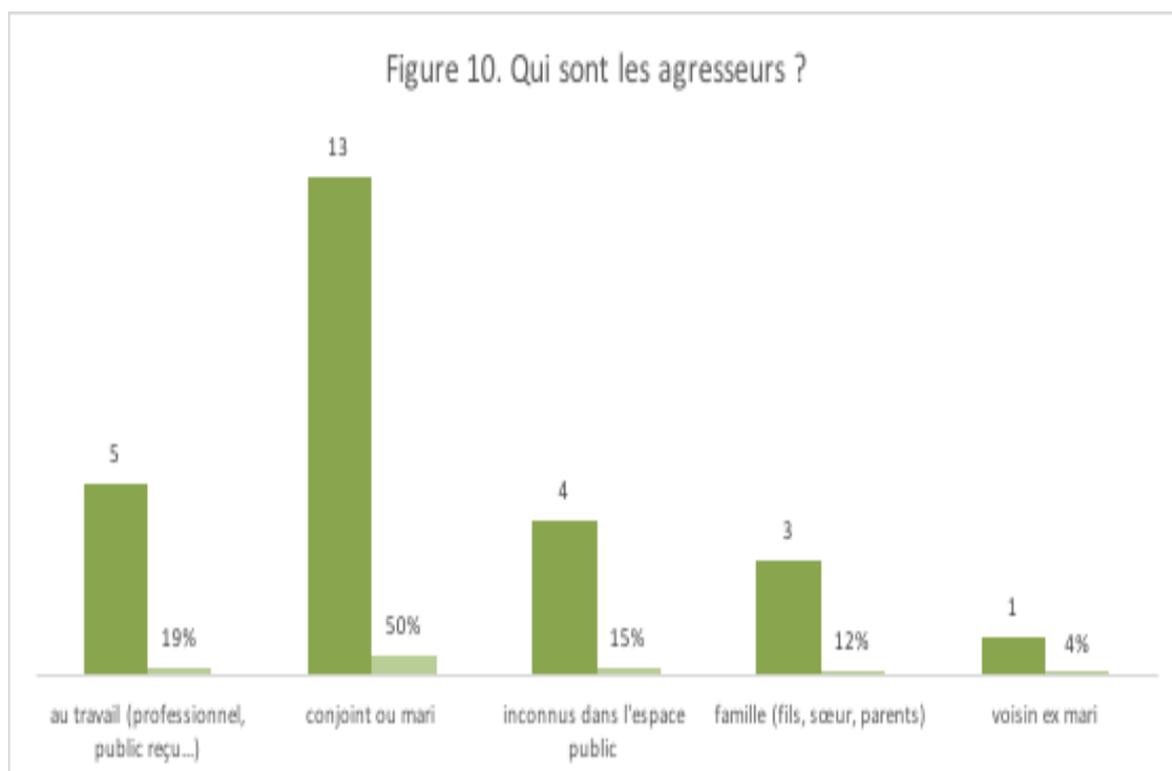
3.1.2.4.3. Fréquence des violences subies

Parmi les victimes de violences actuellement, 27% femmes subissaient des violences quotidiennes, 31% des violences hebdomadaires, 23% des violences plusieurs fois par mois, 15% subissaient des violences une à deux fois par an et 4% n'ont pas précisé la fréquence des violences subies (Figure 9).



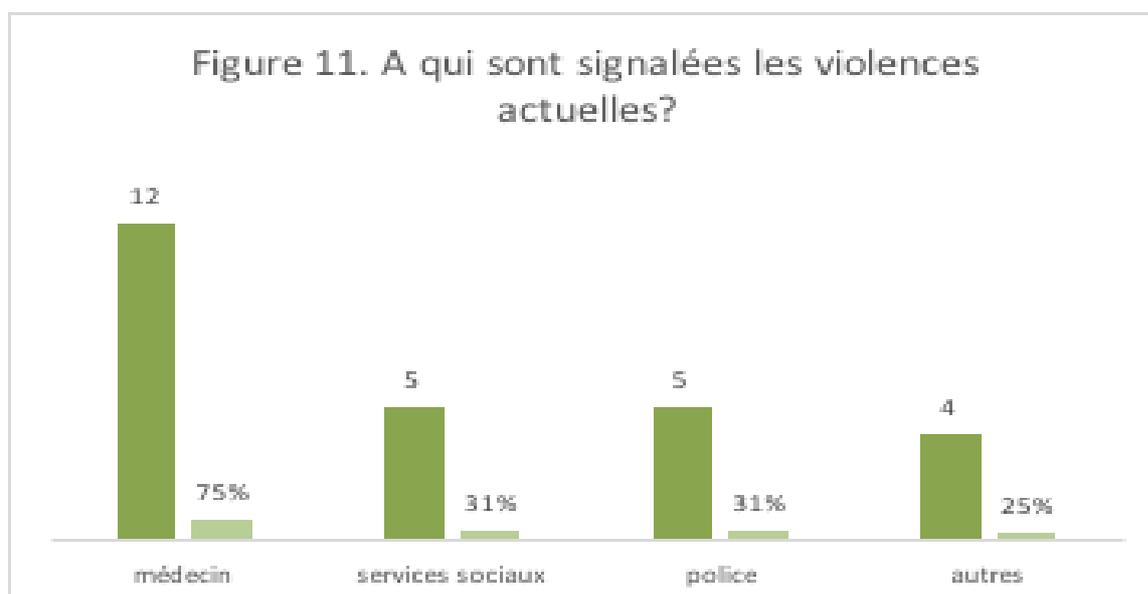
3.1.2.4.4. Qui sont les agresseurs ?

50% des femmes subissaient des violences de la part de leur mari ou conjoint, 12% des femmes subissaient des violences de la part de leur famille (fils, sœur, parents), 19% des femmes subissaient des violences au travail, 15% avaient subi des violences de la part d'inconnus dans l'espace public, et 4% (soit une personne) avaient subi des violences de la part du voisin de son ex-mari (Figure 10).



3.1.2.4.5. Signalement des violences

61% femmes victimes de violences actuellement ont signalé les violences. 5 femmes victimes de violences passées ont signalé les actes de violences. Les signalements ont été réalisés au médecin pour 75% des femmes, aux services sociaux pour 31% des femmes, à la police, pour 31% des femmes et à d'autres professionnels comme le kinésithérapeute pour 25% des femmes (Figure 11).



3.1.2.5. Orientation des femmes victimes actuellement

8 femmes ont été orientées après la consultation, soit 31 %.

18 femmes ne désiraient pas être orientées (69 %).

1 femme était déjà suivie.

3.2. Volet qualitatif

3.2.1. Données générales sur les entretiens

22 femmes ont été approchées et 13 femmes ont accepté de répondre à l'étude. Après avoir expliqué le sujet et le déroulement de l'entretien, un rendez-vous été convenu avec les femmes ayant répondu de façon favorable.

Au départ, les premiers entretiens se sont donc déroulés après la prise d'un rendez-vous quelques jours ou semaines après le premier contact.

Mais devant le fort taux d'absentéisme constaté au second rendez-vous, les entretiens ont été par la suite réalisés juste après le contact, dans un box de consultation du CMS.

Au total 13 entretiens ont été réalisés entre mars et octobre 2016 qui ont duré entre 4 min 41 sec et 1 heure 38 min.

3.2.2. Caractéristiques de l'échantillon

S'agissant d'une étude qualitative, l'échantillon final n'était pas représentatif de la population mais tente de refléter sa diversité (Tableau 3).

L'âge des femmes rencontrées s'échelonnait de 22 à 68 ans. La moyenne d'âge des femmes interrogées était de 38 ans.

La plupart des patientes était en couple, 5 femmes étaient mariées, 2 divorcées, une en PACS, et 5 en concubinage.

Toutes les femmes vivaient en milieu urbain, dans les villes aux alentours du CMS.

Huit femmes étaient salariées dont une était en congé maternité, une femme était en longue maladie, 2 femmes étaient étudiantes, une femme était retraitée, et une femme était sans emploi.

Six femmes n'avaient pas d'enfant, 3 avaient un enfant, 2 avaient 2 enfants, une avait 3 enfants et une en avait 5.

Les origines des parents étaient diverses :

- trois femmes avaient des parents d'origine française,
- deux avaient des parents d'origine algérienne,
- une avait des parents d'origine comorienne,
- une avait des parents d'origine marocaine,
- une avait des parents d'origine portugaise,
- une avait des parents d'origine haïtienne,,
- une avait des parents d'origine congolaise,
- une avait des parents d'origine mauricienne,
- une avait un parent originaire de l'Algérie et un parent originaire d'Allemagne,
- une avait un parent d'origine française et un parent originaire d'Italie.

Il faut noter que 2 femmes étaient en situation irrégulière sur le sol français.

Une femme ne maîtrisait pas la langue française mais nous avons décidé d'utiliser les données recueillies lors de l'entretien pour augmenter la représentativité de l'échantillon. En effet, la parole doit être aussi donnée aux personnes ne maîtrisant pas bien la langue.

	Age	Situation maritale	Lieu de vie	Profession	Nombre d'enfants	Origine des parents
P1	68	Mariée	Aubervilliers	Retraitée	5	Portugal
P2	58	Divorcée	Aubervilliers	Agent d'accueil	2	France
P3	32	Mariée	Aubervilliers	Aide-soignante	0	RDCongo
P4	59	Divorcée	Pantin	Employée de maison	2	Ile Maurice
P5	30	En couple	Aubervilliers	Assistante de vie aux familles	1	Haïti
P6	22	En couple	Romainville	Etudiante en Staps	0	Italie/France
P7	37	En couple	Stains	Responsable d'un service en mairie	0	France
P8	34	Mariée	Aubervilliers	Sans	1	Maroc
P9	27	En couple	Saint Denis	Professeur d'italien	0	France
P10	29	Mariée	Drancy	Agent de sécurité	1	Algérie/Allemagne
P11	37	PACS	Aubervilliers	IDE	3	Comores
P12	29	En couple	Aubervilliers	Conseillère en bien-être et santé	0	Algérie
P13	30	Mariée	Drancy	Sans	0	Algérie

Tableau 3. Tableau des caractéristiques de l'échantillon

3.2.3. La relation MG- patiente

Pour explorer la perception des femmes concernant le rôle du médecin généraliste dans le dépistage des violences, il était indispensable d'explorer la perception de leur relation avec leur MG.

Les relations des patients avec leur MG actuel ou passé étaient polymorphes. La fonction qu'elles leur attribuait était très variable, certaines le considéraient comme un membre de la famille et d'autres mettaient beaucoup de distance avec le MG.

La confiance restait tout de même la base de la relation, que ce soit lors du premier contact, dans le cadre du suivi ou pour accepter un traitement.

Aussi les femmes souhaitaient garder le contrôle de la relation avec leur MG.

3.2.3.1. La fonction de MG selon les patientes

Le MG avait un rôle de conseiller pour certaines patientes.

P10 « Déjà, là, je viens le consulter, j'ai mal au dos, mais là, j'ai pas mal mais je viens quand même lui demander son avis... »

P12 « Il me donne des conseils... »

P8 « Il me donne des conseils »

Pour d'autres, Le MG pouvait les orienter sur plusieurs plans.

P10 « Oui, il m'a même orientée vers Pôle Emploi parce que moi je ne connaissais pas.»

« il m'a même orientée vers un psychologue, il m'a dit « Faut voir un psychologue. »

P11 « Ouai, franchement, elle oriente facilement à un autre confrère quand elle se sent dépassée. »

P13 « Avant y'avait pas d'endocrino ici et dès qu'elle est arrivée, au fait, c'est lui qui m'a orientée vers elle »

Il était considéré comme le médecin des maladies.

P12« Pour moi, il gère juste les maladies et tout ça. »

P13 « un médecin généraliste, ça reste toujours dans maladie. »

P7 « J'irai le voir... bah, pour tout ce qui est traitement médical pour une maladie, oui, j'irai le voir. »

P11 « Médecin, symptômes, diagnostic, traitement. »

3.2.3.2. Le MG, un être humain comme les autres

Pour faciliter cette relation MG-patiente, qu'elles considéraient comme inégalitaire (**P13** « si la personne elle vient, déjà elle est malade, ça veut dire, elle est déjà pas bien »), certaines femmes mettaient en place des moyens de le rendre plus humain, plus accessible.

Certaines tentaient de se trouver des points communs avec le médecin.

P1 « vous voyez pourtant il avait mon âge. On était dans la même génération. Moi c'est le 1^{er} Décembre son anniversaire, moi c'est le 28. »

P4 « Ecoutez, je me rappelle, y' a des années de cela, j'avais une allergologue, quand j'étais divorcée, elle m'en a parlée, elle a été sympathique avec moi. On a parlé. Elle m'a dit qu'elle aussi, elle était passée par là »

P6 « vu qu'il est médecin du sport, et que je suis dans le secteur »

P11 « Oui, elle sait que je travaille au centre de santé, donc du coup elle connaît Dr B., elle a travaillé avec elle y'a longtemps. »

D'autres connaissaient une partie de la vie privée du MG.

P1 « Comme il a une petite fille, hum... son épouse, je ne sais pas si vous savez mais son épouse, elle est médecin aussi et elle est perse. »

Quelques-unes pensaient que le médecin allait au-delà son domaine de compétence pendant le suivi et lui en étaient reconnaissante.

P10 « Oui, il m'a même orientée vers Pôle Emploi parce que moi je ne connaissais pas. J'étais seule ici, je ne connaissais personne. Mais lui, il m'a dit « Pourquoi vous voyez pas avec Pole Emploi ? » Il m'a orientée dans plusieurs trucs alors que son travail c'est juste médecin et patiente et tout. »

Certaines estimaient que le médecin est un membre de la famille.

P10 « C'est comme un frère. C'est comme un parent. »

P12 « Comme mon père ou ma mère... »

P8 « Le médecin, il est comme Comme quelqu'un avec la famille, dans la famille. »

3.2.3.3. La confiance, base de la relation MG-patiente

La confiance était le postulat de base de la relation MG-patiente, et ce, dès le début la relation pour deux patientes :

P12 « Le premier contact, ça compte beaucoup pour moi. De toute façon, si ça se passe mal la première fois, je ne vais pas revenir vous voir. »

P13 « Dès que je rentre, si le médecin, il m'accueille bien, je me sens à l'aise. S'il me reçoit mal, et bah je suis pas bien. Il me rajoute. »

Au cours du suivi pour certaines patientes :

P1 « C'est quelqu'un en qui je peux faire confiance. C'est quelqu'un, vous savez que je crois que je mettrai ma vie entre ses mains sans avoir peur. »

P10 « Déjà, on lui fait confiance... »

P12 « Mais ici, vraiment, je me sens, que c'est chez moi. »

P7 « Bah, après, je pense que c'est un médecin, je pars donc du principe qu'on peut avoir une relation de confiance avec un médecin. »

Pour d'autres, l'alliance thérapeutique ne pouvait se faire sans confiance, que ce soit pour les traitements ou pour l'orientation vers un spécialiste.

P12 « Donc, il m'a donnée des traitements que j'ai trouvé sûrs. »

P1 « Je lui dis « Je vais vous dire sincèrement, ça ne serait pas à cause de vous, j'irai pas, ça serait pas lui ! »

P2 « J'osais même plus y aller ! La deuxième consultation pour les résultats... j'ai même dit à ma fille : « Le médecin-là, j'étais pas à l'aise. Moi, on ne me fait pas refaire cet examen-là par ce médecin-là ! »

P13 « Moi son médicament, je ne vais même pas le prendre en considération, car elle ne m'a même pas examinée bien, elle en sait même pas. Pour moi elle n'est pas sûre de ce que j'ai. »

3.2.3.4. Être active dans la relation MG-patiente

P1 « je veux tout savoir, il faut qu'il m'explique tout. »

P7 « J'irai le voir... bah, pour tout ce qui est traitement médical pour une maladie, oui, j'irai le voir. Pour des choses plus spécifiques, par exemple, psychologique, pour être claire, je préfère aller voir d'autres personnes. »

P11 « C'est vrai que quand je vais voir le médecin généraliste, c'est pour le problème médical. Point-barre. »

3.2.4. Parler de la vie privée

Les femmes considéraient que les violences subies, bien qu'elles soient de tout type et puissent toucher tous les domaines, relevaient de la vie privée. Or parler de sa privée au MG n'était pas si facile.

3.2.4.1. Les femmes ne parlent spontanément pas de leur vie privée

P5 « Non, c'est juste pour les problèmes de santé. » « Jamais. »

P6 « Après je ne vais pas spontanément en parler. »

P9 « Non. »

P11 « Je ne m'étale pas après du coup sur ma vie personnelle. » « Je trouve que ce n'est pas l'endroit. »

P12 « Pour lui parler de ma vie privée, de mes problèmes, je ne crois pas qu'il a le temps pour ça. »

3.2.4.2. Les conditions pour parler de sa vie privée au médecin

Pour parler de leur vie privée, plusieurs femmes souhaitaient que le médecin s'y intéresse ou qu'il y ait un lien avec la santé.

P6 « Ben sil me demande, oui. Après je ne vais pas spontanément en parler. » « Bah, si ça a un lien avec le problème en question... par exemple, si je me suis cassée la main en mettant un coup de poing à quelqu'un, oui c'est sûr que je vais lui expliquer ! Mais je ne vais pas lui raconter des trucs qui n'ont rien à voir, je veux dire. »

P8 « j'aurai bien voulu parler, j'aurai bien voulu quelqu'un me pose des questions comme ça. »

P12 « S'il me pose des questions, je réponds. S'il ne me pose pas de questions, je ne parle pas. »

P13 « Mais tant que ça reste dans la science dans le truc. »

3.2.3.1. Le genre et la spécialité du médecin ne comptent pas pour parler de la vie privée

Spécialité du médecin :

P1 « Une fois, il y avait une jeune fille qui... euh... faisait aussi ses études en médecine enfin vous faites. Il a souvent des ...avec lui. Il dit « Madame R., il y a cette jeune femme qui fait ... Je dis « ça ne me gêne absolument pas. Ça ne me gêne absolument pas. » Et euh, on est arrivé à parler de mon enfance, de la souffrance, de de toute ... »

Parler au néphrologue :

P3 « Par exemple, je lui parlais de mon travail, quand ça allait, quand ça n'allait pas. De ma vie privée, de mon mariage. Des projets pour tomber enceinte. Des choses de la vie quoi. »

P4 « Ecoutez, je me rappelle, y' a des années de cela, j'avais une allergologue, quand j'étais divorcée, elle m'en a parlée, elle a été sympathique avec moi. On a parlé. »

Parler à un médecin homme :

P2 « Après, j'ai eu un médecin traitant, c'était un homme, ça allait. »

P7 « Après, dernièrement je me suis rendue compte, qu'avec le Dr P., qui est un homme, finalement, ça ne change pas grand-chose. »

3.2.4.3. Le MG n'est pas un psychologue

P1 « C'est pas le psychiatre que je veux, le psychiatre j'aurai pu y aller en urgence à H.D, c'est 24/24. »

P4 « Oh non, c'est pas un psychologue, j'irai plutôt voir un psychologue si j'avais des problèmes personnels. »

P6 « Par exemple, imaginons, que je me sois engueulée avec mon copain la veille, je ne vais pas aller lui raconter ça ! Parce que c'est pas mon psy. C'est pas quelque chose d'hyper important, en soi. »

P12 « Parce que ce n'est pas un psychologue ! »

P13 « Parce que pour moi, un psychologue ou un truc comme ça, c'est d'autres choses, c'est parler d'autre chose, de mes problèmes »

3.2.4.4. Ne pas savoir qu'on peut en parler

P8 « J'sais pas que s'il faut en parler. Avec lui. J'sais pas. Que ces choses-là, il faut les dire au médecin. Il faut que je lui en parle au médecin traitant, ça ? »

3.2.4.5. Penser que le MG n'a pas le temps pour parler de la vie privée

P6 « Je sais qu'il voit déjà beaucoup de clients, enfin de patients, donc si tout le monde commence à lui raconter ses problèmes.... Si tout le monde commence à lui raconter ses problèmes, il va avoir de longues journées, quoi. »

P12 « Pour lui parler de ma vie privée, de mes problèmes, je ne crois pas qu'il a le temps pour ça. N'importe quel médecin, ce n'est pas que Dr C. »

3.2.5. Questionnement des violences

3.2.5.1. Acceptabilité du questionnement sur les violences

Le questionnement sur les violences était quasiment accepté par toutes les femmes interrogées.

P2 « J’aurai répondu largement. »

P3 « Ça me ferait plaisir d’en parler. »

P4 « Si elle me pose la question, je lui répondrai sans problème et ça ne me choquerait pas. »

P5 « Bien. »

P6 « Ben, non, j’y vois pas de problème. Non, ça peut paraître humain comme question. »

P7 « Après, ça ne me gênerait pas de répondre. »

P8 « Non, c’est bien. »

P9 « Bien ! (Rires). ‘Fin, je dirai juste je me sens pas concernée, ‘fin en tout cas pas pour le moment et que j’espère que ça va continuer comme ça ! »

P10 « J’aurai répondu de la même manière que vous venez de me poser la question. »

P11 « Bah, ça ne me dérangerait pas. Je répondrai facilement. »

P12 « Je peux en parler normal. S’il me pose la question. »

P13 « Et moi, je vais réagir, je vais prendre ça du bon côté, quoi. Sincèrement, je ne vais pas réagir mal, moi, au contraire »

Une femme n’acceptait pas le questionnement.

P1 « Je lui dirai simplement que ça ne le regarde pas. »

Pour une femme, le questionnement était accepté au même titre que le dépistage des infections sexuellement transmissibles.

P2 « C’est comme pour d’autres maladies, pour d’autres choses, il repose pour le SIDA pour d’autres choses comme ça. »

Pour d’autres femmes, le questionnement sur les violences était nécessaire.

P6 « C’est, utile, c’est important. Il faut le faire. »

P11 « Bah, je trouve qu’il faudrait. Il faut comprendre ce qu’il se passe. »

3.2.3.2. Les conditions nécessaires pour accepter le questionnement des violences

Pour plusieurs femmes, pour aborder les violences, quelques conditions devaient être réunies : le médecin devait faire preuve d’empathie, le questionnement devait se faire dans un climat de confiance.

P2 « Quand le médecin commence à connaître la personne, y a des façons de le faire. Il faut pas que ce soit brusque. Bah, je sais pas, du jour au lendemain... J’sais pas comment dire, expliquer. »

P6 « Je pense que si c'est bien présenté, les gens, c'est sûr, ils peuvent se sentir gênés si on balance ça sur la table tout seul. »

P8 « Par exemple, vous me parlez avec une voix froide, tout ça, ça ne va pas me plaire, normal. »

P11 « Je pense que la manière, elle est... faudra avoir du tact... de façon à pas... J'sais pas, va falloir trouver un moyen, une façon de faire pour pouvoir laisser une porte ouverte, sans braquer la personne. »

P1 « Je ne pense pas que je lui dirai parce qu'il faut que j'aie confiance en la personne que j'ai en face. »

P2 « Si le médecin ne vous met pas en situation, à l'aise... »

P11 « Il faut du temps pour installer une relation de confiance, » « Je pense que j'aurai besoin que les choses se fassent, étape par étape. »

P8 « Ce n'est pas de connaître le médecin, c'est si je me sens à l'aise. »

Pour une femme, le questionnement sur les violences était accepté car la question émanait du médecin, et pas d'une tierce personne.

P13 « Donc si ça vient d'un médecin, on sait qu'on est protégée. Et que ce qui se passe, c'est entre moi et le médecin. »

3.2.5.2. Perception du questionnement des violences par les femmes

Certaines femmes n'établissaient pas de lien avec la santé.

P7 « Je ne comprendrai pas le lien par rapport à une consultation médicale »

D'autres se demandaient aussi si le médecin était prêt à s'occuper des femmes victimes de violences.

P11 « Oui... Mais après, en tant que médecin, faut être apte à entendre... A entendre ça. Parce que, qu'est-ce que t'en fais d'informations comme ça après ? »

P12 « Après médecin traitant, je ne sais pas s'il peut.... Répondre à ça ou.... Je ne sais pas. »

Nous pouvons également noter que certaines femmes avaient répondu n'avoir jamais été dépistées par leur MG sur les violences alors que celui-ci avait pourtant dépisté les violences conjugales.

P12 « Des fois, il me pose comment ça va avec votre couple ? »

P13 « si ma vie elle est bien avec mon mari et tout »

3.2.6. Questionnement systématique

3.2.6.1. Une opportunité pour libérer la parole

Le dépistage systématique était perçu par certaines femmes comme une occasion de pouvoir parler.

P4 « Bah, écoutez, c'est bien, qu'il pose cette question parce que y'a beaucoup de femmes qui meurent, qui souffrent, et qui n'osent pas parler. »

P6 « Peut-être que ça aidera beaucoup de femmes à faire un pas vers l'avant et à aller en parler davantage. »

P7 « Je pense que c'est bien parce que certaines femmes n'osent pas parler et elles gardent ça pour elles et je pense que c'est une belle initiative. »

Une femme victime de violences aurait voulu qu'on lui pose la question.

P8 « Mais j'ai déjà des problèmes donc je me sens bien si quelqu'un s'y intéresse. »

3.2.6.2. Une violence imposée

Pour d'autres il était perçu comme une question difficile à recevoir.

P2 « Mais pour une première consultation et donc de façon systématique ... C'est beaucoup plus difficile. »

P7 « Oui, ça me fait bizarre qu'on me pose cette question-là. » « En fait, plus je me reverrai vers moi, qu'est-ce qu'il a pu voir dans mon physique que j'aurai pu euh ... avoir eu des violences physiques. »

P11 « Oui, je trouve que c'est dur. Je pense que j'aurai l'impression qu'on fait une intrusion directe à ma vie. »

3.2.6.3. Formulations du questionnement

Les femmes interrogées n'avaient pas de formulation précise du questionnement à proposer.

P11 « Est-ce qu'on abordant ce type d'information, on ne peut pas laisser une porte ouverte ? En disant de cette manière-là : « Des fois, on a mal physiquement, mais c'est parce que des fois, y'a des choses qu'on a pas à dire... Alors si vous avez envie d'en parler, sachez que vous pouvez reprendre rendez-vous avec moi. »

P6 « S'il dit : « Alors, toujours pas de problème ? Pas de violence ? Rien de grave ». « Il peut dire « Et dans votre vie quotidienne, tout va bien ? pas de problèmes de violences ? Mentalement, ça va ? »

En se basant sur les questions-types proposées par le guide d'aide à l'entretien avec des femmes victimes de violences réalisé par le département de Seine-Saint-Denis, certaines formulations étaient mieux acceptées que d'autres. (11)

Formulations acceptées :

« Avez- vous été victime de violence psychologique, physique ou sexuelle ? »

« Est-ce que vous avez subi des violences dans votre vie, dans votre enfance, au travail ou dans votre couple ? »

« Comment ça se passe à la maison ? et dans votre couple ? Il est gentil votre mari ? »

« Est-ce que vous avez déjà été frappée, bousculée, giflée ? Est-ce que votre mari vous a-t-il déjà lancé des objets ou blessée ? »

« Considérez-vous que vous ayez eu une enfance heureuse Quelqu'un vous a déjà-t-il fait du mal ? »

Formulations refusées :

« Avez- vous peur de votre partenaire ? »

P13 « C'est comme s'il n'y avait pas de respect dans la question, si je commence à répondre, on va sortir complètement du sujet de la question car je vais répondre : « non, pourquoi, je vais avoir peur de lui ? » Et ça va stopper ici »

3.2.7. Rôle du MG dans la prise en charge des femmes victimes des violences

Le rôle du MG n'avait pas vraiment été précisé par les femmes interrogées, mais elles pensaient qu'il pouvait être utile à différent niveaux.

3.2.7.1. Le MG, acteur principal de la prise en charge des victimes

P3 « elle aurait eu peut-être un échange avec quelqu'un qui était adapté. Ça serait que, un médecin, par exemple, soit plus conciliant. »

P6 « Parce qu'en fait, si c'est pas les médecins qui s'en chargent, je ne vois pas ... »

3.2.7.2. Libérer la parole des femmes victimes

P6 « Y'a beaucoup de gens qui n'en parlent pas spontanément ou qui en parlent à leur famille et qui ne sont pas aidées. C'est bien qu'il y ait des spécialistes qui s'occupent un petit peu de ça. »

P3 « Comme ça, si elles pouvaient s'exprimer, elle n'aurait pas eu ce problème d'être virée et elle aurait eu peut-être un échange avec quelqu'un qui était adapté. Ça serait que, un médecin.»

P12 « Des fois les femmes, elles ne peuvent pas parler, des femmes qui ne peuvent pas parler à n'importe qui, tout ça, ou de parler de ça, donc ça c'est bien. »

P13 « Au moins, je pourrai partager ça avec le médecin, si je ne peux pas le partager avec la police ou un membre de ma famille. »

3.2.7.3. Orienter

P2 « Et oui je trouve que c'est bien au contraire, peut-être que le médecin, au contraire, il peut vous aider, il peut vous diriger vers quelque chose. »

P3 « Pour leur dire ...voilà, tel numéro à composer... »

3.2.7.4. Recontextualiser un symptôme dans une situation de violences

P2 « Mais c'est vrai si le médecin il voit que la personne, elle a des bleus, chose comme ça, c'est normal qu'il pose la question. »

P10 « Parce qu'il m'a dit, comme vous vomissez comme ça, ça vient pas tout seul, il m'a dit. « Qu'est que vous avez, qu'est-ce qu'il vous arrive que vous vomissiez comme ça ? »

P11 « Ce serait adapté, parce que je pense que parfois, vous vous retrouvez face à des situations, des fois, où il y a des symptômes qui sont liés à de la violence conjugale. »

P13 « J'avais tout un pansement, j'étais vraiment grosse. Du coup, il m'avait posée la question, il voulait être sûre que je ne suis pas maltraitée par mon mari ou un truc comme ça. Mais il m'avait posée la question, il m'avait dit « si tu veux qu'on parle ».

3.2.3.3.Collaborer avec les victimes pour mettre en place des stratégies de lutte contre les violences

P10 « je suis venue le voir, je lui ai dit « S'il vous plaît Dr, donnez-moi la pilule, je vais la prendre, parce qu'avec mon mari, comme il savait, comme ça je vais pas avoir d'enfant. »

P12 « il m'a fait un rapport si un jour je veux déclarer »

3.2.8. Les violences faites aux femmes

3.2.8.1. Les violences subies

Parmi ces femmes, 9 femmes déclaraient avoir subi des violences, dont 2 à l'heure actuelle.

Les violences subies étaient de plusieurs types :

violences physiques et psychologiques dans l'enfance,

violences verbales,

violences conjugales : physiques, psychologiques, administratives,

une femme n'a pas précisé la nature des violences subies.

violences médicales...

P1 « Alors je lui ai raconté mon enfance, ma jeunesse, de de ... de de... des souffrances que j'ai endurées, de de... » « Et elle m'a tapée. Et moi plus elle me tapait, plus je rigolais » « elle voulait me mettre en dessous du train, j'avais 4 ans, elle voulait me mettre en dessous du train. »
« Quand je lui ai demandé la pilule, elle m'a dit : « Oui, quand vous aurez 4-5 ou 6, je vous la donnerai. » Je vais vous dire, je n'avais qu'une envie, c'était lui rentrer dedans. J'avais 20 ans. »

P2 « Et il m'a dit que quand on s'est marié : « Je t'ai achetée ». « Il m'avait balancé un truc par la fenêtre devant ma fille. Il a cassé le carreau ! »

P4 « C'était plutôt verbale genre « sale conne » des trucs comme ça. Mais après on est divorcé donc ça s'est arrêté. »

P6 « J'ai déjà eu des petits trucs, fin pas grand-chose, des mecs qui insistent ou des trucs comme ça. »

P7 « J'ai eu un évènement marquant et traumatisant en ... dans mon enfance. »

P8 « J'étais dehors, et j'étais enceinte de 3 mois. Je dormais dehors. Et là, elle m'a laissée dehors, comme une clocharde. »

P10 « Aujourd'hui même, j'ai découvert qu'il m'a pris ma carte bleue, il m'a volée 100 euros. »
« Parce qu'avant, quand je suis arrivée, ici en France, j'avais pas des papiers. Mais on était marié. J'avais juste le récépissé donc, avec lui, c'est tout le temps des menaces »

P11 « Coup de louche, coup de ceinture, coup de seau, coup de valise, coup de fourchette... »
« Après, violences psychologiques, je pense que j'ai fait le point. Je pense que j'ai éclairci des choses en me disant : « Bon, bah, ça c'est comme ça parce que ça a pas été possible... ça, tu ne peux pas revenir en arrière, c'est fait... Accepte les choses telles qu'elles sont. »

« Dans le cadre du travail, moi par exemple, là où je travaillais avant, j'étais en réanimation. Et malheureusement, je tombe sur une personne... raciste. Eh bah, il a péte les plombs. Il a tout arraché : il a arraché ses drains... Il se réveille tout doucement, « comment ça va monsieur ? » Et là, il m'a vue... Je me souviens encore de la scène. Il a commencé à dire « Nègre, nègre ! »

P12 « Bah, violence, déjà, durant mon enfance, j'étais toujours... j'suis l'ainée à la maison. Donc j'étais frappée plusieurs fois tout ça, j'étais maltraitée. »

« Il y a 2 ans et demi, tout ça, j'ai... j'ai été violée par un cousin. »

3.2.8.2. Hiérarchisation des violences subies

Plusieurs femmes estimaient que la violence verbale était plus douloureuse que la violence physique.

P1 « Vous savez, je crois qu'il y a une violence qui est pour moi, encore pire qu'une gifle. C'est cette violence devant tout le monde « Mon amour, ma chérie, je t'adore » et puis à la maison, on traite la femme pire qu'une serpillère. »

P7 « mais y' a des mots qui peuvent être violents qui peuvent faire plus mal que des coups... »

P10 « même je préfère qu'il me tape que de me parler, de me dire des trucs mal. »

Alors que d'autres ne se sentaient pas concernées par les violences car elles n'avaient pas été victimes de violences physiques.

P4 « Non, je n'ai pas subi. C'était plutôt verbale genre « sale conne » des trucs comme ça. Mais après on est divorcé donc ça s'est arrêté. Y 'avait pas de... physiques »

P11 « Non, je ne considère pas avoir subi énormément de violences... Peut-être aussi parce que dans ma tête, je reste ciblée sur des violences physiques aussi. »

P6 « Après plus en profondeur, non, j'ai jamais eu. J'ai déjà eu des petits trucs, fin pas grand-chose, des mecs qui insistent ou des trucs comme ça. »

3.2.8.3. Conséquences psychosociales

Les conséquences des violences subies étaient de plusieurs ordre, elles pouvaient être financières ou psychologiques selon les victimes :

Être en difficulté financière :

P10 « Là, je ne pourrai pas les acheter parce que je suis à découvert ; j'ai pas d'argent. »

P8 « Et là, je suis dans la misère ! J'ai quoi là ? Je n'ai rien ! »

Être en situation irrégulière sur le sol français :

P8 « pas des papiers ! »

P12« Ça veut dire, même si les difficultés, j’suis sans papiers, là j’suis sans papiers, même si j’suis sans papiers, »

Avoir des sentiments contradictoires envers l’auteur des violences :

P1 « Donc, euh... mais elle m’aimait. Je crois, je suis sûre qu’elle m’aimait. »

P8 « Parce que la vérité, moi je l’aime, dans mon cœur. » « Mais après, je lui ai dit non, je n’avorte pas, je reste avec mon bébé et les travailleurs sociaux. »

Avoir des conduites addictives

P1 « ce qui m’a emmenée à boire à l’âge de 12 ans pour ne pas sentir ses coups. J’étais alcoolique. »

Perdre l’estime de soi

P10 « J’ai 29 ans, je suis comme une vieille. »

P12 « Parce que je vois tout le monde réussir, et moi je stagne. »

4. Discussion

4.1. Principaux résultats quantitatifs et qualitatifs

Au total, près de 61% des femmes interrogées se sont déclarées victimes de violences.

En outre, sur l’ensemble des femmes interrogées, 12% se sont déclarées victimes de violences actuellement.

Les victimes de violences se répartissaient de façon homogène selon le niveau d’études, ce qui a montré que les violences faites aux femmes touchaient tous les niveaux d’éducation. De plus, les femmes victimes de violences étaient issues de toutes les catégories socio-professionnelles. On peut noter qu’elles étaient, pour 40% d’entre elles, salariées et seulement 6% d’entre elles étaient au chômage, le reste des femmes interrogées étant étudiantes, femmes au foyer...

Les femmes se déclarant victimes de violences étaient majoritaires dans la tranche d’âge 50-59 ans, et c’est cette même tranche d’âge qui regroupait le plus grand nombre de femmes victimes actuellement.

La moitié des auteurs de violences étaient les conjoints (mari, conjoints actuels ou ex-mari). Nous notons que 19% sont subies sur le lieu de travail. Aussi, 15% des auteurs de violences étaient des inconnus dans l’espace public, or ces femmes se déclaraient victimes de violences actuellement, se pose donc la question de la définition des violences vécues actuellement car on peut supposer que ces incidents arrivent de façon ponctuelle, et qu’on ne peut prévoir une récurrence.

Concernant les femmes victimes de violences actuellement, on constate que la fréquence de survenue de celles-ci était très importante : plusieurs fois par semaine (pour 31% d'entre elles) et même plusieurs fois par jour (pour 27% d'entre elles).

La plupart du temps, les violences n'étaient pas signalées. Sur 131 victimes de violences, seules 21 femmes avaient signalé les violences (soit 16%). Parmi les 26 femmes victimes actuellement, 16 seulement ont signalé les violences dont elles font l'objet (soit 62%). Ces chiffres montrent que les violences en général étaient peu signalées, néanmoins les violences subies actuellement étaient tout de même plus signalées que les violences passées.

Les femmes victimes de violences actuellement s'adressaient surtout à leur médecin (pour 75% d'entre elles) puis aux services de police et aux services sociaux. Cela montre que les femmes considéraient le médecin comme un principal interlocuteur pour parler des violences subies.

Deux tiers des 26 femmes victimes de violences actuelles ne souhaitaient pas être orientées à la suite du questionnaire.

Sur les 16 femmes victimes de violences actuellement et qui ont signalé les violences, 8 ont été orientées vers la conseillère conjugale du CMS ou l'association Main Tendue.

Une femme victime de violences actuellement n'avait jamais signalé les violences subies et rencontrait pour la première fois le médecin au CMS.

Ces chiffres montrent que les violences étaient donc peu signalées, et bien que le médecin soit l'interlocuteur privilégié pour parler des violences subies, elles restaient peu signalées au médecin.

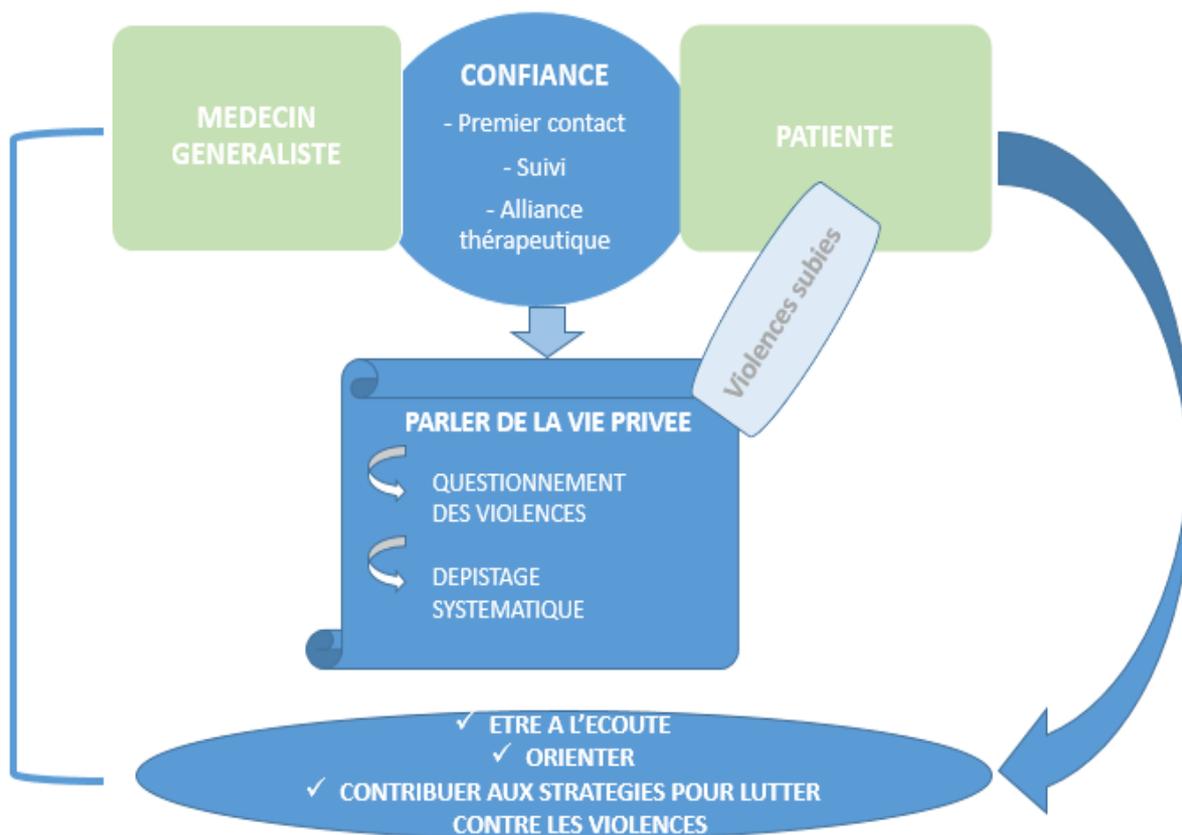


Figure 12. Modélisation

Ce signalement peu élevé peut être expliqué par la relation que les femmes entretenaient avec leur médecin généraliste. Les entretiens réalisés montrent que les patientes ne parlaient pas spontanément de leur vie privée et donc des violences subies à leur médecin.

Elles n'en parlaient le plus souvent qu'à la demande du médecin, mais nous avons vu que lorsque le MG abordait ces questions, certaines femmes pouvaient se sentir mal à l'aise.

Néanmoins, concernant le questionnement des violences, il était globalement accepté, dans un cadre d'une relation MG-patiente qui était bâtie sur la confiance. Le questionnement systématique était perçu comme une possibilité de libération de la parole mais pouvait être vécu comme une violence imposée s'il était réalisé dès la première consultation, alors que l'essence même du questionnement systématique est qu'il soit réalisé de façon inconditionnelle. La formulation du questionnement restait à définir, certaines formulations ayant été validées plus que d'autres.

La définition des violences était aussi un point difficile à définir pour les femmes, car nous constatons que les violences subies n'avaient pas la même valeur aux yeux des femmes. Ainsi,

les violences verbales ou psychologiques pouvaient être plus douloureuses que des violences physiques pour certaines femmes, alors que d'autres personnes le percevaient de façon inverse. Le rôle du MG face aux femmes victimes n'était pas précisé pour les femmes, mais il était considéré comme un libérateur de parole et pour ensuite orienter les patientes vers les structures adaptées (Figure 12).

Les femmes interrogées avaient toutes des parcours de vie différents et la plupart se sont déclarées victimes de violences, sous toutes leurs formes, s'exerçant dans différents contextes, âges et étapes de la vie des femmes.

4.2. Modèle explicatif

Ces résultats ont mis en évidence le profil des femmes victimes de violences et montré que les violences faites aux femmes touchaient les femmes dans leur ensemble, quel que soit le niveau d'éducation ou la situation socioprofessionnelle.

Le faible taux de signalement pourrait être expliqué par le fait que les femmes ne parlaient pas spontanément des violences et qu'il était nécessaire de pouvoir libérer la parole de ces femmes, en favorisant le questionnement par le médecin des violences subies.

On peut noter que le questionnement sur les violences était globalement accepté mais que le questionnement systématique présentait deux aspects qu'il était nécessaire de prendre en compte afin de l'utiliser au mieux pour réellement aider les femmes victimes de violences : la violence imposée et l'opportunité offerte.

Le questionnement sur les violences pourrait être utilisé lors de situations de vulnérabilité ou pour recontextualiser les violences dans une prise en charge globale des femmes victimes.

L'approche centrée patient aurait donc toute sa place dans la prise en charge des femmes victimes de violences.

Bien que le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge n'ait pas été précisé par les femmes, il restait un interlocuteur privilégié pour parler des violences, en effet, c'était le professionnel à qui les femmes faisaient le plus de signalement.

4.3. Comparaison à la littérature existante

Il n'existe pas en France de chiffre exacts concernant les femmes victimes de violences et ceux qui existent sont souvent sous-estimés. Comme l'analyse qualitative le montre, il est difficile

de définir les violences faites aux femmes car les actes subis peuvent être ressentis de façon très différente selon les personnes.

Si l'on se fonde sur l'estimation faite par l'ONVF sur les violences faites aux femmes, notre étude montre un taux plus élevé de femmes victimes de violences.

Concernant l'âge des victimes de violences, notre étude montre que la tranche d'âge la plus touchée et celle comprise entre 50 et 59 ans, ce qui confirme la proportion retrouvée par l'enquête ENVEFF (23) (31% des femmes se déclarant victimes de violences au cours de violences avaient entre 49 et 59 ans).

La thèse de Mathilde Palisse sur le point de vue des patientes concernant le repérage des violences sexuelles par le médecin généraliste retrouve les mêmes arguments que dans notre étude : les femmes estiment que le repérage donne la possibilité aux femmes victimes d'en parler et pensent qu'il devrait être fait de manière plus systématique. Certaines définissent son rôle : écoute et orientation (48).

Ces raisons étaient déjà présentes dans l'étude suédoise de Wendt et Al. Les femmes favorables à un dépistage mettent en avant la relation de confiance entre le professionnel de santé et la patiente, le fait que cela permette d'ouvrir le dialogue, de clarifier la situation et de mettre en place une bonne prise en charge de la patiente (56). Le contexte leur semble approprié du fait du secret médical ainsi que du caractère déjà intime de la consultation médicale. Elles considèrent que cela fait partie du rôle et des compétences du médecin. Enfin, la fréquence et l'importance du sujet justifient le fait que le médecin puisse poser la question. Tandis que celles qui ne sont pas favorables estiment que le questionnement est trop intrusif et le contexte inapproprié (56).

4.4. Validité de l'étude : forces et faiblesses

4.4.1. Forces

Nous avons pu recueillir 216 questionnaires sur les 420 attendus, sans relance, ce qui est un chiffre encourageant. La perception des femmes concernant les violences subies est un thème peu exploré en soins primaires. De plus, le choix d'une méthode complémentaire mixte a permis la réalisation d'un travail très riche en récoltant des données qualitatives pouvant expliquer les données quantitatives.

La technique de recueil des données qualitatives par entretiens individuels semi-dirigés a permis à l'enquêtrice de vivre des relations humaines uniques et très précieuses pour le reste de

sa carrière. De plus, cela lui a permis d'améliorer les techniques de communication avec les patientes et les patients en général.

La grille COREQ-32 a été utilisée comme guide directeur tout au long de l'étude afin de respecter les critères de qualité d'une étude qualitative bien que certains items n'aient pas pu être respectés.

Le guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure des entretiens et des analyses pour avoir une idée plus précise des attentes des femmes sur le rôle du médecin généraliste dans le dépistage des violences faites aux femmes.

4.4.2. Faiblesses

4.4.2.1. Biais de recrutement

Concernant le recueil des questionnaires, il était prévu que les 30 premières femmes de plus de 15 ans consultant seules soient interrogées. Nous avons pu récolter uniquement 216 questionnaires sur les 420 attendus, ce qui fait 50% de l'objectif. Une relance aurait permis probablement d'en récolter plus.

Les questionnaires ont été réalisés entre octobre et novembre 2015 et les entretiens entre mars et octobre 2016, il aurait été peut-être plus opportun de réaliser les entretiens à la suite des questionnaires, pour augmenter le pouvoir explicatif de cette étude.

Les femmes ont été abordées dans les salles d'attentes des différents médecins généralistes et en consultation de planification du centre de santé. Il était difficile d'aborder la question des violences faites aux femmes au milieu d'autres patients attendant leur consultation. Plusieurs approches ont été tentées, et l'acceptation du sujet a été plus simple lorsque le sujet était présenté sous l'angle de connaître l'avis des femmes suite à la campagne de dépistage systématique.

Par ailleurs, plusieurs rendez-vous planifiés quelques semaines après le premier contact n'ont pas été honorés, ce qui a allongé la période de recrutement.

Aussi, nous notons que sur les 13 femmes interrogées, dix se sont déclarées victimes de violences, ce qui représente environ 80 % des femmes interrogées, proportion plus importante que dans la littérature, ce qui peut être expliqué par le fait que les femmes victimes se sentaient plus à l'aise et plus concernées pour réaliser les entretiens.

4.4.2.2. Biais d'intervention

La réalisation, la retranscription ainsi que l'analyse des entretiens a été réalisé par la même personne. Pour augmenter la validité interne de l'étude, il aurait fallu 3 personnes différentes pour les 3 types d'interventions. En pratique, ces conditions n'étaient pas réalisables.

4.4.2.3. Biais pendant le recueil de données

La qualité des entretiens est liée aux capacités relationnelles de l'enquêtrice et à sa manière de conduire l'entretien, comme avoir des techniques de communication plus approfondies. L'absence de formation préalable et le fait d'être novice dans l'analyse qualitative ont pu biaiser l'étude. L'attitude lors des entretiens a pu modifier la réponse des femmes. Par ailleurs, certains éléments n'ont pas pu être approfondis du fait des difficultés de relance.

La qualité des entretiens s'est améliorée au fur et à mesure, notamment grâce à la réécoute d'entretiens avec le directeur de thèse, ce qui a permis de modifier certaines questions du guide d'entretien et corriger certains éléments qui pouvait laisser apparaître du jugement de la part de l'enquêtrice.

Par ailleurs, il n'y a pas eu de retours des femmes interrogées sur les retranscriptions ou les résultats par manque de temps.

4.4.2.4. Biais d'interprétation

Les opinions et les interprétations de l'enquêtrice ont pu interférer dans l'analyse des entretiens. La notion d'objectivité peut être ainsi remise en question. Mais ces risques sont inhérents à la méthode et ne peuvent pas être complètement effacés.

4.5. Perspectives et projets

Dans notre étude, nous avons choisi d'aborder le point de vue des femmes. Un travail de recherche complémentaire pourrait explorer le point de vue des professionnels de santé accompagnant les femmes et notamment les médecins.

Le sujet était délicat et touchait le domaine de l'intime, il aurait été difficile d'organiser des focus- group. Tout de même, les focus-group auraient pu avoir l'avantage de montrer aux femmes que les victimes n'étaient pas seules et isolées et que de nombreuses femmes sont victimes de violences.

Ce travail permet de disposer d'un état des lieux de la problématique des violences subies par les femmes consultant en médecine générale à Aubervilliers dans une perspective de plaider auprès des professionnels. Il pourrait également permettre, par une meilleure connaissance de la perception des femmes du rôle des médecins généralistes dans la détection, de faire évoluer la perception des médecins généralistes eux-mêmes sur ce sujet, voire de modifier leur pratique.

5. Conclusion

L'étude complémentaire mixte du dépistage systématique a pu permettre d'obtenir une explication du sous dépistage des violences faites aux femmes par le fait que les femmes ne parlent pas spontanément des violences subies au MG. Cela confirme donc que le repérage par le MG des violences doit être une démarche active.

Malgré un questionnement des violences par le MG globalement accepté par les femmes, le dépistage systématique ne semble pas être la solution préconisée par les femmes interrogées, en effet, le questionnement sur les violences pourrait plutôt être utilisé lors de situations de vulnérabilité pour éviter la violence que pourrait faire ressentir le questionnement systématique. Cette recherche de situation de vulnérabilité s'articulerait dans le cadre d'une approche centrée patient.

Cette étude a montré que le médecin généraliste restait un interlocuteur privilégié pour parler des violences.

Il nous semble important d'encourager les médecins à proposer leur disponibilité et leur écoute aux femmes victimes de violences, que ce soit par le biais du questionnement systématique ou non, ou par exemple par la présence dans le cabinet de consultation d'affiches ou de dépliants à l'attention des femmes victimes de violences.

Il nous semble aussi important d'encourager les pouvoirs publics à soutenir l'action des médecins, les former, lever l'isolement des professionnels et de cette manière permettre une prise en charge plus adaptée.

On peut noter par exemple que l'institut de victimologie de Seine-Saint-Denis n'autorise que 6 consultations par an maximum aux personnes victimes avant d'être à nouveau orientée vers d'autres structures (22), ce qui crée une rupture de lien car la femme victime de violences débute un processus de prise en charge avec un interlocuteur, en lui faisant confiance et lorsque la confiance s'installe vraiment, elle est orientée vers une autre structure.

Les pouvoirs publics devraient donc favoriser et financer la création de réseaux de prise en charge des femmes victimes de violences et améliorer la prise en charge actuelle afin qu'elle soit adaptée aux besoins réels des femmes victimes.

6. Bibliographie

- 1.Barroso Debel M. Obstacles au repèrage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Thèse d'exercice. Paris Diderot - Paris 7; 2013.
- 2.Bergman, B., Larsson, G., Brismar, B. and Klang, M. Psychiatric morbidity and personality characteristics of battered women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1987;76:678-83.
- 3.Bolot A-L. Repèrage des violences conjugales en médecine générale. Thèse d'exercice. Besançon ; 2010.
- 4.Boutonné R. Représentations et vécu des médecins généralistes face à la violence conjugale en consultation : une étude qualitative exploratoire. Thèse d'exercice. Paris Est Créteil. 2014.
- 5.Brown JB, Lent B, Brett PJ and al. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. [J Fam Pract](#). 2000 Oct;49(10):896-903.
- 6.Campbell JC, Poland ML, Waller JB and al. Correlates of battering during pregnancy. [Res Nurs Health](#). 1992 Jun;15(3):219-26.
- 7.Campbell JC, Pliska MJ, Taylor W and al. Battered women's experiences in the emergency department. [J Emerg Nurs](#). 1994 Aug;20(4):280-8.
- 8.Campbell. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 13 Avril 2002: 1331-1336.
- 9.Campbell, et Soeken. «forced sex and intimate partner violence: effects on women's health.» *Violence against women*, 1999: 1017-1035.
- 10.Canuet H. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. 2010;(92):75-81.
- 11.Comment avez-vous su ? - Guide d'aide à l'entretien avec des femmes victimes de violences | Centre Hubertine Auclert [Internet]. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine->

auclert.fr/outil/comment-avez-vous-su-guide-d-aide-a-l-entretien-avec-des-femmes-victimes-de-violences

12. Chambonnet JY, Douillard V, Urion J et Al. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. *Revue du Praticien- Médecine Générale*, 2000 : 1481-1485.

13. Comité des Ministres - sur la protection des femmes contre la violence [Internet]. Disponible sur:

[https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?p=&Ref=Rec\(2002\)5&Language=lanFrench&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383&direct=true](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?p=&Ref=Rec(2002)5&Language=lanFrench&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383&direct=true)

14. Commission d'action contre les violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis. *etude-violence-femmes-travail-seine-saint-denis-2007.pdf* [Internet]. Disponible sur:

<https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/etude-violence-femmes-travail-seine-saint-denis-2007.pdf>

15. Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique. [Internet]. Disponible sur:

<http://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462533>

16. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. Thèse d'exercice. Paris 6, Pierre et Marie Curie, 2012.

17. Elliot, Nerney, Jones, et Al. «Barriers to screening for domestic violence.» 2002: 112- 116.

18. Friedman, Samet, Roberts, et Al. «Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices.» *Archives of Internal Medicine*, 1992: 1186-1190.

19. Gin NE, Rucker L, Frayne S and al. Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. *J Gen Intern Med*. 1991 Jul-Aug;6(4):317-22.

20. Henrion. Les femmes victimes de violences conjugales. Rapport au ministère chargé de la Santé, Paris : La Documentation Française, 2001.

21.Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. Disponible sur: <http://virage.site.ined.fr/>

22.Institut de Victimologie. Les consultations de l'institut de Victimologie en Seine Saint Denis - [Internet]. Disponible sur: <http://www.institutdevictimologie.fr/centre-psychotrauma/les-consultations-de-l-institut-de-victimologie-en-seine-saint-denis- 11.html>

23.Jaspard, Brown, Condon, et Al. «rapport national ENVEFF.» *population et sociétés*, janvier 2001.

24.La rose des vents - maison d'hébergement pour victimes de violence conjugale [Internet]. Disponible sur: <http://www.alabridelaviolence.org/accueil>

25.Lazimi. Dépistage des violences faites aux femmes: le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace, intéressant? Etude réalisée par 51 médecins, 2 sages-femmes. 557 patientes interrogées. Mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire stress, traumatisme et pathologies , Paris, 2007.

26.Lazimi G. Violences faites aux femmes. *Revue du Praticien- Médecine générale*, 2005: 1180.

27.Legifrance. LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants | [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022454032>

28.Legifrance. LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs | [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000422042&categorieLien=id>

29.Legifrance. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes | [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id>

30.McCauley J, De Kern, Kolodner K and al. The « battering syndrome »: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. [Ann Intern Med.](#) 1995 Nov 15;123(10):737-46.

31.Mazza D, Dennerstein L, Ryan V and al. Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. [Med J Aust.](#) 1996 Jan 1;164(1):14-7.

32.Metz, et Seifert. Women's expectations of physician health concerns. *Family Practice Research Journal*, 1988: 141-52.

33.Metz. Men's expectations of physician health concerns. *Journal of sex and marital therapy*, 1990: 79-88.

34.Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-12/ste_20150012_0000_0080.pdf

35.Observatoire départemental des violences envers les femmes 93. lettre_violencemars_202007_exe.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.seine-saint-denis.fr/IMG/pdf/lettre_violencemars_202007_exe.pdf

36.Observatoire National des Violences envers les Femmes.Lettre_ONVF_10_-_Violences_sexuelles_-_nov16.pdf [Internet]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_10_-_Violences_sexuelles_-_nov16.pdf

37. Olson L, Anctil C, Fullerton L and al. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. [Ann Emerg Med.](#) 1996 Jun ;27(6):741-6.

38.Organisation des Nations Unies. A/RES/48/104. Declaration on the Elimination of Violence against Women [Internet]. Disponible sur: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

39.Organisation des Nations Unies. Convention sur l'élimination de toutes les formes de

discrimination à l'égard des femmes. [Internet]. Disponible sur: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm>

40. Organisation des Nations Unies. Définition de la violence contre les femmes et les filles [Internet]. Disponible sur: <http://www.endvawnow.org/fr/articles/295-definition-de-la-violence-contre-les-femmes-et-les-filles.html>

41. Organisation des Nations Unies. International Day for the Elimination of Violence against Women [Internet]. Disponible sur: <http://www.un.org/womenwatch/daw/news/vawd.html>

42. Organisation des Nations unies. Handbook for legislation on VAW (French).pdf [Internet]. Disponible sur: [http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook%20for%20legislation%20on%20VAW%20\(French\).pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook%20for%20legislation%20on%20VAW%20(French).pdf)

43. Organisation des Nations Unies. Contextes de violence à l'égard des femmes [Internet]. Disponible sur: <http://www.endvawnow.org/fr/articles/297-contextes-de-violence-a-legard-des-femmes-.html?next=298>

44. Organisation des Nations Unies Femmes. Mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles : quelques faits et chiffres [Internet]. Disponible sur: <http://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

45. Organisation des Nations Unies. Module de programmation sur le travail avec le secteur de la santé pour mettre fin aux violences contre les femmes et les filles. 2011.

46. Organisation mondiale de la Santé. Rapport violence et santé. 2002.

47. Ordre National des médecins. Le praticien face aux violences sexuelles. Fascicule à l'attention des médecins, 2000.

48. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. [Thèse d'exercice]. Paris Descartes - Paris 5 ; 2013.

49. Piau-Charruau. Place du médecin généraliste dans le dépistage des violences conjugales à

partir d'une enquête auprès de femmes victimes. Thèse d'exercice de médecine générale, Angers, 2006.

50.Ramsay, Richardson, Carter, et Al. Should health professionals screen women for domestic violence? systematic review. *British Medical Journal*, 2002.

51.Sadlier K. Violences conjugales : un défi pour la parentalité. Dunod. 2015.

52.Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles. Dunod. 2013.

53.Sarafis, C. L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales. Mémoire présenté en vue de l'obtention du DU de victimologie, 2009.

54.Stevens. Improving Screening of Women for Violence - Basic Guidelines for Healthcare Providers. Medscape. 9 Aout 2005. <http://www.medscape.org/viewarticle/510025> (accès le Mai 29, 2013).

55.Van Rosmalen-Nooijens K. Adolescents exposés à la violence familiale : étude qualitative sur la santé sexuelle incluant les souhaits, les besoins et l'attitude envers les soignants. 2013;(110 suppl 3):94S-5S.

56. Wendt, Lidell, Westerstahl, et Al. Young women 's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*, 2011: 250- 256.

7. Annexes

7.1. Guides d'entretien

7.1.1.Première version du guide

- Depuis quand consultez-vous au CMS ? Votre MG est-il au CMS ?
- Qu'attendez-vous d'un MG dans les soins qu'il peut vous apporter ? En termes de soins médicaux ? Administratifs ? A propos de votre travail ?
- Quel lien entretenez-vous avec votre MG ?
- Comment s'est-il développé ? Pourquoi ne s'est-il pas développé ?
- Parlez-vous de choses non médicales ?
- Parlez-vous d'évènements marquants de votre vie à votre MG ?

- Vous-a-t 'il aidé dans votre vie ?
- A Aubervilliers, il a été lancé une campagne de dépistage des violences faites aux femmes. En avez-vous entendu parler ?
- Si oui, avez-vous été questionnée par un médecin ?
- Que pensez-vous d'une telle action ?
- Votre MG vous-a-t 'il déjà questionnée sur les violences ?
- Comment auriez-vous réagi si un médecin vous avait posé la question ?
- Qu'entendez-vous par les mots « violences faites aux femmes » ?
- Pensez-vous être concernée par la question ?
- Si on vous pose la question une fois, comment réagiriez-vous si on vous posait la question lors de consultations ultérieures ?

7.1.2. Questions ajoutées et modifiées au fur et à mesure des entretiens

- Avez-vous une idée de la formulation la mieux adaptée pour aborder les violences lors d'une consultation ?
- « De quoi parlez-vous avec votre médecin ? a remplacé « Parlez-vous de choses non médicales avec votre MG ? »
- Propositions de formulation de question tirées du guide d'aide à l'entretien de femmes victimes de violences « Comment avez-vous su ? »

7.2. Journal de bord

18 février 2016

Premier rendez-vous avec un de mes directeurs de thèse, responsable du volet quantitatif de mon étude, pour débiter les entretiens. J'ai assisté au séminaire sur la recherche qualitative mais je ne suis pas encore complètement à l'aise avec cette méthode d'analyse. Il me propose d'utiliser la méthode de théorisation ancrée.

Lors de l'entretien, nous expliquons longuement nos a priori sur le dépistage systématique des violences et notre ressenti face aux victimes de violences. Cette discussion est très enrichissante, car nous opposons nos expériences, lui d'homme et médecin généraliste expérimenté et moi de femme, médecin généraliste en herbe.

31 mars 2016

Premier entretien. 1h38 ! Mme avait des choses à dire. Je n'ai pas réussi à poser toutes les questions, mais sans les poser, j'ai pu avoir les questions. Je n'ai pas réussi à toujours recentrer

sur le sujet mais j'ai récolté beaucoup d'informations très utiles. Plusieurs types de violences sont évoquées : violence familiale, violence conjugale, violence médicale... Cet entretien a été riche en émotions aussi. Le sujet s'y prête, mais je crois que je n'avais pas imaginé ce que je pouvais ressentir en écoutant le vécu si dur de Mme.

La retranscription va être longue.

1^{er} avril 2016

Deuxième entretien. Je me sens déjà un peu plus à l'aise pour mener l'entretien. J'ai réussi à poser toutes les questions que je souhaitais.

12 Avril 2016

Je devais voir 3 femmes cette semaine, et aucune n'a honoré son rendez-vous. Mes tentatives de relance téléphoniques restent vaines.

3 Juin 2016

Je décide de proposer des RDV pour le lendemain, et même de cette façon-là, les RDV ne sont pas honorés. Il faut que je change de stratégie.

Je modifie alors mon discours d'approche et je m'organise pour avoir un box de consultation libre lorsque je vais à la rencontre des femmes dans le CMS.

1^{er} juillet 2016

Je ne donne plus de RDV et je propose de se voir avant ou après la consultation. 3^{ème} entretien. Première consultation au CMS pour Mme. J'ai été déstabilisée car Mme n'avait pas de MG, elle était suivie à l'hôpital en néphrologie. Au fur et à mesure de l'entretien, je me rends compte que la spécialité ne compte pas pour Mme.

20 juillet 2016

4^{ème} entretien. Première consultation aussi pour Mme. Mme a l'air de souffrir de sa relation avec son MG actuel. Elle me met en garde sur ma pratique future. Les relances sont difficiles, Mme a beaucoup de choses à dire sur son MG actuel. Elle lui reproche surtout le manque de temps pour s'occuper d'elle, alors qu'elle est en cours de chimiothérapie. Encore de la violence médicale. Je me rends compte qu'elle hiérarchise les violences, et qu'elle ne se sent pas concernée car elle n'a « juste » subi que des insultes.

5^{ème} entretien

L'entretien est court. Malgré les relances, Mme répond avec peu de mots, j'ai l'impression qu'elle ne veut pas développer plus.

6^{ème} entretien

De nouveau, je retrouve la hiérarchisation des violences. Je me rends compte qu'il n'est pas si spontané pour les femmes de parler de leur vie privée.

Cet entretien m'a permis de penser à ajouter une question au guide d'entretien, en demandant aux femmes la question qu'elles trouveraient la plus adaptée pour aborder les violences.

22 Juillet 2016

7^{ème} entretien

Entretien assez particulier, car Mme était victime de violences mais ne m'a pas fait part des violences subies. Je ne me sentais pas de pousser plus loin pour savoir ce qu'elle avait vécu car je trouvais que j'allais être intrusive et je ne trouvais pas d'ouverture pour en parler plus. C'était un entretien particulier aussi car lorsque je l'ai abordée, elle a volontiers accepté de participer à mon travail en me disant qu'elle n'avait jamais subi de violences, mais au fur et à mesure de notre discussion, elle s'est rendue compte qu'elle avait été victime.

8^{ème} entretien

Je me rends compte après avoir commencé l'enregistrement que Mme ne parle pas bien le français. Je décide de poursuivre l'entretien, en me disant que je ne l'utiliserai peut-être pas pour l'analyse. Son histoire est particulière, et elle est victime de violence actuellement. Malgré la barrière de la langue, je comprends ce que Mme me dit et Mme me fait remarquer lorsqu'elle ne comprend pas mes questions pour que je simplifie mes phrases. Au final, Mme est ravie d'avoir pu discuter avec moi de ce qu'elle vit et de me donner son avis sur le système de soins français. Son récit illustre parfaitement l'emprise que peut avoir l'agresseur sur la victime de violence.

9^{ème} entretien

Très court. Mme a accepté de répondre à mes questions mais était en fait pressée. Malgré les relances, je n'arrive pas à obtenir beaucoup d'informations, surtout qu'elle a récemment pris un MG car elle n'en ressentait pas l'utilité avant.

10^{ème} entretien

Entretien assez long, Mme vit des violences actuellement. La relation qu'elle a avec son MG est nouvelle pour moi, elle le considère comme un frère.

5 aout 2016

11^{ème} entretien

Entretien différent des autres entretiens. Je décide de m'entretenir avec une infirmière du CMS. Sa relation avec son MG est différente de toutes celles que j'ai pu entendre. Je retrouve cette notion de hiérarchisation des violences dans son discours, et elle me parle de racisme.

10 aout 2016

Rendez avec mon directeur.

Je discute avec lui de mon changement de réalisation des entretiens. Je lui fais part de mes doutes concernant l'entretien 8, il me propose de le garder et de l'utiliser, car cela permet de donner la parole aux personnes qu'on n'entend pas habituellement. Je n'avais pas vu la chose comme ça.

Nous revoyons ensemble la première étape du codage, et nous rediscutons de nos a priori.

15 septembre 2016

Je reviens de vacances, je continue mon codage axial. Je ne sais pas vraiment où tous ces codes ouverts vont me mener. Le codage du premier entretien est vraiment très long.

10 octobre 2016

J'ai fini mon codage axial. Je ne suis pas sûre de moi. Je demande à mon directeur un RDV car je ne sais pas du tout comment gérer tout ces ces données.

25 octobre 2016

RDV avec mon directeur. Mon codage n'est pas satisfaisant. Il me conseille de revoir les dénominations, et d'utiliser des verbes plutôt.

Nous réécoutons des entretiens ensemble pour les critiquer. Nous décidons aussi de remplacer la question sur les choses non médicales par « De quoi parlez-vous avec votre médecin ? »

A l'issue du RDV, nous convenons de réaliser de nouveaux entretiens en tenant compte des remarques et des nouvelles questions du guide d'entretien.

26 octobre 2016

12^{ème} entretien

Quel entretien. Mme m'informe qu'elle a été violée par son cousin il y a 2 ans et n'a pas réussi à rentrer dans son pays d'origine suite au viol et est en situation irrégulière. Quelle vie gâchée ! De plus, Mme n'a jamais parlé de ce viol à des professionnels, car elle ne savait pas à qui en parler. Je lui propose à la fin de l'entretien d'en discuter avec son MG qu'elle voit juste après l'entretien et lui donne les coordonnées de la conseillère conjugale travaillant au CMS.

13^{ème} entretien

Entretien facile à mener. Mme parle assez facilement, je n'ai pas besoin de faire beaucoup de relances. Je tiens compte des remarques que m'avait fait mon directeur et j'arrive à laisser place à des silences.

15 novembre 2016

Je continue la correction de mon codage axial. Je vois plus clair maintenant que j'utilise des verbes pour nommer les codes.

15 janvier 2017

J'ai fini entièrement mon codage axial et commence la thématization.

Je demande à voir mon directeur de thèse pour être sûre de ne pas me perdre de nouveau.

31 janvier 2017

RDV avec mon directeur de thèse. Nous peaufinons la thématization.

Mon travail de thèse s'inscrit dans un travail global demandé par la ville d'Aubervilliers sur les violences faites aux femmes albertivillariennes. Mon directeur de thèse a également mené une étude qualitative sur la perception du dépistage systématique des violences par les professionnels de santé s'occupant de victimes. Les thèmes des 2 analyses sont quasiment identiques.

Je poursuis mon analyse, car je dois faire une présentation à la mairie d'Aubervilliers le 21 février.

La modélisation du schéma explicatif reste encore abstraite.

21 février 2017

La présentation est faite. Cet entraînement m'a permis de voir plus clair pour la modélisation.

24 février 2017

Je termine de rédiger la première version de la thèse. Je suis encore pleine de doutes. J'attends les commentaires de mes directeurs de thèses.