

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Par  
**Karine MATHON**

le 15 juin 2023

**Violences conjugales dans les Pyrénées Orientales :  
Quelles sont les attentes des femmes victimes de violences  
conjugales envers le médecin généraliste ?**

Directeur de thèse : Dr François OLIVET

JURY

Président :

Professeur Michel AMOUYAL : Praticien Universitaire – Médecin Généraliste

Assesseurs :

Docteur François OLIVET : Maître de Stage Universitaire – Médecin Généraliste

Docteur Béatrice KONINCK : Praticien Hospitalier – Gynécologue Obstétricienne

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Par  
**Karine MATHON**

le 15 juin 2023

**Violences conjugales dans les Pyrénées Orientales :  
Quelles sont les attentes des femmes victimes de violences  
conjugales envers le médecin généraliste ?**

Directeur de thèse : Dr François OLIVET

JURY

Président :

Professeur Michel AMOUYAL : Praticien Universitaire – Médecin Généraliste

Assesseurs :

Docteur François OLIVET : Maître de Stage Universitaire – Médecin Généraliste

Docteur Béatrice KONINCK : Praticien Hospitalier – Gynécologue Obstétricienne

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023**  
**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HERTAULT Jean	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CAMU William	HUMEAU Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme	KLEIN Bernard	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LAFFARGUE François	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LALLEMANT Jean Gabriel	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAMARQUE Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LAPEYRIE Henri	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LEROUX Jean-Louis	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUJOLS Pierre	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	ECHENNE Bernard	LORiot Jean	SAINT-AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BONNEL François	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GRASSET Daniel	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MICHEL François-Bernard	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	GUI TER Pierre	MION Charles	VIDAL Jacques
	HEDON berbard	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre

**Professeurs Emérites**

**Docteurs Emerites**

ARTUS Jean-Claude	JONQUET Olivier	VOISIN Michel	PRAT Dominique
BASTIEN Patrick	LANDAIS Paul	ZANCA Michel	PUJOL Joseph
BLANC François	LARREY Dominique		
BONAFE Alain	LE QUELLEC Alain		
BOULENGER Jean-Philippe	MARES Pierre		
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry		
BRINGER Jacques	MAURY Michèle		
CLAUSTRES Mireille	MESSNER Patrick		
COMBE Bernard	MILLAT Bertrand		
DAURES Jean-Pierre	MONNIER Louis		
DAUZAT Michel	MOURAD Georges		
DAVY Jean-Marc	PREFAUT Christian		
DEDET Jean-Pierre	PUJOL Rémy		
DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel	RIBSTEIN Jean		
GROLLEAU RAOUX Robert	SCHVED Jean-François		
GUERRIER Bernard	SULTAN Charles		
GUILLOT Bernard	TOUCHON Jacques		
HERISSON Christian	UZIEL Alain		

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**PU-PH de classe exceptionnelle**

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive

HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénérologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>er</sup> classe**

ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUBILLE François	Cardiologie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
SULTAN Ariane	Nutrition
VINCENT Thierry	Immunologie
<b><u>PU-PH de 2ème classe</u></b>	
AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale

DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Hélène	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

##### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

##### 2<sup>ème</sup> classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

##### 1<sup>re</sup> classe :

AMOUYAL Michel

#### PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

REBOUL Marie-Catherine

#### PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

### **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel**

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé

RICHARD Bruno Médecine palliative

#### **MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL  
Valère Génétique

CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion

#### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BRET Caroline Hématologie biologique

BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

CHIRIAC Anca Immunologie

COSSEE Mireille Génétique

FITENI Frédéric Cancérologie ; radiothérapie

GIRARDET-BESSIS Anne Biochimie et biologie moléculaire

HERRERO Astrid Chirurgie viscérale et digestive

LAVIGNE Géraldine Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier Médecine et Santé au Travail

MATHIEU Olivier Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
ENGELMANN Ilka	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
RANISAVELJEVIC Noémie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; Gynecologie médicale
SOCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

**Maitres de Conférences des Universités**

**Maitres de Conférences hors classe**

BECAMEL Carine	Neurosciences
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

**Maîtres de Conférences de classe normale**

CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

**Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

**MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David  
OUDE ENGBERINK Agnès

**MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice  
CARBONNEL François

**Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

BADIN Mélanie  
CAMPAGNAC Jérôme  
LOPEZ Antonio  
MINET Mathilde  
PAVAGEAU Sylvain  
SERAYET Philippe

### Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
GAVOTTO Arthur	Pédiatrie
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
POULEN Gaetan	Neurochirurgie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
URSIC BEDOYA José	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

### PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRISOT Dominique	FAURE Elsa	MARTIN Lucille	SEGURET Fabienne
AGUILHON Sylvain	BRONER Jonathan	FILLERON Anne	MATTATIA Laurent	SENESSE Pierre
AKKARI Mohamed	CAIMMI Davide Paolo	FILLOLS Mélanie	MEROUEH Fadi	SERRE Jean-Emmanuel
ALRIC Jérôme	CARR Julie	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SKALLI EI Medhi
AMEDRO Pascal	CARTIER César	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SOLA Christelle
AMOUROUX Cyril	CASPER Thierry	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SOULLIER Camille
ANTOINE Valéry	CASSINOTTO Christophe	GENY Christian	MORAU Estelle	SOUKSI MEDIONI Isabelle
ARQUIZAN Caroline	CATHALA Philippe	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	STOEBNER DELBARRE Anne
ATTALIN Vincent	CAZABAN Michel	GINIES Patrick	MOSER Camille	TEOT Luc
BADR Maliha	CHARBIT Jonathan	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	THIRION Marina
BAIS Céline	CHEVALLIER Thierry	GROSSIN Delphine	MOUTERDE Gaël	TUNEZ Virginie
BARBAR Saber Davide	CHEVALLIER-MICHAUD Jo	GUEDJ Anne Marie	PERNIN Vincent	VACHIERY-LAHAYE Florence
BASSET Didier	COLIN Olivier	GUYON Gaël	PERRIGAULT Pierre François	VERNES Eric
BATIFOL Dominique	CONEJERO Ismael	HEDON Christophe	PEYRON Pierre-Antoine	VIALA Maurice
BATTISTELLA Pascal	CONSEIL Mathieu	HENRY Vincent	PICARD Eric	VINCENT Laure
BAUCHET Luc	CORBEAU Catherine	JAMMET Patrick	PICOT Marie Christine	WAGNER Laurent
BELL Ariane	COROIAN Flavia-Oana	JEDRYKA François	POQUET Héléne	WALTHER LOUVIER Ulrike
BENEZECH Jean-Pierre	COUDRAY Sarah	JREIGE Riad	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BENNYS Karim	CUNTZ Danielle	KINNE Mélanie	PUPIER Florence	
BERNARD Nathalie	DARDALHON Brigitte	LABARIAS Coralie	QUANTIN Xavier	
BERTCHANSKY Ivan	DAVID Aurore	LABORDE Caroline	RAFFARD Laurence	
BIBOULET Philippe	DE BOUTRAY Marie	LACAMBRE Mathieu	RAPIDO Francesca	
BIRON-ANDREANI Christine	DE LA TRIBONNIÈRE Xavie	LANG Philippe	RIBRAULT Alice	
BLANC Brigitte	DEBIEN Blaise	LAZERGES Cyril	RICHAUD-MOREL Brigitte	
BLANCHARD Sylvie	DELPONT Marion	LE GUILLOU Cédric	RIDOLFO Jérôme	
BLANCHET Catherine	DENIS Héléne	LEGLISE Marie Suzanne	RIPART Sylvie	
BLATIERE Véronique	DEVILLE de PERIERE Gilles	LE MOINE DONY Marie-Christine	RONGIERES Michel	
BOGE Gudrun	DI CASTRI Alberto	LETERTRE Simon	ROULET Agnès	
BOURRAIN Jean Luc	DJANIKIAN Flora	LOPEZ Régis	RUBENOVITCH Josh	
BOUYABRINE Hassan	FAIDHERBE Jacques	LUQUIENS Amandine	SANTONI Fannie	
BRINGER-DEUTSCH Sophie	FATTON Brigitte	MANZANERA Cyril	SASSO Milène	
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	FAUCHERRE Vincent	MARGUERITTE Emmanuel	SCHULDINER Sophie	

*A toutes les femmes victimes de violences,  
Nous vous croyons,  
Vous n'êtes pas seules.*

## REMERCIEMENTS

### **Aux membres de mon jury,**

*A Monsieur le Professeur Amouyal*, merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci de participer à travers votre engagement à la faculté à la formation des médecins généralistes de demain. Je vous exprime ici ma profonde reconnaissance.

*A Monsieur le Docteur Olivet*, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'accompagner dans ce travail. Surtout, merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale perpignanaise lors de mon tout premier stage dans les PO. Merci pour tes conseils avisés et ta bienveillance.

*A Madame le Docteur Koninck*, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Je te suis également reconnaissante de participer à développer la prise en charge des femmes victimes de violences dans les PO. Au plaisir de travailler à tes côtés.

### **Aux participantes de cette thèse,**

*Aux membres des associations de victimes de violences des PO*, merci de m'avoir ouvert les portes de vos structures. Merci pour tout le travail que vous faites pour accompagner ces femmes et les aider à se réparer.

*Aux femmes victimes de violences* qui m'ont fait l'honneur de participer à mon étude, merci de m'avoir confié votre histoire, ce fut un honneur de vous écouter. Je vous dédie cette thèse.

### **A ma famille,**

*A mes parents*, merci pour votre présence et votre amour à tout instant, depuis toujours. Merci pour l'éducation que vous m'avez transmise, qui m'a grandement aidée à devenir celle que je suis aujourd'hui. Je mesure la chance que j'ai eu de grandir dans cette famille heureuse. Votre soutien infailible a été précieux dans ces études, ma réussite est aussi la vôtre.

*A ma sœur Laëtitia*, ta discrétion légendaire n'enlève rien à la qualité de ton soutien. Merci d'être une petite sœur si douce et disponible, merci pour cette belle enfance ensemble. Je suis très fière de la chercheuse accomplie que tu es devenue. Peu importe les kilomètres et les océans qui nous séparent, nous nous retrouverons toujours à la maison.

*A mes grands-parents, mes oncles et tantes, cousins et cousines, merci pour ces Noël, ces vacances, cousinades, et autres moments de retrouvailles et de partage.*

*Mamie, merci d'avoir toujours cru en moi, j'espère que tu es fière. Merci pour tous ces moments privilégiés que nous avons partagés, tu me manques.*

### **A mes amies nantaises, les Girls,**

*A Juliette, depuis la seconde C, nous sommes passées du ponton d'Atlantis aux rives de Dumbo, avec un détour par la route 66 et le Mont Royal. Merci pour ton amour, ton humour et ton admiration qui m'ont aidé à traverser ces années d'étude. Merci d'avoir toujours pris le temps de comprendre ce monde qu'est la médecine, ta minutieuse relecture de cette thèse en est un parfait exemple. Merci d'être un tel pilier dans ma vie. A nos futures virées aux states !*

*A Bineta, je sais que l'on mesure toutes les deux notre chance de partager une amitié comme la nôtre. Merci de m'avoir permis de grandir à tes côtés, d'avoir toujours été présente et de continuer à l'être. Je suis fière de notre parcours et des médecins que nous sommes aujourd'hui. You're my person, you will always be my person.*

*A Valentine, te voir t'accomplir et devenir la Valou entière et heureuse d'aujourd'hui a été une de mes plus grandes sources de bonheur ces dernières années. T'avoir à mes côtés et être à tes côtés malgré la distance est une fierté et un honneur pour moi. Hâte à nos futurs projets, festivals, voyages et surprises que la vie nous réserve !*

*A Mathilde, toujours là depuis le club théâtre du collège. Merci de ta présence à chaque étape de ma vie.*

*A Hannae, merci pour ta bonne humeur communicative permanente, pour ta disponibilité et pour tous ces fous rires que tu nous offres. Il me tarde de rencontrer Pépitas et de te voir maman !*

*A Alizée, malgré la distance, je suis toujours heureuse de te retrouver quand l'occasion le permet !*

### **A ma team de Médecine nantaise, les Chatons et les Doctors,**

*A Chloé, des bancs de Kernéis à ce jour, nous en avons vécu des moments forts qui sont désormais de beaux souvenirs de jeunesse ! A nos noctamBU, nos tonus, nos mercredi soir au Loft, nos heures à la Scierie ou au Cou'f... Aujourd'hui je nous suis reconnaissante d'avoir réussi à rester dans la vie l'une de l'autre et à continuer à partager nos quotidiens et notre amour de la méd gé !*

*A Clémentine*, depuis notre rencontre, te compter parmi mes amies est un privilège. Ta force est une leçon de vie, ta bienveillance une chance. N'oublie pas de compter sur nous autant qu'on peut compter sur toi. Je suis heureuse de t'avoir dans le sud près de moi.

*A Betty*, merci pour cette énergie folle, tes rires, ton écoute aussi. Que Céline continue à nous faire bondir et hurler !

*A Mathilde*, ton courage et ta persévérance sont une inspiration, merci pour nos masterclass et nos bodypump. Merci de nous tirer vers le haut en nous montrant que rien n'est impossible.

*A Camille*, merci pour ta motivation, ta résilience et ton sourire. Merci pour cette parenthèse catalane parmi nous. Perpignan n'a pas fini de t'accueillir et je ne serai jamais loin !

*A Eléonore*, ma sœur de faluche, de la P1 à la FAGE, en passant par l'honneur que tu m'as fait d'être ta témoin, quel chemin parcouru ! J'ai hâte de voir la suite de 2023...

*A Laurie*, la médecine puis la distance n'auront pas réussi à ternir notre amitié. Merci pour ton grain de folie, tes projets motivants, ta créativité. Rentre vite s'il te plait, la France te réclame.

### **A ma famille associative,**

Que ce soit de la CNEM, d'InterAsso Nantes ou de la FAGE, merci de m'avoir enlisée et accompagnée dans la folle aventure qu'est le syndicalisme étudiant. A vos côtés j'ai fait de magnifiques rencontres, j'ai appris mille choses, j'ai changé de regard sur la société et j'ai vu plus large que les bancs de la fac de médecine.

*A Paul*, mon binôme à toute épreuve, merci pour cette complicité. Ton amitié m'est précieuse.

*A Capucine, Louise, Émilie, et les autres membres de mon bureau* : merci de m'avoir supportée.

*A Godi, Thibaut, Valentin, mes vieux*, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir poussée à m'engager.

*A Victor*, merci pour ces débats aussi passionnants qu'agaçants, et tes conseils toujours avisés.

*A Antoine*, merci de m'avoir éveillée à la politique et à l'engagement militant. Merci d'avoir partagé ton bureau avec moi toutes ces années. Je suis ravie de te compter encore dans ma vie.

*A tous les Fagiens* croisés en CA ou en congrès : merci pour ces échanges riches et ces belles soirées.

**A mes amis de l'internat,**

*Aux perpignanais de la première heure : Camille, Pauline, Gauthier, Thomas, Raph, Martin,* merci pour ce magnifique premier semestre. Il paraît que les rencontres du début d'internat sont des amitiés qui restent, pour le moment on réussit plutôt bien. Hâte de voir la suite !

*A mes co-internes des urgences,* merci pour ce semestre fort en émotions !

*A la team Sétoise,* merci pour le soutien mutuel pendant ce rude semestre covidé.

*A Mathilde,* merci pour ces semestres de coloc, ces discussions et soirées Netflix en robe de chambre (Saint-Jacques style tu connais), et plus récemment merci pour nos journées studieuses au Coworking Coffee, nous sommes arrivées au bout de cette thèse !

*A Franck et Mel,* merci d'être des amis aussi présents, je suis fière et heureuse de vous avoir dans ma vie.

*A Sarah,* que notre relation dure, Narbonne n'est pas si loin ! Je te souhaite de continuer à t'épanouir.

*A la PerpiVie, Alec et Nico, Sarah, Maria, Chris, Clara, Armel, Justine, Nejm* et tous les autres, de passage ou non, merci de rendre la vie dans les PO encore plus belle.

**Aux soignant.es auprès de qui j'ai eu la chance de me former,**

*A mes maitres de stage rencontrés dans mes études,* en libéral ou à l'hôpital, merci de m'avoir transmis vos connaissances et votre goût pour les patients autant que pour la médecine.

*A la famille d'Ille sur Têt,* merci de m'avoir accompagnée dans cette transition entre l'internat et la vie de docteur. A très vite !

*Aux formidables infirmiers et infirmières croisés en stage,* aux Urgences de Perpignan, en Médecine Polyvalente à Sète, en Gynéco à Nîmes, merci de m'avoir permis d'apprendre à vos côtés, vous faites une magnifique profession.

*Aux patient.es,* qui nous poussent sans cesse à devenir de meilleurs soignants, vous faites la beauté de notre métier.

*A Yassin,* ton amour et ton soutien me sont si précieux. Merci pour ton accompagnement et ta patience ces derniers mois. Merci pour ta prévenance à mon égard au quotidien. Je me sens fière et chanceuse d'avancer à ton bras. J'ai hâte de continuer à vivre ma vie à tes côtés. Je t'aime.

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>23</b>
I. CONTEXTE .....	23
1. <i>Les violences conjugales</i> .....	23
2. <i>Épidémiologie des violences</i> .....	27
3. <i>Conséquences des violences</i> .....	29
II. VIOLENCES CONJUGALES ET MEDECINE GENERALE .....	32
1. <i>Recommandations scientifiques de la Haute Autorité de Santé</i> .....	32
2. <i>Évolution de la législation</i> .....	33
3. <i>Outils pratiques à destination du médecin généraliste</i> .....	35
III. PROBLEMATISATION .....	36
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>38</b>
I. ÉQUIPE DE RECHERCHE .....	38
II. BIBLIOGRAPHIE ET MOTS CLES .....	38
III. CONCEPTION DE L'ÉTUDE .....	38
1. <i>Type d'étude</i> .....	38
2. <i>Population</i> .....	39
IV. ÉTAT DES LIEUX DES STRUCTURES D'ACCUEIL DANS LES PYRENEES-ORIENTALES .....	39
V. RECUEIL DES DONNEES .....	40
1. <i>Types d'entretien</i> .....	40
2. <i>Déroulé de l'entretien</i> .....	41
3. <i>Retranscription</i> .....	41
4. <i>Fin du recueil</i> .....	41
VI. ANALYSE DES DONNEES .....	42
1. <i>Type d'analyse</i> .....	42
2. <i>Analyse des entretiens</i> .....	42
VII. ASPECT ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE .....	43
1. <i>Les autorisations règlementaires</i> .....	43
2. <i>Le consentement éclairé</i> .....	43
3. <i>La confidentialité</i> .....	43
<b>RESULTATS .....</b>	<b>44</b>
I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE .....	44
II. ARBRE THEMATIQUE .....	45
III. LA REVELATION DES VIOLENCES .....	46
1. <i>Quel déclencheur de la parole ?</i> .....	47
2. <i>Quel interlocuteur ?</i> .....	48
3. <i>Pourquoi pas le médecin généraliste ?</i> .....	49

4.	<i>Quel rôle du médecin généraliste lors de la révélation ?</i> .....	52
IV.	L'ACCOMPAGNEMENT DE LA VICTIME .....	54
1.	<i>Quel interlocuteur dans la durée ?</i> .....	54
2.	<i>Pourquoi pas le médecin généraliste ?</i> .....	56
3.	<i>Quel rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement ?</i> .....	57
V.	LE ROLE ATTENDU DU MEDECIN GENERALISTE .....	58
1.	<i>Les missions du médecin généraliste</i> .....	59
2.	<i>Les prérequis à l'action du médecin généraliste</i> .....	63
VI.	LA DEROGATION AU SECRET MEDICAL .....	64
1.	<i>Les arguments en faveur de la dérogation au secret médical</i> .....	64
2.	<i>Les arguments contre la dérogation au secret médical</i> .....	66
3.	<i>Les prérequis à la dérogation au secret médical</i> .....	67
	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>68</b>
I.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE .....	68
1.	<i>Forces</i> .....	68
2.	<i>Limites</i> .....	69
II.	SYNTHESE ET INTERPRETATION DES RESULTATS .....	69
1.	<i>Le médecin généraliste absent du parcours des femmes victimes de violences</i> .....	69
2.	<i>Les femmes attendent une plus grande implication du médecin généraliste</i> .....	71
3.	<i>La dérogation au secret médical : une loi qui fait débat</i> .....	72
III.	COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE.....	73
IV.	PERSPECTIVES.....	74
1.	<i>Formons les médecins généralistes</i> .....	74
2.	<i>Travaillons en réseau</i> .....	75
3.	<i>Perspectives de recherche</i> .....	76
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>77</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>78</b>
	<b>ANNEXES</b> .....	<b>82</b>
1.	<i>Outil d'aide au repérage des violences conjugales</i> .....	82
2.	<i>Dépliant du Conseil Départemental des Pyrénées-Orientales et violentomètre</i> .....	83
3.	<i>Formulaire d'information</i> .....	84
4.	<i>Tableau de recensement</i> .....	85
5.	<i>Guide d'entretien</i> .....	88
6.	<i>Consentement et questionnaire d'information</i> .....	89
	<b>RESUME</b> .....	<b>92</b>

## INTRODUCTION

La violence à l'égard des femmes constitue une violation des droits fondamentaux.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « la violence exercée par un partenaire intime est l'une des formes les plus courantes de violence à l'égard des femmes ; elle couvre les sévices physiques et sexuels, la maltraitance psychologique et les comportements tyranniques et dominateurs des partenaires intimes. La violence exercée par des partenaires intimes existe dans tous les milieux et concerne tous les groupes socio-économiques, religieux et culturels. Il s'agit d'un fardeau mondial écrasant, porté pour l'essentiel par les femmes. » (1)

### **I. Contexte**

#### 1. Les violences conjugales

##### *a) Définition des violences conjugales*

Lors de sa déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes en 1993, l'Organisation des Nations Unies a défini la violence à l'égard des femmes comme « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ». (2)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (3), la violence au sein du couple se réfère à « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, ce qui inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contrainte, la violence psychologique et tout autre acte de domination ».

En France, le Ministère de la Justice définit la violence au sein du couple comme « un processus inscrit dans le temps au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple (mariage - avec ou sans communauté de vie, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS)), un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs ». (4)

On parle également de violence entre partenaires intimes, ou de violences conjugales. Par ailleurs, les termes violences domestiques ou violences intra-familiales parfois utilisés, incluent les violences au sein du couple, mais aussi les maltraitances sur enfants.

Le paroxysme des violences conjugales est le féminicide (ou fémicide).

Toujours selon l’OMS, « la définition généralement admise du fémicide est l’homicide volontaire d’une femme, mais il existe des définitions plus larges qui incluent tout meurtre de filles ou de femmes au simple motif qu’elles sont des femmes ». (5)

### *b) Différents types de violences*

Les violences conjugales peuvent revêtir différentes formes. (6) (7)

- **Les violences psychologiques**

Elles regroupent les intimidations, menaces, chantages, humiliations et tous les actes qui tendent à dénigrer et mépriser la victime. Le contrôle de la partenaire sur ses actions, relations etc. en font également partie.

- **Les violences verbales**

Il s’agit principalement des cris, injures et insultes. Elles participent au climat de soumission de la victime en la dénigrant.

- **Les violences physiques**

On retrouve toutes les agressions physiques imaginables : les coups, bousculades, strangulations, brûlures etc. Il peut également s’agir de séquestration.

- **Les violences sexuelles**

Elles rassemblent les sévices, le harcèlement sexuel, l’exploitation sexuelle, mais également les relations sexuelles non désirées, sous contrainte, aussi appelées viol conjugal.

- **Les violences économiques**

Il s’agit de tous les moyens de contrôle financier dont le partenaire dispose : selon la situation socio-professionnelle du couple cela peut aller du contrôle des moyens de paiement et comptes bancaires à l’appropriation totale des ressources de la victime. Elles peuvent aussi se manifester par l’interdiction pour la victime de travailler, créant ainsi une dépendance matérielle.

- **Les violences administratives**

De la même façon, elle dépend de la situation du couple. Il peut s'agir de la confiscation des papiers d'identité ou d'autres documents importants (carte vitale, livret de famille).

- **La cyberviolence**

Ce type de violence est récent, son émergence est due à l'avènement des nouvelles technologies et des réseaux sociaux. L'agresseur utilise ces outils pour surveiller, contrôler, harceler ou insulter sa victime.

- **Les autres formes de violence**

On peut citer par exemple les violences religieuses (imposer une croyance ou une religion). L'indifférence également est une forme de violence au cours de laquelle l'agresseur va ignorer la victime, ne pas répondre à ses besoins, la privant ainsi de toute considération.

Ces violences ne sont pas toutes présentes selon les couples et les schémas utilisés par l'agresseur. Les violences psychologiques et verbales sont néanmoins les plus fréquentes, initiant souvent les violences et maintenant un climat d'insécurité constant. Bien qu'elles soient invisibles, elles sont décrites par les victimes comme étant les plus destructrices.

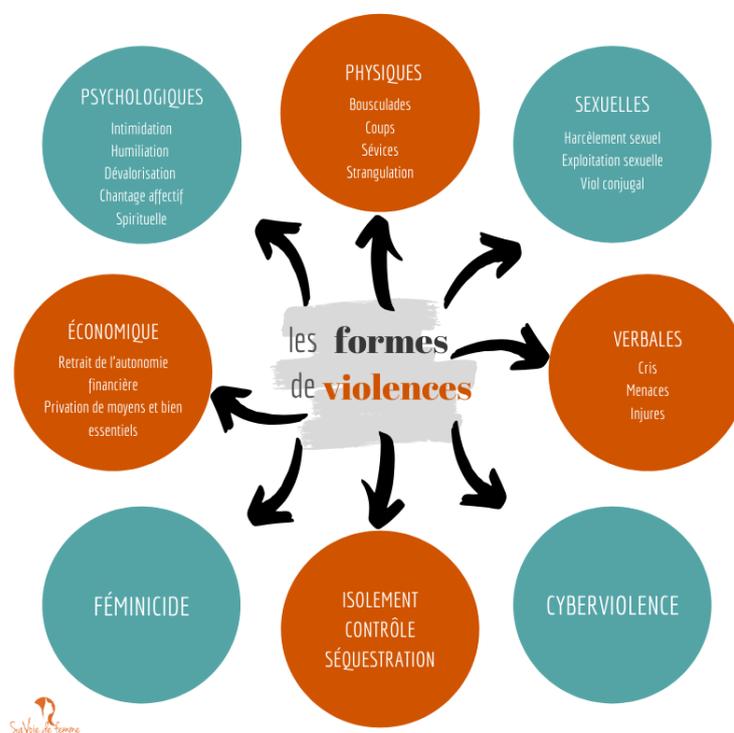


Figure 1 : les différents types de violences conjugales

### c) *Le mécanisme des violences conjugales*

Le dénominateur commun de toutes les formes de violences au sein du couple est la présence d'une domination du partenaire sur sa victime. Cette domination est omniprésente, insidieuse, et conduit à l'emprise, prérequis nécessaire à la violence conjugale.

Cette notion d'emprise permet de distinguer le conflit conjugal de la violence conjugale. Dans le conflit conjugal, deux points de vue s'opposent, mais la relation entre les partenaires est égalitaire. Dans la violence conjugale, le rapport de force est asymétrique avec un duo dominant/dominée, ne laissant aucune place à l'expression de points de vue divergents.

L'installation de la violence conjugale est latente, et son évolution naturelle suit une aggravation progressive, communément appelée « l'escalade des violences ». Ce phénomène a été conceptualisé par la chercheuse et psychologue nord-américaine Lenore E. Walker en 1979, sous la forme d'une spirale baptisée **le cycle de la violence**. (8)

Ce cycle se décline en 4 phases :

- *La tension* :  
Apparition de tension dans le couple et d'épisodes de colère. L'agresseur n'utilise pas directement la violence, mais exprime des menaces, créant ainsi un climat d'insécurité. La victime essaie d'apaiser le climat en satisfaisant le partenaire.
- *L'agression* :  
La violence explose, et se caractérise par l'agression concrète de la part de l'auteur qui peut s'exprimer sous différentes formes. La victime est impuissante, en souffrance, voire en état de sidération.
- *La justification* :  
L'auteur des actes de violence tente de justifier son comportement. Il minimise les faits, ou reporte la responsabilité sur sa partenaire. La victime tente de comprendre la situation, elle exprime des doutes et de la culpabilité.
- *La réconciliation* :  
C'est la lune de miel, la phase de sursis amoureux. L'agresseur exprime des remords, il essaie de se faire pardonner, et promet de faire des efforts. La victime apporte son aide, fait elle-même des efforts. L'espoir renaît, permettant au couple de perdurer.

Ce cycle est amené à se répéter, et à se raccourcir : les phases de tension et d'agression s'alternent sans sursis, les violences s'aggravent, entraînant un risque vital pour la victime.

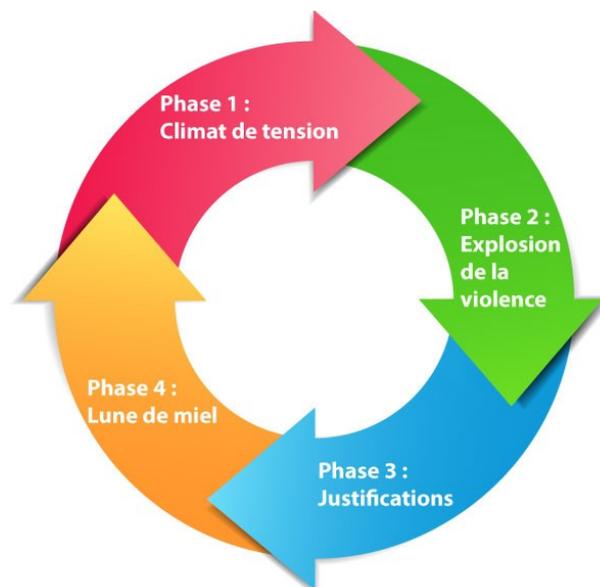


Figure 2 : le cycle de la violence, inspiré des travaux de Lenore E. Walker (source : *sosfemmesvendée*)

## 2. Épidémiologie des violences

### a) Dans le monde

En 2018, dans une étude intitulée *Violence against women prevalence estimates*, l’OMS a analysé la prévalence des violences physiques et sexuelles à l’égard des femmes au sein d’une relation intime et en dehors. Au moyen d’une méta-analyse conduite de 2000 à 2018, la prévalence de la violence au sein du couple a été étudiée dans 154 pays, auprès de femmes de plus de 15 ans. (9) 26% des femmes de 15 ans et plus déclarent avoir subi des violences physiques ou sexuelles avec un partenaire intime au cours de leur vie.

- 10% des femmes de 15 ans et plus déclarent avoir subi des violences physiques ou sexuelles avec un partenaire intime au cours des 12 derniers mois.

### b) En France

L’*Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France* (ENVEFF) est la première enquête statistique réalisée en France sur le thème des violences faites aux femmes, en 2000.

Cette étude, dévoile l’ampleur du phénomène des violences conjugales : parmi les 5908 femmes majeures interrogées, 1 femme sur 10 ayant vécu en couple pendant l’année écoulée a été en situation de violence conjugale au cours des 12 derniers mois. Ces dernières précisent avoir subi des violences physiques pour 2,5% d’entre elles, et 0,9% relatent des violences sexuelles au sein du couple.

L'enquête ENVEFF a démontré pour la première fois que c'est dans leur vie de couple que les femmes subissent le plus de violences psychologiques, physiques et sexuelles. (10)

Ces chiffres sont approfondis par les enquêtes suivantes et notamment l'enquête *Violences et rapports de genre* (Virage) réalisée par l'Institut national d'études démographiques en 2015, auprès de 27000 femmes et hommes âgés de 20 à 69 ans. (11) Cette étude passe en revue les violences selon les différents espaces de vie, au cours des 12 derniers mois et de la vie entière. Dans le cadre des relations conjugales : 12% des femmes interrogées ont déclaré avoir subi au moins une forme de violence au cours de leur vie.

Au cours des 12 derniers mois :

- 4,6% des femmes ont déclaré avoir subi un ou plusieurs faits de violence psychologique
- 3,3% des femmes ont déclaré avoir subi un ou plusieurs faits de violence physique
- 1% des femmes ont déclaré avoir subi un ou plusieurs faits de violence sexuelle.

Concernant les féminicides, l'*Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple* réalisée au cours de l'année 2021 dénombre 143 décès au sein du couple, dont 122 femmes (85%). (12)

Enfin, chaque année, la MIPROF (mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) publie sa *Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes*. (13)

La dernière, parue en novembre 2022, nous dévoile les chiffres clés de l'année 2021 :

- 122 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire ;
- 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année, soit près d'1% ;
- 87% des victimes de violences commises par le partenaire enregistrées par les services de police et de gendarmerie sont des femmes ;
- 95% des personnes condamnées pour des faits de violences intimes sont des hommes.

### c) Dans les Pyrénées-Orientales

En 2018, l'Observatoire des violences faites aux femmes du département des Pyrénées-Orientales (Odvef 66) a publié une *Enquête départementale sur les violences subies au cours de la grossesse et de la vie*, initiée par le Conseil de l'Ordre des sage-femmes 66. (14) L'enquête consistait en la distribution d'un questionnaire à toute patiente majeure enceinte, venant d'accoucher ou consultant

dans le cadre d'une demande d'IVG. Ce dépistage systématique, réalisé par des sage-femmes volontaires, en ville et au Centre Hospitalier de Perpignan, a permis de recueillir 231 témoignages. Les résultats suivants ont été mis en évidence :

- 15,4 % des femmes interrogées ont déclaré être victimes de violences au sein du couple au cours de leur grossesse ;
- 30% des femmes interrogées ont déclaré avoir déjà été victimes de violences au sein du couple au cours de leur vie.

Ces violences étaient dans la plupart des cas multiformes et répétées.

### 3. Conséquences des violences

#### a) Conséquences sur la santé

Les conséquences sur la santé des violences conjugales sont multiples. Leur fréquence et leur potentielle gravité font des violences un problème de santé publique. Les violences conjugales ont des conséquences à la fois physiques et psychologiques, souvent intriquées.

Au niveau somatique, les violences conjugales ont des conséquences très diverses, à court, moyen et long terme. (6)

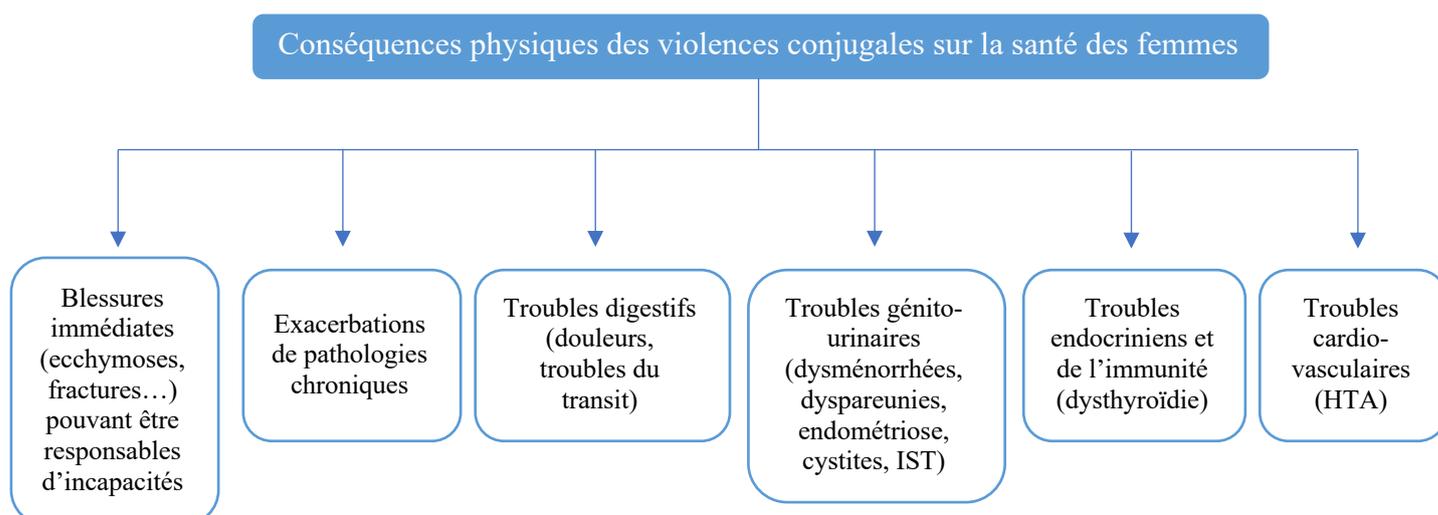


Figure 3 : les conséquences physiques des violences conjugales sur la santé des femmes (6)

Au niveau psychique, les conséquences des violences sont directement reliées au psychotraumatisme. Ce concept a été décrit pour la première fois dans les années 80 et est désormais reconnu comme affection psychiatrique inscrite au DSM IV. Le Dr Muriel Salmona, psychiatre spécialiste du psychotraumatisme propose de le définir comme « l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique ». (15)

La mémoire traumatique est une conséquence psychotraumatique des violences les plus graves, caractérisée par des réminiscences (flash-back, cauchemars) envahissantes qui font revivre le traumatisme. (16)

Afin d'éviter cette mémoire implicite émotionnelle, les victimes développent des stratégies :

- conduites d'évitement ;
- conduites d'hypervigilance ;
- conduites dissociantes permettant d'anesthésier ses émotions.

Les traumatismes répétés induits par les violences conjugales, qu'elles soient psychologiques, physiques ou sexuelles, entraînent à terme un état de stress post-traumatique complexe, correspondant au psychotraumatisme de type II. Selon les travaux du Dr Salmona, cette psychopathologie est identique à la sémiologie post-traumatique des victimes de guerre ou d'attentat. (17)

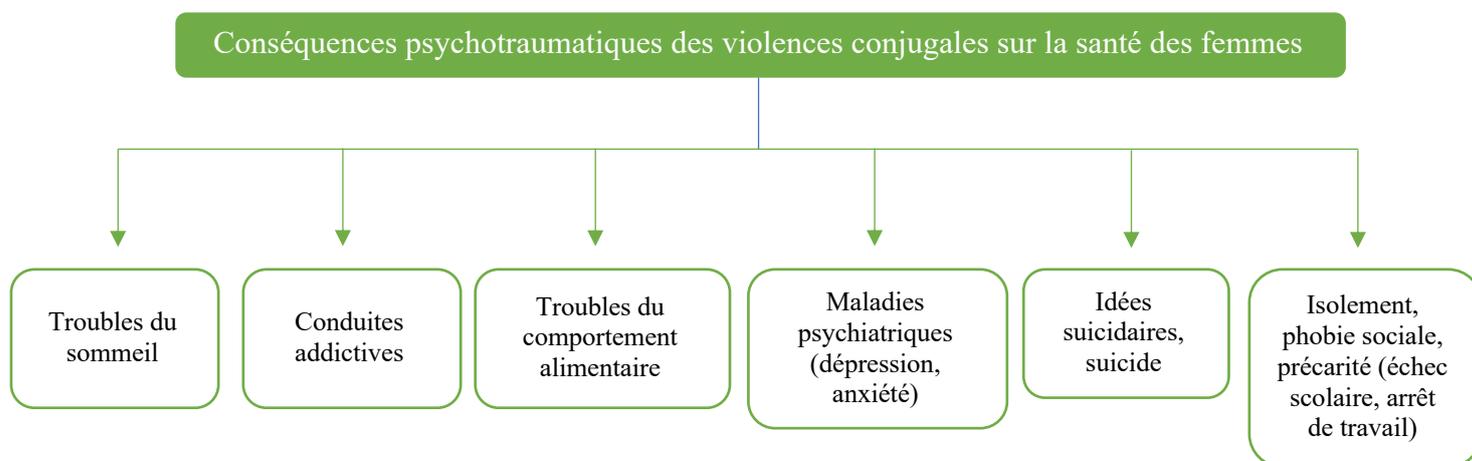


Figure 4 : les conséquences psychotraumatiques des violences conjugales sur la santé des femmes

En somme, il est important de comprendre que les troubles psychiques ont des conséquences psychosomatiques qui se surajoutent aux symptômes physiques décrits précédemment. Les mécanismes neurobiologiques à l'origine de ces perturbations permettent de mieux comprendre les troubles d'apparence parfois paradoxale présentés par les victimes avec une accumulation de symptômes variés, d'origines psychopathologiques diverses.

#### *b) Conséquences familiales : les enfants co-victimes*

En 2011, à Istanbul, 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 reconnaît pour la première fois que les enfants sont des victimes de la violence domestique, y compris en tant que témoins de violence au sein de la famille. (18)

En France en 2001, suite à l'enquête ENVEFF, le rapport Henrion remis au Ministère de la santé évoque les conséquences des violences conjugales sur les enfants exposés. (19)

Les répercussions peuvent être :

- Des lésions traumatiques par des blessures volontaires ou accidentelles
- Des troubles psychologiques : stress post-traumatique et ses conséquences
- Des troubles du comportement et de la conduite
- Des troubles psychosomatiques

Dans un rapport paru en 2012, l'Observatoire National de l'Enfance en Danger détaille toutes ces conséquences par tranche d'âge. (20)

Par ailleurs, grandir dans un environnement violent peut troubler un des besoins primaires de l'enfant : l'attachement. Un attachement insécure entraîne une altération du neurodéveloppement, elle-même responsable de troubles émotionnels (anxiété), cognitifs (troubles des apprentissages), etc. (21)

De nombreuses études nord-américaines ont démontré que l'exposition à des violences a de graves conséquences sur les enfants et leur développement, même sans en être la cible directe et que celles-ci persistent à l'âge adulte. (22) Il en ressort également que ces enfants sont susceptibles de reproduire la violence, seul modèle de communication intégré, ou d'y être à nouveau exposés.

De plus, les enfants victimes de violences conjugales sont souvent victimes d'autres maltraitances ou de négligences. (20) Enfin, en France, en 2021, selon le rapport de la MIPROF, 12 enfants ont été tués en même temps qu'un de leur parent. (13)

### c) Conséquences socio-économiques

Les conséquences économiques des violences conjugales en France sont lourdes. Elles ont été chiffrées par l'étude Psytel, réalisée en 2012 et publiée en 2014. (23)

Cette étude a permis d'estimer un ordre de grandeur du coût des violences au sein du couple pour l'année 2012 : 3,6 milliards d'euros, soit près de 10 millions par jour, soit 56€ par français.

Ce coût global est réparti en différents postes de dépenses et en coûts directs ou indirects.

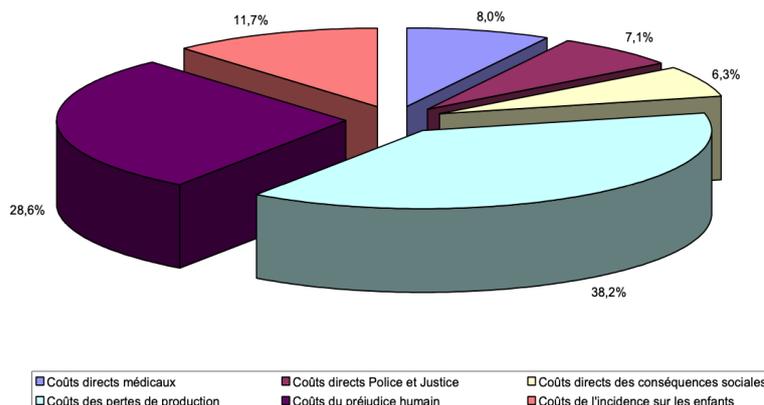


Figure 5 : Répercussions économiques des violences conjugales (23)

## II. Violences conjugales et Médecine Générale

### 1. Recommandations scientifiques de la Haute Autorité de Santé

En juin 2019, la Haute Autorité de Santé a publié ses recommandations de bonne pratique pour le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences au sein du couple, (24) accompagnées de deux fiches pratiques : « Comment repérer ? » et « Comment agir ? ». (25,26)

Ce texte de référence met le soignant au cœur du repérage et de l'accompagnement des femmes victimes de violence. La notion de dépistage systématique voit le jour officiellement. En effet il est recommandé de questionner sur les violences pendant l'anamnèse devant des signes d'alerte, mais également sans. Cette démarche de repérage est globalement bien acceptée par les patientes, d'autant plus si elle est faite dans un environnement favorable, et expliquée à la patiente. Ce repérage permet aux femmes de parler des violences qu'elles subissent potentiellement, ou dans d'autres cas, favorise la prise de conscience et peut permettre une révélation ultérieure de violences subies.

La révélation des violences est une étape clé qui doit être suivie d'un accompagnement par le professionnel de santé.

La HAS recommande notamment :

- D'informer la patiente sur les violences : leur définition, leur mécanisme et leur caractère illégal ;
- De constituer un dossier médical exploitable avec éventuelle rédaction d'un certificat médical (même sans projet de dépôt de plainte) ;
- De rechercher les signes de gravité pouvant amener à demander des mesures de protection et à signaler les violences à la justice ;
- D'orienter la victime : vers d'autres professionnels de santé, des associations d'aide aux victimes et vers le système judiciaire ;
- De considérer l'impact sur les enfants.

Dans ses recommandations, la HAS insiste sur la nécessité pour le praticien de se créer un réseau sanitaire pluridisciplinaire sur son secteur afin d'optimiser la prise en charge de la patiente et de ne pas rester seul.

Enfin, en novembre 2022, la HAS a publié un outil d'aide au repérage destiné aux médecins généralistes, acteur central de la prise en charge. (*Annexe 1*)

## 2. Évolution de la législation

En novembre 2019, un Grenelle contre les violences conjugales a été organisé par le gouvernement, créant un espace de travail pluriprofessionnel afin d'améliorer le parcours des victimes de violences. Il s'est clôturé par l'annonce de 30 nouvelles mesures dont 10 urgentes pour lutter contre les violences de genre. (27) Parmi ces mesures, une modification législative de l'Article 226-14 du Code Pénal relatif au secret professionnel a été proposée. (28) Cette loi, promulguée le 30 juillet 2020, modifie l'article en y ajoutant l'alinéa 3 :

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

Cette modification du Code Pénal crée une nouvelle dérogation au secret médical. Elle permet aux professionnels de santé prenant en charge une victime de violences conjugales d'avertir les autorités judiciaires en cas de danger immédiat pour la victime et en cas d'emprise empêchant la victime d'agir en pleine conscience. Même si la recherche du consentement de la victime avant le signalement reste recommandée, il n'est plus exigé si ces deux conditions sont présentes. Ce signalement est rendu possible pour les médecins, mais n'est pas obligatoire.

Suite à ce changement législatif, le Ministère de la justice en partenariat avec la Haute Autorité de Santé et le Conseil National de l'Ordre des Médecins a publié un vade-mecum expliquant la réforme et mettant à disposition des outils à destination des professionnels de santé afin de les aider à appréhender au mieux ce signalement. Il existe notamment des documents permettant d'évaluer le danger et l'emprise. (29)

Questions	Questions
<b>Le danger</b>	<b>L'emprise</b>
La victime fait-elle état d'une multiplicité de <b>violences (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques)</b> et/ou d'une <b>augmentation de la fréquence</b> de ces dernières ?	La victime indique-t-elle recevoir des propos dévalorisants, humiliants, dégradants ou injurieux de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?
D'après la victime, son partenaire a-t-il eu connaissance de <b>son projet de séparation</b> ? En cas de séparation déjà effective, l'ancien partenaire cherche-t-il à connaître le lieu de résidence de la victime ?	La victime se sent-elle sous <b>surveillance permanente</b> ou harcelée moralement et/ou sexuellement au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres, etc. ? La victime dit-elle disposer librement de son temps ?
S'il y a présence d'enfants, la victime évoque-t-elle des violences de la part de son partenaire ou de son ancien partenaire envers ces derniers (coups, humiliations, privations notamment alimentaires, etc.) ?	La victime se dit-elle empêchée ou restreinte par son partenaire d'entrer en contact avec sa famille et/ou ses amis ?
La victime craint-elle de nouvelles violences (envers elle, ses enfants, ses proches, etc.) ?	<b>La victime se sent elle déprimée ou « à bout », sans solution ?</b>
La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire utilise les enfants pour lui faire du chantage ?	La victime s'estime-t-elle responsable de la dégradation de la situation ?
La victime dit-elle avoir peur pour elle ou pour ses enfants ?	La victime fait-elle part de menace ou de tentative de suicide par son partenaire ?
La victime est-elle enceinte ou a-t-elle un enfant de moins de deux ans ?	La victime paraît-elle en situation de dépendance financière ? Son partenaire l'empêche-t-elle de disposer librement de son argent ?
<b>La victime évoque-t-elle des éléments laissant penser qu'elle ait pu être incitée au suicide par son partenaire ou ancien partenaire ?</b>	La victime se voit-elle confisquer ses documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale etc.) par son partenaire ?
<b>La victime exprime-elle avoir déjà été empêchée de sortir de chez elle ?</b>	La victime est-elle dépendante des décisions de son partenaire ? Son partenaire ignore-t-il ses opinions, ses choix ?
La victime affirme-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire consomme de l'alcool, des drogues et/ou des médicaments ?	La victime évoque-t-elle l'exercice d'un contrôle, de la part de son partenaire, sur ses activités et comportements quotidiens (vêtements, maquillage, sortie, travail, etc.) ?
La victime indique-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire a des antécédents psychiatriques ?	
Selon les dires de la victime, la police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue au domicile conjugal et/ou partagé ?	
À la connaissance de la victime, le partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu des altercations avec la police ou des antécédents judiciaires ?	
<b>La victime dit-elle avoir reçu des menaces de mort (notamment scénarisées) adressées directement à elle ou à ses enfants</b> de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?	
La victime déclare-t-elle que son partenaire ou ancien partenaire possède des <b>armes à feu</b> (déclarées ou non) ?	

Figure 6 : Critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise (29)

Cette nouvelle législation a été accueillie de manière mitigée par les professionnels concernés. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a choisi de soutenir l'évolution du Code Pénal et s'est engagé à accompagner sa mise en place. Il suggère cependant la désignation d'un procureur de la République territorial dédié aux violences conjugales afin de renforcer l'accompagnement des victimes. (30)

Suite au Grenelle, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) a émis un rapport sur les violences conjugales en octobre 2020, dans lequel il a proposé 46 recommandations pour la protection des femmes victimes et a donné son avis sur les mesures du Grenelle. Concernant la levée du secret médical il a émis des réserves et des recommandations : *« pour dénoncer des faits de violences conjugales, les femmes ont besoin de savoir qu'elles seront protégées. L'engagement de poursuites provoque en effet une information du mis en cause, ce qui, pour la victime, constitue un moment de danger accru. Tout signalement de la part du personnel de santé, et plus encore en cas de refus de la victime, doit impérativement être suivi par la mise en œuvre immédiate de mesures de protection efficaces par les forces de sécurité intérieure et l'autorité judiciaire »*. (31)

Ces réserves et inquiétudes ont été partagées par le Conseil National de l'Ordre des Sage-femmes (32), par des associations d'aide aux victimes, mais aussi par des médecins comme le Dr Gilles Lazimi (membre de SOS femmes 93) (33) ou encore le Dr Ghada Hatem (fondatrice de la Maison des Femmes de Saint-Denis). Tous ont décrit une loi pouvant mettre en danger les victimes du fait du manque de moyens des instances judiciaires ne permettant pas de les protéger rapidement. Le manque de formation des professionnels de santé a également été pointé du doigt, pouvant entraîner des signalements sans accompagnement des victimes.

D'aucuns considèrent enfin ce signalement comme un risque d'altérer la relation de confiance entre le thérapeute et sa patiente.

### 3. Outils pratiques à destination du médecin généraliste

Les dernières recommandations, qu'elles émanent de la HAS, du Grenelle ou du HCE, placent le professionnel de santé comme un acteur déterminant dans l'accompagnement des victimes de violences conjugales.

Des outils d'aide à la prise en charge ont donc été créés, afin de former les professionnels de santé et de les guider dans leurs prises en charge.

La MIPROF a mis à disposition des praticiens différents kits (contenant des court-métrages, des livrets d'accompagnements etc.). En médecine générale, le kit Anna permet de visualiser une situation de dépistage systématique et un début d'accompagnement de victime. (34)

Le site *www.decliviolence.fr* a été créé par et pour des médecins généralistes afin de donner aux soignants les notions et outils nécessaires à une prise en charge complète. On peut y trouver des informations juridiques et médicales, des modèles de certificats médicaux ou encore une cartographie des structures d'accueil et d'aide aux victimes sur toute la France. (35)

Par ailleurs, de nombreux moyens de communication (affiches, prospectus) sont à disposition des soignants pour informer leur patientèle directement dans les lieux de soins. Par exemple, le violentomètre est un outil invitant les patients et patientes à s'interroger sur leurs relations conjugales et permettant d'entamer une discussion si nécessaire.

Localement, le Conseil Départemental des Pyrénées Orientales a mis au point un dépliant à destination des soignants et des victimes rassemblant les contacts utiles. (*Annexe 2*)

### **III. Problématisation**

Toutes ces récentes évolutions médicales et légales placent le médecin généraliste au cœur de la problématique des violences conjugales.

Néanmoins, l'enquête *Cadre de Vie et Sécurité* réalisée chaque année par l'INSEE a démontré qu'en moyenne entre 2011 et 2018, 15 % des victimes de violences conjugales par conjoint au moment de l'enquête ont été vues par un médecin. (36) Il semblerait donc que le corps médical, a fortiori les médecins généralistes, ne soit que rarement le premier recours pour les femmes victimes de violences au sein du couple. Cela peut être expliqué par les nombreux freins au dépistage des violences conjugales en médecine générale mis en évidence dans différentes études (37,38) : le manque de formation du médecin, la crainte de mal agir avec la victime et la non connaissance d'un réseau permettant d'orienter cette dernière.

Au cours de mon internat de Médecine Générale à Perpignan, j'ai fait le constat que le sujet des violences conjugales n'était jamais abordé en consultation, ni par les généralistes, ni par les patientes. Pourtant, à l'occasion de mon stage au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Perpignan j'ai régulièrement été amenée à prendre en charge des patientes victimes

de violences. Ces femmes étaient demandeuses d'un soutien médical qui semblait pouvoir leur être apporté dans un cabinet de médecine générale.

Forts de ces constats, nous avons commencé à nous interroger sur le rôle du médecin généraliste auprès des patientes victimes de violences conjugales. Il nous a semblé opportun de recueillir le parcours et le ressenti de ces femmes. Avec l'appui de la littérature scientifique, nous avons alors choisi la problématique suivante :

**« Quel accompagnement les femmes victimes de violences conjugales dans les Pyrénées Orientales attendent-elles de la part du médecin généraliste ? »**

L'objectif principal est de décrire et comprendre les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste tout au long de leur parcours de soin, dans les Pyrénées Orientales.

L'évolution récente de la législation, et la divergence de points de vue des professionnels à son sujet nous ont poussé à établir comme objectif secondaire le recueil de l'avis des femmes victimes face à la dérogation au secret médical et face à la capacité que le médecin possède pour imposer le signalement même sans l'accord obtenu de la victime.

Enfin, nous avons vu dans les recommandations la nécessité de s'entourer d'un réseau pluriprofessionnel pour coordonner la réponse apportée aux victimes. Dans ce but, nous avons élaboré un état des lieux des structures de soins, d'accueil et d'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales dans les Pyrénées Orientales.

## MATERIEL ET METHODE

### **I. Équipe de recherche**

Ce travail de recherche a été mené par moi-même, interne en Médecine Générale, et dirigé par Docteur François Olivet, médecin généraliste exerçant à Perpignan.

Il s'agissait pour ma part d'une première expérience de recherche qualitative en santé. J'ai pu m'appuyer, pour cette étude, sur les enseignements du Département de Médecine Générale de la faculté de Montpellier-Nîmes et sur l'apport théorique de différents ouvrages de recherche en santé. (39,40)

### **II. Bibliographie et mots clés**

Le travail bibliographique a été réalisé grâce à l'utilisation de bases de données comme PubMed et SUDOC, de sites officiels tels que celui de la Haute Autorité de Santé (HAS), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), ainsi que de moteurs de recherche comme Google.

Les mots-clés utilisés étaient : Violences conjugales, Femmes victimes de violences, Dépistage, Accompagnement, Parcours de soins, Médecin généraliste, Secret médical.

### **III. Conception de l'étude**

#### **1. Type d'étude**

Pour atteindre notre objectif, nous avons mené une étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés. En effet, notre étude s'est basée sur une expérience vécue par une population afin de recueillir ses attentes envers le médecin généraliste. Il était donc nécessaire de choisir une méthodologie permettant à la fois d'étudier les représentations de la population sur le sujet abordé, d'explorer ses émotions, et de comprendre en profondeur ses comportements. L'étude qualitative a permis l'analyse de phénomènes sociaux en abordant les individus dans leur globalité et en intégrant la subjectivité de chaque histoire.

## 2. Population

L'étude réalisée portait sur les femmes victimes de violences conjugales dans les Pyrénées Orientales. Toutes les personnes incluses dans cette étude devaient être des femmes, majeures, ayant été ou étant encore actuellement victimes de violences conjugales. Nous avons choisi d'exclure les femmes mineures, car la législation et la prise en charge des violences diffèrent dans ce cas. Enfin il était nécessaire pour le bon déroulé de l'étude que les participantes comprennent, parlent et écrivent le français.

Afin de réaliser le recrutement des participantes, nous avons recensé les structures et associations prenant en charge des femmes victimes de violences dans les Pyrénées Orientales. Nous les avons contactées et nous leur avons exposé notre projet de recherche. Puis, nous avons remis à ces associations une lettre d'information à destination des femmes qu'elles accueillent, afin de leur proposer de participer à nos entretiens. (*Annexe 3*) Au total, quatre associations et structures ont accepté de relayer la lettre d'information : l'APEX, le Seuil, France Victime 66, et le Centre de Planification et d'Éducation Familiale.

Cela a permis le recrutement de 11 participantes.

## IV. État des lieux des structures d'accueil dans les Pyrénées-Orientales

Le recensement des associations et structures impliquées dans la prise en charge des violences conjugales a été l'occasion de confectionner une cartographie des structures d'accueil existantes dans les Pyrénées Orientales. Ce travail a été réalisé en partenariat avec le Département de Médecine Générale de l'Université Clermont-Auvergne, à l'initiative du site internet [www.decliviolence.fr](http://www.decliviolence.fr). Ce site propose, entre autres, une carte interactive des structures d'accueil des victimes de violences, en France.

Notre recensement a tout d'abord permis de répertorier toutes les structures implantées sur le département, puis de décrire leurs activités principales, détailler les contacts nécessaires et enfin informer sur leurs différentes permanences d'accueil.

Pour pouvoir être intégrées à la cartographie du site, ces structures ont été triées par catégories :

- Association d'aides aux victimes
- Hébergement d'urgence

- Structure de soins
- Services judiciaires et médico-judiciaires
- Travailleurs sociaux
- Services destinés aux enfants
- Structures pour hommes victimes et hommes violents

Au total, dans les Pyrénées Orientales, 28 structures, services de soins, personnes ressources et associations ont été référencées. (*Annexe 4*). La cartographie est consultable sur le site [www.decliviolence.fr](http://www.decliviolence.fr).

## V. Recueil des données

### 1. Types d'entretien

Le recueil de données s'est fait grâce à la réalisation d'entretiens semi-dirigés, à partir d'un guide d'entretien. (*Annexe 5*) Nous avons fait ce choix car cette méthode de recueil permet une expression libre et fluide des participantes tout en suivant un fil conducteur grâce à des thèmes préétablis. En effet il était primordial que les femmes interrogées puissent s'approprier les questions, replonger dans leurs souvenirs et décrire précisément leurs ressentis à partir de leur expérience.

Le guide d'entretien comprenait 8 questions, autour de 3 grands thèmes :

- Le parcours personnel de la participante, du dépistage à l'accompagnement
- Les conseils et avis globaux de la participante sur la prise en charge des violences, basés sur sa propre expérience
- Le point de vue de la participante sur la levée du secret professionnel dans une situation de violences

Des questions de relance pouvaient être utilisées afin de préciser les propos des femmes interrogées ou d'encourager le développement de leurs idées.

Un premier entretien test a été effectué afin de valider le guide d'entretien, et de travailler mon rôle d'investigatrice. A la suite de cet entretien, nous avons affiné les relances, et adapté l'ordre des questions. Ce premier entretien a été inclus dans l'analyse finale.

Les entretiens se sont déroulés pour la plupart dans les locaux des associations partenaires, deux ont eu lieu au domicile de l'investigatrice. Pour des raisons logistiques, et pour le bien-être d'une des participantes, un entretien s'est déroulé en visioconférence.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones.

## 2. Déroulé de l'entretien

Afin de s'assurer de la bonne compréhension des participantes, la première étape des entretiens consistait à relire ensemble la lettre de diffusion utilisée pour le recrutement. Nous poursuivions ensuite avec une introduction commune à chaque entretien expliquant le déroulé et les droits des participantes. Puis nous nous assurons de l'absence de questions de la part des femmes interrogées et de leur accord pour participer à l'étude. Enfin nous leur demandions de signer un consentement avant de démarrer les échanges. (*Annexe 6*)

Durant l'entretien, nous avons fait le choix de ne pas prendre de notes manuscrites afin de créer un dialogue naturel sans rupture de contact visuel. Un temps de débriefing pouvait avoir lieu à la fin de l'entretien, permettant à la participante d'exprimer ses émotions si elle le souhaitait.

Enfin, en guise de conclusion, nous remettions aux participantes un court questionnaire qui nous a permis de recueillir des informations générales sur la population interrogée. (*Annexe 6*)

## 3. Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot via le logiciel de traitement de texte Word de Microsoft Office. Au fil de la retranscription les propos ont été anonymisés et agrémentés de données non-verbales. Les verbatims ont été numérotés de P1 à P11. Une fois les entretiens retranscrits et analysés, les enregistrements audios ont pu être supprimés. Les verbatims sont consultables sur demande auprès de l'investigatrice.

## 4. Fin du recueil

Nous avons effectué le recueil de données de septembre 2021 à juin 2022. La saturation des données a été obtenue au 11<sup>ème</sup> entretien, au décours duquel aucun nouvel élément thématique n'a été mis en évidence après analyse.

## VI. Analyse des données

### 1. Type d'analyse

L'approche méthodologique choisie s'est inspirée de l'analyse thématique. Cette méthode d'analyse pouvait être appliquée à des entretiens et permettait de faire ressortir de chaque entretien des thèmes et sous-thèmes. L'analyse thématique permettait en effet de passer du champ lexical au champ thématique. Ainsi, le but final de l'analyse était de créer une arborescence mettant en évidence les grandes idées ayant émergé lors des entretiens.

### 2. Analyse des entretiens

Le matériel d'étude utilisé pour l'analyse était le verbatim. La première étape de l'analyse, l'étiquetage, consistait à extraire des unités de sens de chaque entretien. Ces dernières ont initialement été relevées en marge des verbatims puis elles ont été consignées dans un journal thématique sous forme de tableau. Le champ lexical utilisé par la participante a été conservé dans le but de rester le plus fidèle à l'entretien et d'éviter une première interprétation. De ces unités de sens émergeaient des thèmes et sous-thèmes. Il s'agissait ici d'une démarche de thématisation continue, puisque le journal thématique a été enrichi au fur et à mesure de l'analyse. Grâce à ce journal, nous avons pu repérer la saturation des données et organiser les thèmes en les hiérarchisant selon la redondance d'une idée. Ainsi une idée citée dans plusieurs entretiens, ou valorisée par la participante comme étant une idée importante constituera un thème central.

La dernière étape de l'analyse a constitué en l'élaboration d'un arbre thématique à l'aide du logiciel XMIND.

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs, l'investigatrice et le directeur de cette thèse.

## VII. Aspect éthique et réglementaire

### 1. Les autorisations réglementaires

Ce travail de recherche a été soumis à la validation du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants. En effet, selon la loi Jardé, ce travail rentre dans le cadre d'une recherche impliquant des personnes humaines. Bien qu'il s'agisse d'une recherche non interventionnelle, nous avons inclus des personnes vulnérables dans notre étude et il nous a semblé nécessaire que ce projet de recherche soit validé par un comité d'éthique. Enfin, cette thèse a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et d'un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-004.

### 2. Le consentement éclairé

Toutes les participantes à ce travail ont reçu au début des entretiens une information claire sur le déroulé de l'étude et sur les droits dont elles disposent. Il leur a ensuite été demandé de signer un formulaire de consentement. (*Annexe 3 et 6*)

### 3. La confidentialité

Les entretiens ont été anonymisés pendant l'étape de la retranscription. Pour cela, nous avons supprimé tous les noms propres (noms, prénoms, villes, structures de soin), à l'exception du nom des associations ayant servi au recrutement. Le nom des participantes a été remplacé arbitrairement par l'initiale P, allant donc de P1 à P11. Enfin, les éléments trop descriptifs ou permettant d'identifier une participante ont été supprimés des verbatims.

## RESULTATS

### I. Caractéristiques de la population étudiée

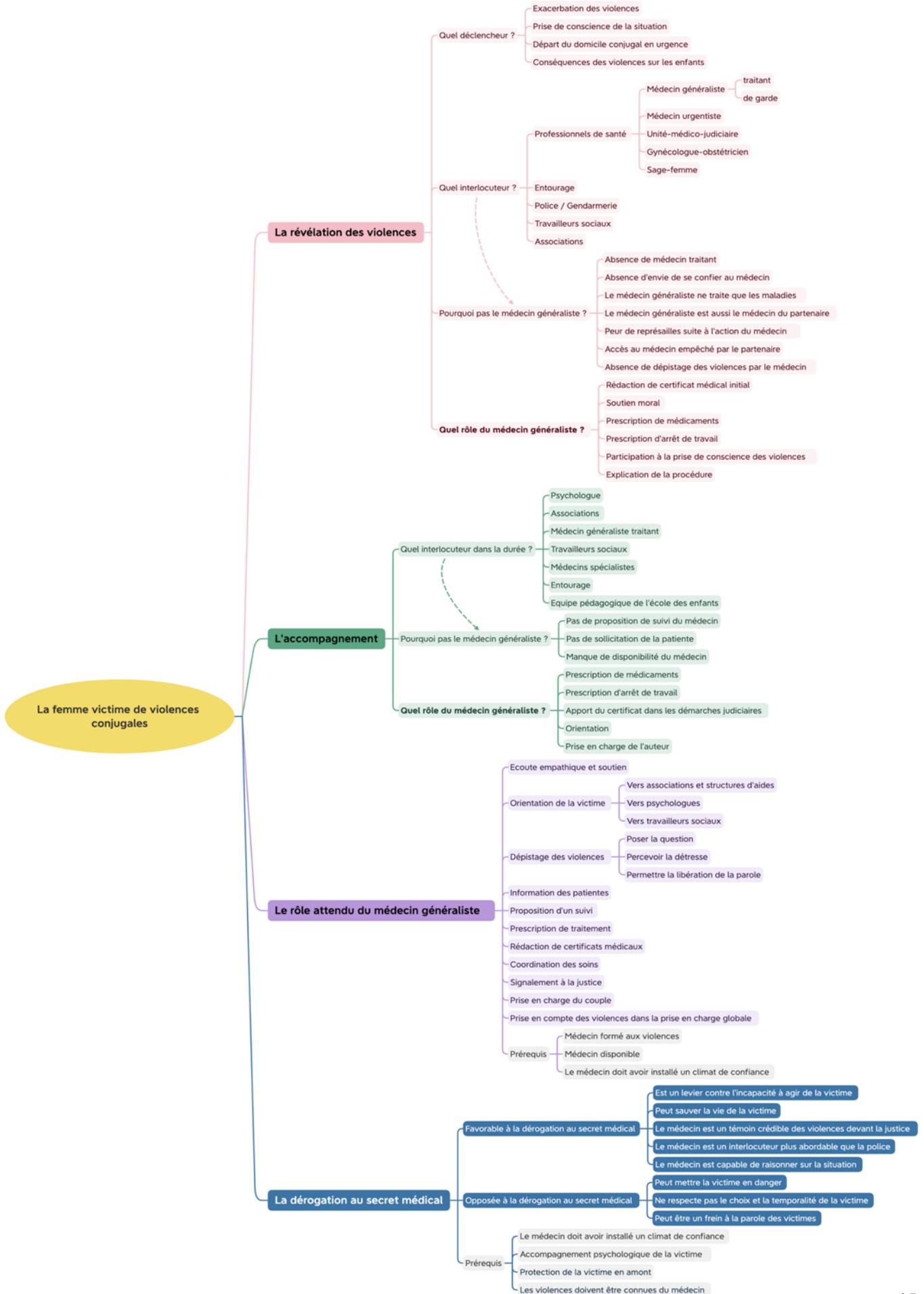
La population étudiée a été caractérisée grâce à un questionnaire remis aux participantes. L'échantillon se compose de 11 femmes, âgées de 30 à 68 ans. L'âge moyen est de 46 ans et l'âge médian de 48 ans. Les participantes sont issues de classes socio-professionnelles différentes, et décrivent des situations conjugales et familiales diverses. Concernant le suivi par un médecin généraliste, 5 participantes déclarent ne pas avoir de médecin traitant (MT), 6 ont un médecin traitant déclaré.

Enfin la durée moyenne des entretiens réalisés est de 30 minutes.

	<b>Durée d'entretien</b>	<b>Age</b>	<b>Profession</b>	<b>Situation</b>	<b>Enfant</b>	<b>Médecin Traitant</b>	<b>MT : depuis quand ? Pas de MT : pourquoi ?</b>
<b>P01</b>	38 min	68	Retraitée	Célibataire, divorcée	2	Oui	8 ans
<b>P02</b>	13 min	30	Sans emploi	Célibataire, séparée	1	Non	Vient d'arriver en France
<b>P03</b>	53 min	40	Infirmière et massothérapeute	Célibataire, séparée	0 Enceinte	Non	Utilise des médecines alternatives
<b>P04</b>	12 min	42	Aide-soignante	Célibataire, séparée	2	Non	Vient de déménager
<b>P05</b>	48 min	53	Technicienne de surface	Mariée, séparée	4	Oui	9 mois
<b>P06</b>	15 min	48	Sans emploi	Mariée, séparée	3	Oui	Ne sait pas
<b>P07</b>	22 min	58	Assistante de direction	Célibataire, divorcée	2	Non	Vient de déménager
<b>P08</b>	22 min	30	Export manager	Pacsée	0 Enceinte	Oui	Depuis l'âge de 8 ans
<b>P09</b>	32 min	39	Assistante de vie aux familles	Célibataire, séparée	4	Oui	2 ans
<b>P10</b>	43 min	49	Auxiliaire de vie	Célibataire, séparée	3	Non	Vient de déménager
<b>P11</b>	36 min	51	Sans emploi	Mariée	2	Oui	15 ans

*Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée*

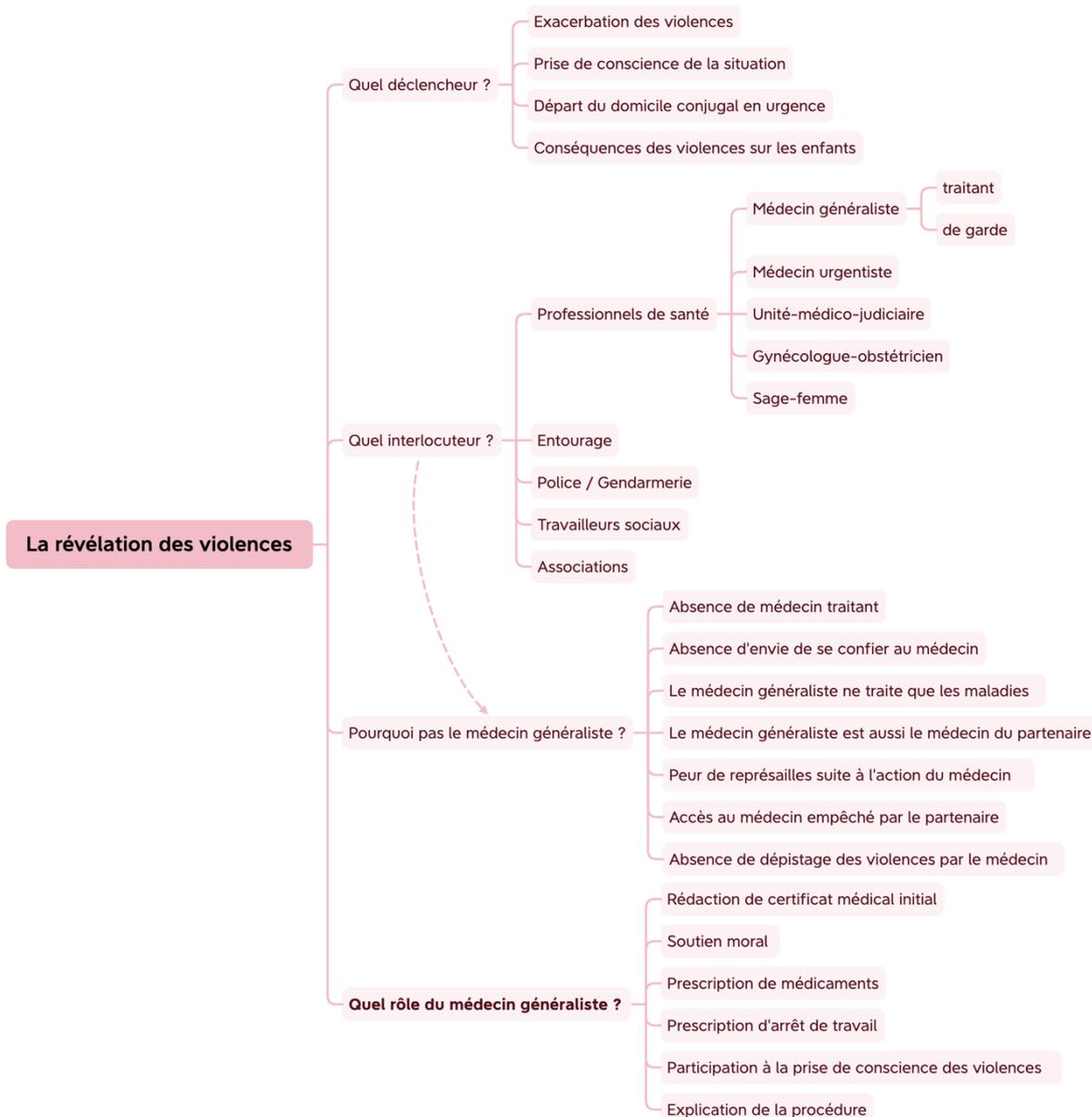
## II. Arbre thématique



L'arbre thématique ci-dessus décrit les résultats principaux sous forme de thèmes et sous-thèmes, hiérarchisés en fonction du nombre d'occurrences. Ses branches sont détaillées ensuite, et enrichies par des extraits de verbatims.

Nous avons élaboré les deux premières branches en explorant le vécu des violences conjugales des participantes.

### III. La révélation des violences



Arbre thématique 1 : La révélation des violences

## 1. Quel déclencheur de la parole ?

La révélation des violences est un moment clé dans la prise en charge des femmes victimes. Elle est souvent déclenchée par un événement ou une prise de conscience.

- **L'exacerbation des violences**

Plusieurs participantes décrivent une aggravation progressive ou subite des violences :

*P3 : « en fait je l'ai quitté au bout de deux mois parce que son comportement empirait »*

*P6 : « lors d'une crise de colère euh de mon mari »*

*P10 : « donc là c'était la porte ouverte à la violence extrême, à tout ».*

D'autres associent ce moment à l'apparition de violences physiques :

*P5 : « il s'est énervé, il m'a ruée de coup, il m'a torturée »*

*P8 : « quand il y a eu des traces ».*

- **La prise de conscience de la situation**

Certaines victimes parlent d'une prise de conscience de leur situation, souvent médiée par l'entourage qui les encourage à y mettre fin.

*P3 : « c'est la personne annexe dont je vous parlais tout à l'heure qui m'a dit "non non là c'est très grave" ».*

- **Le départ du domicile conjugal en urgence**

Parfois, le départ et la libération de la parole ne sont pas prémédités et font suite à une fuite du domicile en urgence par la victime :

*P10 : « j'ai chargé ma voiture, il me balançait mes affaires et cetera, il m'a violentée ce jour-là tout ça hein ».*

Ou à un renvoi du domicile conjugal par le partenaire violent :

*P7 : « et puis quand il m'a mise à la porte ben il fallait que je réagisse quand même ».*

- **Les conséquences des violences sur les enfants**

Chez les couples avec des enfants, leur présence lors des violences a été un déclencheur pour la femme victime ; soit suite à des violences ou menaces sur les enfants :

*P9 : « il est devenu très violent donc presque au point de donner un coup de poing à notre aîné... »*

*P11 : « au début c'était quand on était tous les deux, souvent, mais après il n'y avait plus de gêne, il y avait voilà les filles au milieu, [prénom de sa fille] qui s'est mise au milieu, donc ça devenait de plus en plus violent quoi. Il n'y avait pas que moi qui avais des traces » ;*

soit suite à l'apparition de conséquences psychologiques des violences chez les enfants :

*P11 : « ben ce qui a déclenché c'est que ma fille de 14 ans faisait des crises d'angoisse ».*

## 2. Quel interlocuteur ?

Pour accueillir cette parole, les participantes se sont dirigées vers différents interlocuteurs.

### • Les professionnels de santé

Parmi les premiers interlocuteurs, on retrouve les soignants, et notamment le médecin généraliste.

Il peut s'agir du médecin traitant de la victime :

*P11 : « j'en ai parlé à mon médecin généraliste ».*

Mais on retrouve aussi des médecins généralistes de garde, contactés en urgence via le 15 :

*P1 : « il est arrivé très rapidement, il était de garde ».*

Dans ce contexte d'urgence les femmes mentionnent également le médecin urgentiste :

*P2 : « j'avais vu le médecin à l'hôpital »*

*P5 : « et c'est comme ça que le samedi matin quand il est parti faire son marché j'ai profité de son absence pour fuir, je suis allée à l'hôpital » ;*

et le médecin légiste de l'Unité-Médico-Judiciaire :

*P3 : « je suis suivie par l'UMJ ».*

Chez les participantes enceintes au moment des violences, les professionnels de santé en lien avec la grossesse tels que les gynécologues-obstétriciens ou les sage-femmes apparaissent comme des interlocuteurs privilégiés :

*P3 : « et puis bah je suis allée aussi très rapidement aux urgences gynécologiques »*

*P8 : « honnêtement je trouvais que la sage-femme était plus adaptée vu que c'était très lié à la grossesse et à son implication ».*

### • L'entourage

Certaines participantes ont préféré s'adresser en premier à leur entourage proche, à des amis ou des membres de la famille :

*P4 : « je crois que c'était ma sœur à l'époque »*

*P7 : « à une amie d'amie »*

*P9 : « à ma mère ».*

- **La police ou la gendarmerie**

Les forces de l'ordre sont également sollicitées par les victimes pour recueillir le récit des violences, à l'occasion d'un dépôt de plainte, ou en urgence via le 17 :

*P2 : « comme j'avais porté plainte tout ça »*

*P6 : « à la gendarmerie quand j'ai voulu téléphoner pour qu'ils interviennent ».*

- **Les travailleurs sociaux**

Les participantes citent les assistantes sociales comme première personne vers qui elles se sont tournées, notamment au sein de maisons sociales de proximité. Une d'entre elles a fait appel au SAMU social en urgence, via le 115.

*P2 : « je ne savais pas à qui parler, et je me suis renseignée, je suis partie voir l'assistante sociale et j'ai raconté un peu ma situation »*

*P5 : « c'est l'assistante sociale de [nom de la ville] où j'étais avec mon mari »*

*P7 : « j'ai contacté un service d'assistance sociale, un numéro que j'avais »*

*P10 : « j'avais déjà entendu parler du 115 ».*

- **Les associations**

Enfin, les associations d'aide aux victimes sont un recours privilégié pour les femmes victimes. Les participantes expliquent les avoir contactées soit directement, soit suite à un conseil ou une orientation d'une tierce personne.

*P10 : « ben la première fois où j'en ai parlé vraiment c'est ici [au Seuil] quoi »*

*P10 : « et après y a quelqu'un d'ici je crois qui m'a appelée, qu'était d'astreinte, qui m'a dit "venez à l'hôtel où je suis" ».*

### 3. Pourquoi pas le médecin généraliste ?

Même si le médecin généraliste est mentionné, il n'est pas du tout le professionnel de premier recours plébiscité par les femmes victimes de violence. Nous avons voulu savoir pourquoi.

- **L'absence de médecin traitant**

Plusieurs participantes exposent la difficulté qu'elles rencontrent à trouver un médecin traitant :

*P2 : « moi j'ai pas de médecin traitant, je suis à la recherche d'un médecin »*

*P3 : « ici de toute façon moi j'ai pas de médecin de famille depuis des années »*

*P7 : « pour la bonne raison que je n'en ai pas ».*

- **L'absence d'envie de se confier au médecin traitant**

Chez les participantes suivies par un médecin généraliste traitant, plusieurs expliquent ne pas avoir vu le médecin généraliste comme une ressource possible dans ce contexte. Certaines n'ont pas pensé à lui parler des violences, d'autres n'ont pas souhaité se confier à leur médecin :

*P4 : « j'en n'aurais pas parlé de toute façon, j'aurais pas pensé non ».*

Plusieurs justifications expliquent cela. Certaines patientes incluent les violences dans le domaine de l'intime qui ne concerne pas le médecin :

*P4 : « c'est un domaine un peu privé ».*

D'autres mettent en avant les émotions qu'elles ont ressenties :

- La peur de l'incompréhension du médecin

*P4 : « même moi je le comprends pas donc j'sais même pas, le médecin il comprendrait pas je pense non plus »*

- La peur du jugement

*P10 : « on a peur c'est vraiment ça qui nous empêche de parler, c'est la peur, la peur de... On sait qu'on va être jugées, on est dans un monde qui juge, les gens jugent »*

- La honte et la culpabilité

*P1 : « il fallait que ça reste dans la famille, les gens proches quoi c'est tout »*

*P8 : « le premier pas c'est le plus dur à faire hein pour en parler »*

*P10 : « j'en parlais pas. Parce que, pour différentes raisons parce que la honte déjà je pense, la culpabilité, la peur des représailles »*

- L'absence de confiance

Une des participantes évoque une mauvaise expérience passée avec le généraliste lors d'une situation de violences dans l'enfance qui a entaché la confiance qu'elle avait alors :

*P3 : « j'ai vu encore une fois qu'il n'y avait pas de répondant en face de moi ».*

- **Le médecin généraliste ne traite que les maladies**

Plusieurs participantes ont avancé cet argument : comme elles ne sont pas malades, elles ne consultent pas ou rarement le médecin généraliste. De plus le médecin généraliste est décrit comme le médecin soignant les pathologies somatiques, et ne participant pas aux prises en charge psychologiques ou sociales. Pour elles, les violences ne sont donc pas de son ressort.

*P4 : « je vais chez le médecin parce que je suis malade mais on se dit pas je vais aller chez le médecin pour parler de violences conjugales [...] c'est pas comme un travailleur social, c'est un rôle différent quoi »*

*P7 : « le médecin généraliste il est là pour traiter une maladie. Quand on va le voir c'est parce que, enfin, moi si je vais le voir c'est parce que j'ai un rhume, j'ai une tendinite ou quelque chose comme ça, pas pour des problèmes plus psychologiques ».*

- **Le médecin est aussi le médecin du partenaire**

Avec la notion de médecin de famille, le fait que le médecin suive aussi le partenaire est un frein à la parole des victimes. Selon les circonstances, les femmes souhaitent protéger leur conjoint ou craignent des représailles et se protègent elles-mêmes.

*P5 : « je voulais le protéger, je voulais pas dire ce qu'il se passait dans la maison »*

*P6 : « c'est le médecin de famille. Euh je n'avais pas confiance en... Mmm j'avais pas envie que ce soit encore pire parce qu'on allait taper sur l'épaule de mon mari et lui dire qu'en plus je m'en étais plaint »*

*P9 : « comme justement c'est aussi le médecin traitant du père des enfants ».*

- **La peur des représailles suite à l'action du médecin**

Parmi les femmes interrogées, certaines ont connaissance de la capacité du médecin à agir, ce qui a entraîné une méfiance.

*P10 : « j'avais peur que, qu'elle le signale ou... Après elle aurait certainement fait son travail je pense, parce que sinon c'est non-assistance à personne en danger, je comprends bien, mais j'aurais eu des problèmes moi après, ça aurait été pire. [...] J'ai pensé qu'elle ferait appel aux autorités, que la police allait sonner à ma porte et qu'après je serai morte quoi »*

*P11 : « je voulais pas, ça allait être encore plus le feu ».*

- **L'accès au médecin empêché par le partenaire**

Une des participantes raconte que son partenaire refusait de la conduire ou de la laisser se rendre chez le médecin :

*P5 : « et je demandais à mon mari de m'emmener à l'hôpital ou chez le médecin parce que je me sentais pas bien. Il voulait jamais ».*

- **L'absence de dépistage des violences par le médecin**

Enfin, la notion de questionnement systématique est évoquée par une des femmes interrogées :

*P1 : « comme ils le savaient pas ils allaient pas me poser la question quoi ».*

#### 4. Quel rôle du médecin généraliste lors de la révélation ?

Dans le récit de certaines femmes interrogées, le médecin généraliste a été sollicité par la patiente dès le début de son parcours. Il a alors pu apporter une aide.

- **La rédaction d'un certificat médical initial**

Le médecin généraliste a souvent été averti des violences dans le but de les faire constater. Dans le cadre d'une plainte en cours ou d'un projet de dépôt de plainte, les patientes le consultaient pour obtenir un certificat médical initial ou tout autre document attestant de la situation.

*P5 : « il a juste donné le dossier, de telle à telle période il m'a reçu dans son cabinet pour ça, il a aussi dit ce que j'avais, il a fait le compte rendu de ce que je lui disais »*

*P8 : « mais j'ai quand même été faire le certificat médical par un médecin généraliste. Qui donc bon bah m'a reçue en pleurs et puis je lui ai expliqué, il a constaté et a fait le papier »*

*P9 : « il m'a fait le certificat médical pour les enfants, pour l'absence au collège ».*

- **Le soutien moral**

Les capacités d'écoute et de réassurance du médecin ont été mises en avant par les participantes qui s'étaient adressées à lui. Certaines femmes décrivent par ailleurs des encouragements de la part du médecin dans les actions qu'elles commençaient à entreprendre.

*P9 : « il m'avait soutenue aussi moralement sur le peu que j'avais pu lui raconter en quelques minutes »*

*P11 : « ben il m'a dit qu'il fallait faire quelque chose, il me motivait à faire quelque chose » [...] « c'est un autre généraliste du cabinet qui m'a vue, qui m'avait fait un certificat et bah ça s'était calmé quand il avait vu que j'avais été chez le médecin ».*

- **La prescription de médicaments**

Les victimes insistent sur le rôle de prescripteur du médecin généraliste, qui a permis notamment la délivrance d'anxiolytiques pour la femme ou ses enfants.

*P1 : « il m'a fait une piqure d'un truc type lithium »*

*P5 : « et d'ailleurs le médecin m'a prescrit des cachets pour dormir, sinon je dormais pas, j'ai toujours un œil ouvert un œil fermé »*

*P11 : « et puis il a fallu que [prénom de sa fille] fasse des grosse crises d'angoisse. Elle en a fait une le vendredi à l'école, le lundi à l'école, le mardi l'école m'a appelée donc je vais voir le médecin. Il a dit "ça va pas" donc il a commencé à la mettre sous médicaments elle aussi pour*

*qu'elle se calme, parce que moi je prenais déjà des cachets pour dormir le soir mais il m'avait donné quelque chose pour la journée quoi ».*

- **La prescription d'arrêt de travail**

Toujours dans l'idée du médecin prescripteur, une des participantes mentionne l'arrêt de travail prescrit par son généraliste :

*P11 : « et là quand j'ai été le voir il m'a pas arrêtée 3 jours il m'a arrêtée 15 jours ».*

- **La participation à la prise de conscience des violences**

Une des participantes souligne le rôle qu'a eu le généraliste dans sa prise de conscience des violences.

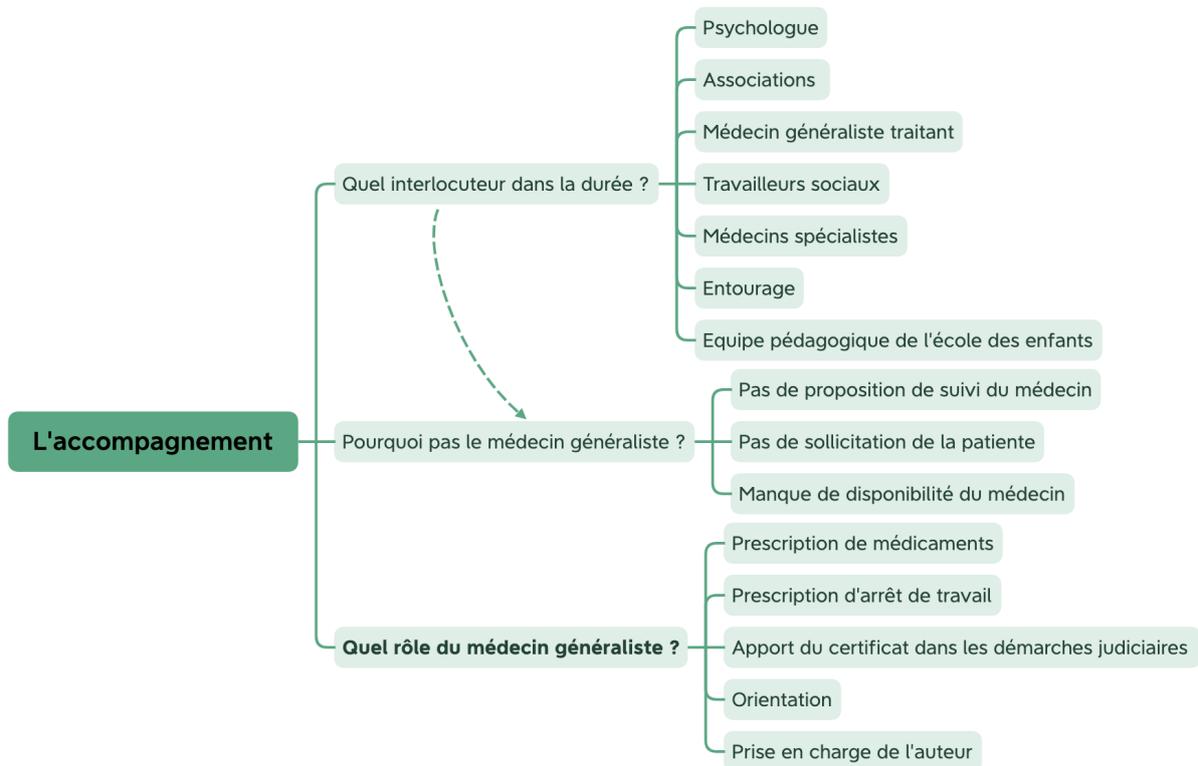
*P1 : « c'est grâce à lui que j'ai décidé de divorcer, d'arrêter les frais quoi. Il a dit "Mais vous êtes pas partie, vous vous êtes remis ensemble !" Il s'est mis en colère, une colère qui m'a fait une douche froide. Très important pour moi parce que j'ai dit "évidemment t'arrêtes quoi, ça recommencera toujours" ».*

- **L'explication de la procédure**

Enfin, un des médecins a pu guider sa patiente en lui expliquant la procédure qui l'attendait :

*P2 : « ils m'ont expliqué, parce que pour moi c'était la première fois, c'est... des choses comme ça je ne savais pas ».*

## IV. L'accompagnement de la victime



Arbre thématique 2 : l'accompagnement de la victime

### 1. Quel interlocuteur dans la durée ?

Une fois la parole libérée et la prise en charge débutée, de nouveaux interlocuteurs interviennent dans l'accompagnement à moyen et long terme de la femme victime de violence.

- **Le psychologue libéral**

Certaines participantes ont rapidement débuté une psychothérapie, d'elles-mêmes ou sur les conseils d'autres professionnels.

*P1 : « après j'ai fait une psychothérapie, et ça m'a permis de bien me remettre quoi. Dès que y avait quelque chose de traumatique qui me revenait qui était un peu lourd à supporter, j'allais voir le psycho quoi »*

*P2 : « j'ai commencé à voir la psychologue, c'est le Seuil qui m'a conseillé une psychologue »*

*P8 : « je voyais la psy quand même c'était pas mal ».*

- **Les associations**

Les associations d'aide aux victimes assurent un suivi des femmes dès le dépistage des violences, ou suite à une orientation par des structures partenaires.

*P5 : « les infirmières [des urgences] m'ont donné les adresses et les numéros et c'est avec ça je suis tombée sur l'association l'APEX »*

*P9 : « de là elle [la CPE de l'école] m'a orientée vers l'APEX ».*

- **Le médecin généraliste traitant**

On retrouve dans certains parcours le médecin généraliste comme acteur de l'accompagnement. Les participantes ayant bénéficié d'un accompagnement par leur médecin généraliste ne sont pas forcément celles qui se sont confiées à leur médecin au départ.

*P5 : « après être rentrée de l'hôpital oui. Oui oui je les ai montrés [les comptes rendus des urgences à son médecin] »*

*P11 : « et puis donc j'allais chez le médecin ».*

- **Les travailleurs sociaux**

On retrouve les travailleurs sociaux, agissant souvent en collaboration avec les autres acteurs.

*P9 : « j'ai pu rencontrer mon travailleur social et là il a mis en place toute la structure qu'il fallait ».*

- **Les médecins spécialistes**

Parmi les médecins, un nouvel acteur apparaît : le médecin spécialiste. Deux participantes mentionnent un accompagnement par un psychiatre. Une autre raconte une consultation chez un cardiologue suite à des manifestations consécutives des violences.

*P1 : « après on est passés par des spécialistes mais pas par le généraliste [...] mais après c'est plutôt un cardio que je suis allée voir quand j'ai eu ma crise d'hypertension »*

*P3 : « j'ai déjà vu un psychiatre qui m'a dit pareil "il faut vous mettre sous médicaments" »*

*P7 : « je suis allée voir un psychiatre sur les conseils toujours de [prénom de la psychologue] ».*

- **L'entourage**

Lors de l'accompagnement, l'entourage de la victime est à nouveau présent comme un soutien :

*P1 : « j'ai parlé aussi à 2-3 amis proches, donc c'est les amis qui m'ont aidée aussi »*

*P1 : « mes parents ont été d'une très grande aide ».*

- **L'équipe pédagogique de l'école des enfants**

Enfin, dans le cas où les enfants ont été co-victimes des violences du couple, l'école a eu un rôle prépondérant dans l'accompagnement des enfants, mais aussi dans celui de la mère. Le personnel de l'école a pu donner l'alerte, adapter la scolarité de l'enfant, apporter un soutien et orienter la famille vers d'autres structures d'aide.

*P9 : « j'ai rencontré donc la dame du CPE »*

*P11 : « je l'avais vue plusieurs fois l'assistante sociale de l'école, elle m'avait donné des adresses pour qu'on avance. A l'école, le maître et le directeur ils ont été super présents. On va chercher sa fille à l'école en baissant la tête, et c'est eux qui vous la font relever, vraiment ils ont été derrière nous, ils nous ont beaucoup encouragés ».*

## 2. Pourquoi pas le médecin généraliste ?

Que le médecin généraliste ait été impliqué ou non dans la révélation des violences, il est à nouveau très peu présent dans la suite du parcours de la femme victime de violences. Plusieurs explications ont été données par les participantes.

- **L'absence de proposition de suivi du médecin**

Les participantes pointent du doigt l'absence de proposition spontanée de suivi de la part du médecin généraliste, même une fois averti des violences.

*P1 : « au niveau des généralistes, j'ai pas eu d'aide spécifique après »*

*P6 : « non j'ai pas eu de proposition de suivi, non, rien, même pas de "comment vous le vivez, vous?" »*

*P8 : « il m'a pas du tout parlé de l'aspect médical, c'est à dire la procédure, enfin peut-être qu'il la connaissait pas bien je sais pas. Il m'a pas forcément parlé de soutien psychologique ou quoi [...] il n'y a pas eu forcément de... d'accompagnement »*

*P9 : « aucun attachement direct par rapport à la situation et voilà, et puis pas de conseil ou quoi que ce soit par rapport à tout ça quoi ».*

- **L'absence de sollicitation de la patiente**

Les participantes reconnaissent ne pas avoir sollicité l'aide du médecin généraliste. Certaines expliquent ne pas avoir ressenti le besoin de le faire, ayant trouvé un soutien ailleurs, d'autres n'y ont tout simplement pas pensé.

*P1 : « on ne lui a pas demandé [...] J'ai pas éprouvé le besoin quoi, parce que j'avais une assistance ailleurs qui me suffisait »*

*P6 : « je n'étais pas dans la dynamique de venir me sauver moi mais plutôt dans la dynamique de le sauver lui »*

*P8 : « je l'ai pas resollicité dessus non plus au final ».*

- **Le manque de disponibilité du médecin**

Deux participantes regrettent le manque de disponibilité des médecins qui rend difficile une réelle prise en charge. Selon elles, le manque de temps du médecin, et le manque de médecins sur le territoire sont des freins à l'accompagnement des victimes.

*P2 : « on n'a pas les rendez-vous rapidement »*

*P9 : « et puis c'est très compliqué de trouver un médecin généraliste parce qu'ils ne prennent plus de nouveaux patients, je vais essayer quand même de trouver un autre médecin quoi [...]*

*Donc hum je trouve que c'est vraiment ce qui manque de nos jours pour certains médecins généralistes, enfin du moins ceux que j'ai pu rencontrer ces dernières années. C'est vraiment du va-vite, c'est "vous avez 10 min et encore", vous vous sentez tellement oppressée qu'en fin de compte vous vous rappelez aussi de certaines choses dont vous deviez lui parler une fois que vous sortez du cabinet ».*

### 3. Quel rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement ?

Pour les femmes qui ont été accompagnées par le médecin généraliste, ce dernier a mis ses compétences au profit des victimes afin de faciliter leur parcours.

- **La prescription de médicaments**

A nouveau le médecin accompagne les femmes et leurs enfants grâce à la prescription de traitements.

*P7 : « il m'a dit "écoutez-moi, je ne vous aiderai absolument pas sur le plan psychologique c'est pas du tout mon domaine, par contre je vais vous prescrire des médicaments" »*

*P8 : « je prenais des anxiolytiques pour dormir, c'est lui qui me les prescrivait puisque la psychologue elle peut pas prescrire »*

*P11 : « je l'ai emmenée chez le médecin voilà, il lui a augmenté un peu les doses, il m'a augmenté un peu les doses ».*

- **La prescription d'arrêt de travail**

De même, lors du suivi, le généraliste renouvelle les arrêts de travail et s'assure de la capacité des femmes à reprendre ou non une activité professionnelle.

*P11 : « il m'a prescrit six mois d'arrêt de travail et puis il m'a dit "maintenant on va arrêter les arrêts de travail, on va faire un congé longue maladie" ».*

- **L'apport du certificat dans les démarches judiciaires**

La rédaction d'un certificat médical par le médecin généraliste a appuyé les démarches juridiques des participantes.

*P1 : « la fameuse ordonnance était dans le dossier de divorce [...] mais c'est vrai que ça m'a aidée pour le divorce quand même ce papier ».*

- **L'orientation**

Une seule participante a été orientée vers d'autres professionnels grâce à son médecin traitant :

*P11 : « il m'a dit d'aller voir une assistante sociale ».*

- **La prise en charge de l'auteur**

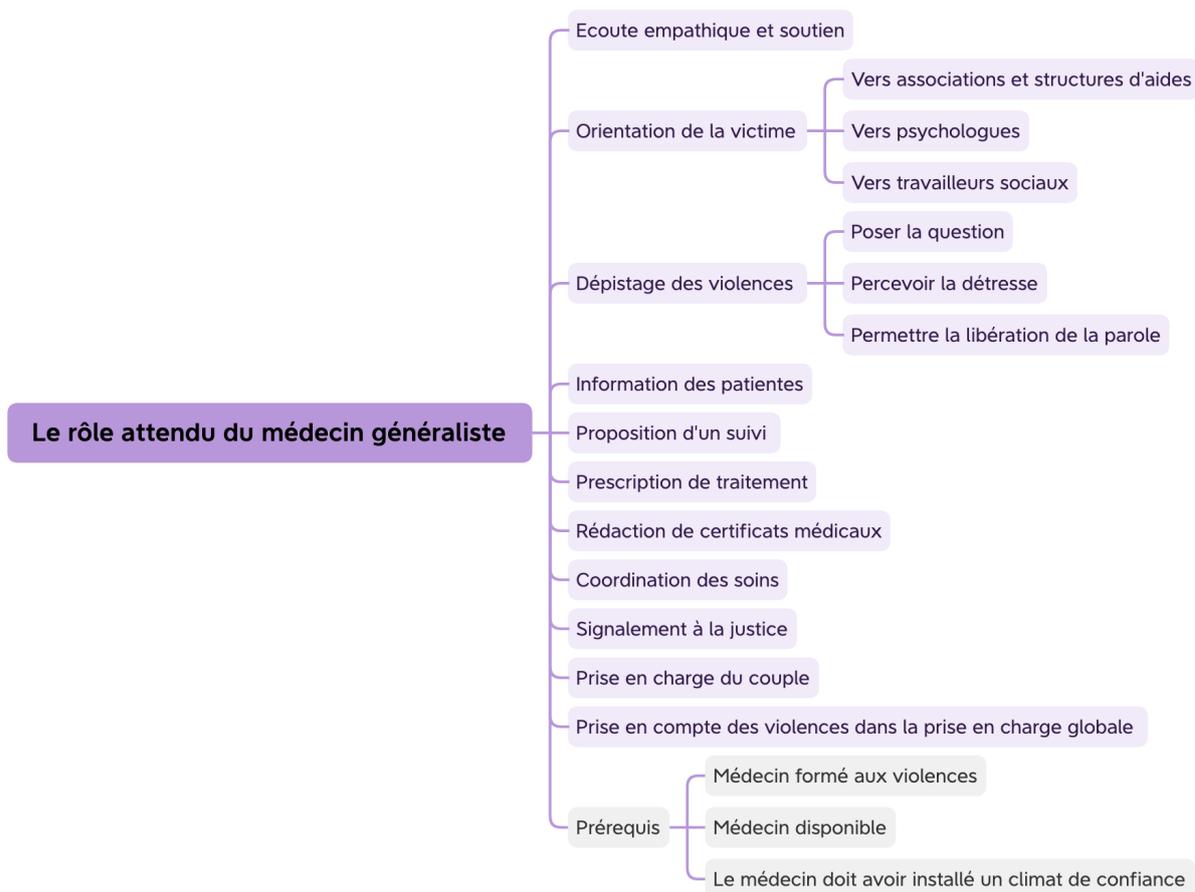
Enfin, une nouvelle mission du médecin généraliste est décrite par une des participantes : la prise en charge du partenaire violent afin de soulager la femme victime. Ce fut le cas lorsqu'il existait une pathologie psychiatrique ou addictologique chez l'auteur de violences.

*P6 : « oui là j'en ai parlé. Euh donc le médecin a fait un suivi pour qu'il puisse aller en désintox, pour enfin se retrouver en fait ».*

## **V. Le rôle attendu du médecin généraliste**

Nous avons dans un premier temps décrit le rôle que le médecin généraliste a pu avoir dans le parcours personnel des femmes victimes de violences.

Nous avons dans un deuxième temps demandé aux femmes de réfléchir, à partir de leur vécu, aux actions que le médecin pourrait mettre en place afin de faciliter le dépistage des violences, et d'accompagner au mieux les victimes. L'analyse de leur vécu et de leurs projections nous a ainsi permis de théoriser un certain nombre de modalités de prise en charge par le médecin généraliste des femmes victimes de violence.



Arbre thématique 3 : le rôle attendu du médecin généraliste

## 1. Les missions du médecin généraliste

### • L'écoute empathique et le soutien

La principale attente des victimes envers le médecin généraliste est l'écoute. Les femmes décrivent leur besoin d'écoute sans jugement, d'encouragement et de réassurance. Certaines participantes parlent aussi du regard extérieur que le médecin peut porter sur leur situation, et du cadre qu'il peut poser.

*P1 : « j'avais besoin qu'il me soigne, qu'il me rassure, qu'il soit peut-être plus empathique qu'avant [...] Mais aussi lui dire "allez-y" quoi »*

*P2 : « un médecin je pense c'est important pour nous cadrer en fait, notre émotion, notre énergie, notre force »*

*P3 : « sur l'estime de moi, enfin lorsque j'entends quelqu'un dire (ou même qui n'a pas besoin de le dire) : "je vous crois", enfin je n'attends et on n'attend que ça en fait »*

*P4 : « être vraiment à l'écoute ».*

*P5 : « il faut vraiment que le médecin prenne la peine de s'asseoir avec la dame et de demander comment ça s'est passé »*

*P9 : « quand il y a une écoute par rapport à chaque situation de patients, le patient est déjà très réconforté »*

*P10 : « j'ai une médecin qui est déjà à l'écoute, ça fait déjà du bien qu'elle écoute aussi bien, enfin déjà être à l'écoute, pas de jugement ».*

- **L'orientation de la victime**

Pour les participantes, l'orientation vers des professionnels adaptés permet de rompre l'isolement et de sécuriser la victime. Elles attendent du médecin qu'il soit en capacité de les adresser vers :

- des associations et structures d'aide (soutien psychologique, aide juridique)
- des psychologues
- des travailleurs sociaux

*P1 : « après y a les associations, aussi hein, voilà donner aussi bon, j'ai chez moi le petit dépliant bleu foncé, donc pareil avoir ça aussi bien sûr, pour qu'elles puissent aller parler peut-être en dehors du milieu médical mais un truc d'écoute [...] Ne serait-ce qu'être en lien avec une asso et on sait que l'asso va être très efficace, c'est le principal »*

*P3 : « et puis d'un point de vue juridique, une personne qui a la connaissance bah elle a des liens, elle va pouvoir nous orienter auprès de France Victime par exemple »*

*P7 : « orienter évidemment. Ouais leur donner des conseils pour, enfin leur donner concrètement en fait pas que des conseils, mais concrètement des noms, des numéros, pour les aider, pour qu'elles soient prises en charge »*

*P9 : « que ce soit lui directement qui m'oriente vers différents organismes pour pouvoir aider justement les femmes dans notre situation » [...] « que toute personne ici puisse avoir à disposition voilà les renseignements, informations à donner et prendre un tout petit peu de temps pour pouvoir faire en sorte que la personne ben soit sécurisée une fois qu'elle sort du cabinet [...] n'importe qui pourrait avoir ces simples numéros de ces deux associations, qui ferait que bah ça changerait la vie pour une personne »*

*P10 : « je pense que peut-être elle m'aurait dirigée vers des structures ou des associations, enfin des endroits adaptés avec des personnes compétentes pour ça, pour m'aider à m'en sortir, elle aurait peut-être pu me diriger vers des, voilà des trucs de femmes battues, des associations de violences conjugales qui auraient pu m' guider »*

*P11 : « il peut donner les bonnes adresses, guider les gens ».*

- **Le dépistage des violences**

Plusieurs participantes insistent sur le rôle du médecin traitant dans le dépistage des violences.

En plus de poser la question des violences, elles suggèrent que le médecin généraliste soit capable de percevoir la détresse des victimes et de leur proposer un espace de parole.

*P8 : « soit peut- être effectivement poser des questions »*

*P4 : « je pense qu'il y a des signes aussi, qu'on peut détecter peut-être quand on est médecin, euh des comportements ou des paroles, des fois des petits trucs qu'il faut savoir détecter. Mais bon après il y a des femmes qui en parlent pas trop mais des fois elles lancent des petits appels, des petits trucs quoi. Il faut pouvoir être réceptif »*

*P10 : « faut savoir entendre entre les mots, lire entre les lignes comme on dit. C'est ça le conseil que je donnerais à un médecin, c'est vraiment de percevoir, c'est très subtil peut-être parfois, mais de percevoir ça, ce qui est caché, la détresse » [...] « il suffit d'une personne de confiance, et le médecin en général c'est quand même une personne de confiance, qu'il perçoive le truc, qu'il mette le doigt dessus, pour que la femme puisse libérer sa parole ».*

- **L'information des patientes**

Selon les victimes, le médecin généraliste a un rôle clé dans l'information de ses patientes. Elles attendent de lui d'être informées sur leurs droits, et sur les démarches à effectuer.

*P1 : « donner un maximum d'informations à la victime, expliquer aussi peut-être la procédure, qu'elle soit au courant de la procédure judiciaire »*

*P4 : « il peut peut-être la conseiller sur des démarches à effectuer »*

*P10 : « expliquer qu'il y a la police tout ça, je pense qu'il faut l'expliquer quand même, parce que malgré tout c'est une graine qui fait quand même son chemin ».*

Une des participantes évoque par ailleurs l'information qui pourrait être diffusée en dehors de la consultation. Elle propose la mise à disposition d'informations visuelles dans les cabinets :

*P8 : « donc soit parler d'associations soit mettre à disposition quelles associations existent ».*

- **La proposition d'un suivi**

Afin d'optimiser la prise en charge, les femmes estiment que le généraliste devrait proposer un suivi et s'assurer que les victimes soient accompagnées.

*P1 : « dire à la victime "écoutez surtout n'hésitez pas à venir me voir etc." »*

*P8 : « faire un suivi, ou s'assurer que la personne n'est pas seule »*

- **La prescription de traitement**

Le médecin généraliste apparaît comme un acteur clé dans la prise en charge des conséquences des violences, notamment des symptômes liés au stress.

*P2 : « au début j'avais du mal à dormir, j'ai perdu des kilos, j'ai maigri beaucoup, j'arrivais pas à manger, peut-être qu'il y aurait un suivi, des traitements »*

*P10 : « qu'il adapte en fonction aussi de l'état dans lequel on est, avec des traitements dans un premier temps ».*

- **La rédaction de certificats médicaux**

Le médecin généraliste est un des rares professionnels à pouvoir rédiger des certificats médicaux, utiles à la suite du parcours des victimes.

*P4 : « mais bon au moins le médecin déjà il peut constater les coups »*

*P5 : « il pourra l'aider en faisant un compte-rendu, qui pourra l'aider à poursuivre son dossier ».*

- **La coordination des soins**

Deux participantes proposent que le médecin généraliste coordonne les soins en se mettant en lien avec les autres acteurs impliqués.

*P8 : « faire un point avec les psy »*

*P3 : « elle détient une clé d'une boîte à trésor et à l'intérieur de ce coffre là le trésor c'est tous les autres professionnels ».*

- **Le signalement à la justice**

Une participante souligne le rôle du médecin dans le lien avec la justice.

*P1 : « quitte à appeler lui-même ou elle-même la police ou la gendarmerie ».*

- **La prise en charge du couple**

Une des femmes interrogées estime que les violences pourraient être traitées dès le début, elle suggère que le médecin généraliste propose une prise en charge initiale du couple.

*P6 : « Je pense qu'ici quand il y a des débordements de couples comme ça, il devrait pouvoir, un généraliste pourrait avoir accès à des thérapies de couple [...] ça serait bien d'être préventif et non réparateur ».*

- **La prise en compte des violences dans la prise en charge globale**

Enfin, selon une des participantes, les violences conjugales ne se résument pas à une seule étape de leur vie. Les violences et leurs conséquences devraient être prises en compte par le généraliste lors de chaque prise en charge médicale.

*P3 : « nous sommes des êtres humains comme les autres à la différence près que notre vécu traumatique, tant la mémoire traumatique, les sévices sexuels et cetera, font que nous ne pouvons pas être prises en charge comme les autres ».*

## 2. Les prérequis à l'action du médecin généraliste

Il est vite apparu que le rôle du médecin dans la prise en charge des violences était soumis à quelques prérequis.

- **Le médecin doit être formé aux violences**

La formation, ou a minima la sensibilisation des médecins est un impératif pour les victimes.

*P1 : « qu'il ou elle soit compétent »*

*P3 : « seulement si ce médecin avait été sensible et sensibilisé à ce problème [...] De se former, avant tout »*

*P4 : « après je pense qu'il faudrait qu'il y ait des groupes de médecins spécialisés pour ce genre de femmes quoi ».*

- **Le médecin doit être disponible**

Les patientes décrivent le sentiment d'urgence qu'elles ressentent et leur besoin que le médecin soit disponible pour elles :

*P2 : « on a envie, quand on est dans des situations comme ça, on a envie de se prendre en charge tout de suite, parce qu'on n'est pas bien ».*

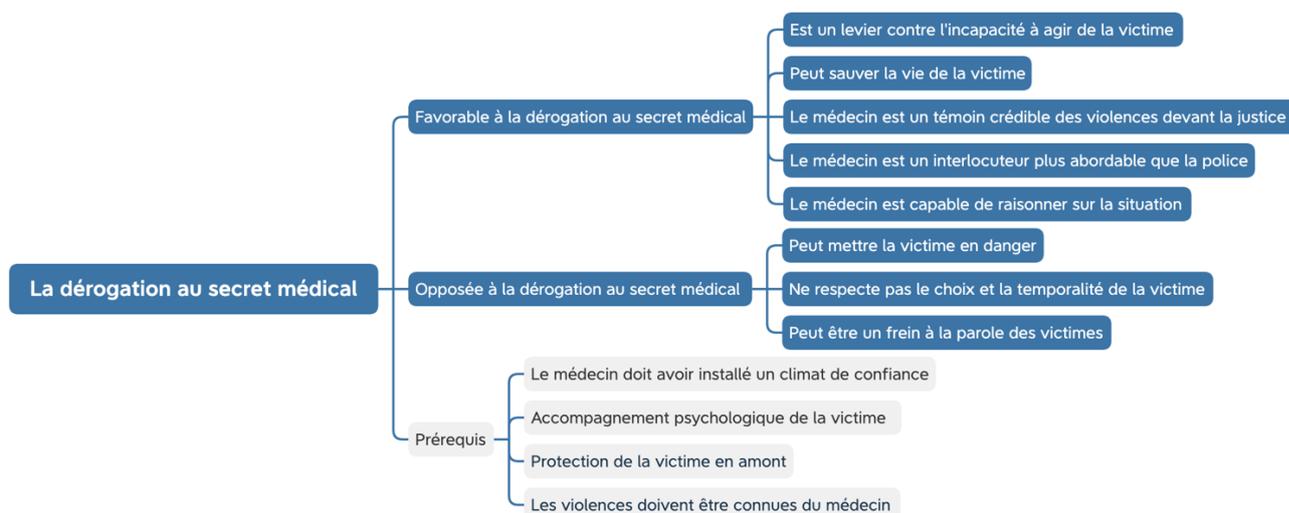
- **Le médecin doit avoir installé un climat de confiance**

Enfin, l'implication du médecin n'est possible que si les victimes de violences se sentent en confiance pour parler.

*P5 : « ce sont des problèmes qui demandent beaucoup de confiance, qui demandent de s'installer un petit peu dans le confort de la confiance ».*

## VI. La dérogation au secret médical

Pour cette dernière branche, nous avons recueilli de façon subsidiaire l'avis des femmes victimes de violences conjugales sur la possibilité pour les médecins de déroger au secret médical dans le cadre d'un signalement judiciaire.



Arbre thématique 4 : la dérogation au secret médical

### 1. Les arguments en faveur de la dérogation au secret médical

- **La dérogation au secret médical est un levier contre l'incapacité à agir de la victime**

Les participantes mettent en avant les difficultés des femmes à agir par elles-mêmes.

L'emprise, la dépendance financière, la honte, sont autant de freins qui les empêchent de sortir des violences. L'intervention du médecin, via le signalement, peut être une solution à leur situation inextricable. Certaines voient même ce signalement comme un possible soulagement.

*P1 : « je pense que ça peut soulager quand même la personne »*

*P3 : « on se trouve souvent, enfin nous sommes dans l'incapacité d'agir. Et parfois on le voudrait et on a peur de beaucoup de choses »*

*P7 : « elles n'ont pas les moyens psychologiques, parce que c'est trop »*

*P9 : « il est important de, quand on détecte ce genre de choses par des professionnels, qu'ils puissent eux mêmes sans même l'autorisation de la personne pouvoir faire en sorte que quelqu'un intervienne pour pouvoir les aider et les sauver, peut-être même certainement »*

*P10 : « oui c'est une bonne idée, parce que des femmes ont peur de le faire ».*

- **La dérogation au secret médical peut sauver la vie de la victime**

Dans certaines situations le signalement pourrait sauver la vie des femmes en évitant des féminicides.

*P4 : « dans l'urgence oui ça peut lui sauver la vie ».*

- **Le médecin est un témoin crédible des violences devant la justice**

Pour certaines, le médecin, grâce à ses constats, devient un témoin des violences. Les femmes expriment également l'idée que la parole du médecin aurait plus de poids devant la justice que celle des victimes, et permettrait d'appuyer les faits.

*P1 : « il a vu, il a ausculté, c'est après aussi avoir vu les dégâts physiques, psychologiques ou psychiques et donc oui c'est un témoignage, au niveau de la justice ça peut apporter un plus, comme un témoin »*

*P8 : « peut-être que si c'était quelqu'un du corps médical qui alertait peut-être que ce serait plus pris en considération »*

*P10 : « la police peut-être l'entendra mieux d'un médecin »*

*P11 : « si ça peut appuyer ».*

- **Le médecin est un interlocuteur plus abordable que la police**

Une des femmes interrogées considère qu'il est moins difficile pour les patientes de s'adresser à leur médecin plutôt qu'à la police.

*P2 : « y a des femmes qui veulent même pas dénoncer à la police, elles ont peur en fait, elles ont peur. Mais une personne victime de violences elle n'arrive pas à partir au commissariat, mais on arrive à parler avec un médecin ».*

- **Le médecin est capable de raisonner sur la situation**

Enfin, une participante estime que le généraliste est capable de prendre la meilleure décision devant chaque situation et qu'il est donc possible de s'en remettre à lui.

*P7 : « je ne pense pas qu'un médecin de toute façon s'affranchisse d'un raisonnement pondéré pour une dénonciation, je pense qu'ils sont suffisamment matures et intelligents pour sentir que là il y a vraiment danger, et là il y a un peu moins de danger, et juste inciter la personne à s'en sortir. On peut faire confiance au médecin non ? ».*

## 2. Les arguments contre la dérogation au secret médical

- **La dérogation au secret médical peut mettre la victime en danger**

A l'opposé du caractère salvateur attendu de la levée du secret, certaines femmes considèrent qu'un signalement expose la patiente à une situation dangereuse. Elles mettent en avant les répercussions possibles que la victime pourrait subir de la part de son agresseur.

*P4 : « bah moi je trouve ça un peu dangereux. [...] c'est elle qui va en subir les conséquences aussi après, c'est elle qui va avoir les répercussions après »*

*P6 : « une femme aura très très très peur que justement il fasse du bruit. Parce que c'est le bruit qui éveille le méchant loup on va dire. Donc oui, on évite le bruit ».*

- **La dérogation au secret médical ne respecte pas le choix et la temporalité de la victime**

La possibilité de s'affranchir du consentement de la victime pour signaler les violences pose également question. Cette dérogation sans consentement fait fi du choix de la femme, et peut-être une situation violente à vivre pour la victime.

*P4 : « il faut que ça vienne d'elle je pense, parce que c'est qu'elle n'est pas prête, c'est qu'elle n'a pas envie, c'est que c'est pas le moment [...] ça doit être un choix personnel, il devrait d'abord lui demander et en parler avec elle et voir quoi [...] c'est le fait de le faire sans le consentement de la femme »*

*P6 : « un secours obligé peut parfois faire du mal. Parce que déjà ça veut dire que la femme n'est pas prête »*

*P8 : « ça peut être quand même très violent aussi, voir un peu la braquer ».*

- **La dérogation au secret médical peut être un frein à la parole des victimes**

Enfin, le fait que les femmes aient connaissance de cette dérogation peut les empêcher de se confier au médecin, par crainte qu'il agisse sans leur accord.

*P10 : « et puis nous on le sait, nous les femmes on le sait, c'est pour ça j'pense qu'on n'en parle pas ».*

### 3. Les prérequis à la dérogation au secret médical

Que les femmes soient en accord ou opposées à la levée du secret médical, elles sont plusieurs à énoncer des conditions au signalement, afin qu'il soit réalisé dans les meilleures circonstances.

- **Le médecin doit avoir installé un climat de confiance**

Nous retrouvons ici la notion de confiance envers le médecin généraliste, indispensable à la relation de soin avec la patiente.

*P1 : « après faut qu'elle ait confiance dans son médecin ».*

- **L'accompagnement psychologique de la victime**

Il apparaît nécessaire que les femmes victimes soient accompagnées psychologiquement de façon spécifique dans cette situation.

*P8 : « si la personne est sous emprise et qu'elle est pas accompagnée psychologiquement pour ça ».*

- **La protection de la victime en amont**

Afin d'éviter de mettre la femme encore plus en danger, une des participantes estime primordial de protéger la victime avant de prévenir les autorités judiciaires. L'anticipation des conséquences du signalement oblige, selon elle, à mettre d'abord la femme en sécurité, c'est à dire loin de son agresseur.

*P10 : « je pense que si le médecin fait ça, il faut qu'avant la femme soit déjà sortie de son contexte et mise en protection. Il faut anticiper avant de faire ça, il faut mettre la personne à l'abri, la protéger. Il faut qu'elle soit sortie de ça, vraiment, sinon elle va mourir. C'est bien, mais faut faire les choses dans l'ordre. Ouais. Donc l'ordre c'est déjà de mettre la personne en sécurité avant de signaler ».*

- **Les violences doivent être connues du médecin**

Pour finir, une notion est réaffirmée comme un prérequis évident lors de notre dernier entretien : afin de pouvoir signaler une situation de violences à la justice, le médecin généraliste doit au préalable en avoir connaissance.

*P11 : « après il faut que la victime parle aussi, hein ».*

## DISCUSSION

### **I. Forces et limites de l'étude**

#### 1. Forces

Notre étude trouve son originalité dans la population et le territoire étudiés. Si le point de vue du généraliste face aux violences intra-familiales a fait l'objet de nombreux travaux de recherche, et si les attentes des victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste ont déjà été explorées, aucune étude n'avait cependant été menée dans les Pyrénées-Orientales. De plus l'objectif secondaire de cette thèse est inédit : depuis la loi sur la dérogation au secret médical dans un contexte de violences conjugales l'avis des femmes victimes n'avait encore jamais été recueilli.

La conception de l'étude, la méthodologie choisie et son application confèrent à notre étude une bonne validité interne. L'analyse qualitative utilisée ici permet d'explorer le vécu des femmes victimes de violences et de recueillir des propos authentiques. Le guide d'entretien a été développé par l'investigatrice avec l'aide du directeur de thèse, ce qui a permis de confronter deux regards sur les questions posées aux participantes. Enfin, la retranscription a été réalisée au mot près et a inclus des données non verbales. L'analyse ouverte des verbatims a fait l'objet d'une triangulation des données. Ces éléments ont permis de limiter les biais d'interprétation.

Concernant le recrutement de la population, nous avons choisi de ne pas distribuer la lettre d'information via des cabinets médicaux, car cela aurait limité le recrutement des patientes à celles suivies par un médecin généraliste et potentiellement déjà accompagnées dans leur parcours contre les violences subies. En recrutant uniquement via le réseau associatif, nous nous sommes affranchis de ces biais potentiels. Le recrutement a permis l'inclusion d'une population hétérogène, et l'obtention d'une saturation des données, renforçant ainsi la puissance des résultats et la validité externe de l'étude.

## 2. Limites

Cette thèse a été menée par une interne en médecine générale. Malgré la formation universitaire initiale à la recherche en santé reçue par l'investigatrice, et le travail personnel fourni en parallèle, le manque d'expérience de l'investigatrice dans la pratique de l'analyse qualitative a pu conduire à des biais d'investigation.

Plusieurs biais ont pu perturber le recueil de données lors de la réalisation des entretiens individuels. Les participantes s'adressant à un médecin généraliste, il a pu exister un biais de désirabilité sociale : les femmes interrogées ont pu adapter leurs réponses aux attentes de l'investigatrice. Pour s'affranchir au mieux de ce biais, nous avons réalisé les entretiens en dehors de cabinets médicaux, dans les locaux des associations. De plus, les questions posées aux participantes faisaient appel à des souvenirs personnels, ce qui a pu créer un biais de mémorisation. Ce biais potentiel a pu être majoré par le contexte de psychotraumatisme, responsable d'une altération de la mémoire des victimes.

Par ailleurs, cinq participantes sur onze n'avaient pas de médecin traitant déclaré au moment des entretiens. Ceci a pu modifier leurs représentations sur le rôle possible du médecin généraliste dans la prise en charge des violences conjugales.

Enfin, cette étude a été réalisée à une petite échelle : celle des Pyrénées-Orientales, limitant possiblement la généralisation des résultats à une plus grande échelle.

## **II. Synthèse et interprétation des résultats**

### 1. Le médecin généraliste absent du parcours des femmes victimes de violences

Suite à l'analyse, un résultat s'impose rapidement : le médecin généraliste n'apparaît pas ou très peu dans le parcours des femmes interrogées.

La question des violences reste trop peu posée encore, que ce soit à l'occasion d'un dépistage systématique ou sur des signes d'appel. Une fois les violences connues, dans un contexte d'urgence ou non, peu de médecins généralistes accompagnent les patientes. Il est à noter également que peu de patientes ont le réflexe de les solliciter, qu'elles soient suivies au préalable ou non.

Les sentiments négatifs des patientes vis-à-vis de leur situation et certaines idées reçues exprimées sur le métier de médecin généraliste sont source de répercussions sur la relation patient-médecin : honte et culpabilité, peur du jugement, mauvaise connaissance de notre polyvalence, peur des représailles quand le médecin suit aussi le partenaire. Ceci nous étonne car ces freins mettent en évidence la projection différente des femmes versus celle des médecins généralistes sur notre métier. Ces sentiments négatifs ne rencontrent pas les capacités d'empathie et d'écoute inhérentes à la pratique de tout médecin généraliste. A ce contexte déjà défavorable à une prise en charge efficace s'ajoute l'implication insuffisante du médecin généraliste. Dans les récits de vie relatés, le dépistage systématique est inexistant, les médecins ne sont presque jamais force de proposition pour les patientes et ne se saisissent pas du rôle de soutien qu'ils pourraient pourtant occuper, même une fois les violences révélées. Face à cela, les femmes victimes de violences conjugales s'adressent au médecin généraliste lorsqu'elles ont besoin de lui pour des missions ponctuelles, et ce, quel que soit le stade de la prise en charge. Le rôle de prescripteur du médecin est mis en avant par les participantes : il peut ordonner des traitements anxiolytiques ou antidépresseurs, ou encore des arrêts de travail. Dans la même idée, la nécessité pour les victimes d'obtenir des certificats médicaux est souvent la porte d'entrée des patientes au sein des cabinets médicaux, et leur unique sollicitation envers le médecin.

Nous pouvons nous interroger sur l'origine de cette absence de prise en charge globale par le médecin généraliste. Est-ce dû à un manque de formation des médecins sur le sujet ? Est-ce dû à un climat de confiance insuffisant entre la patiente et son médecin ? Ou est-ce le manque de disponibilité des médecins pointé du doigt par les participantes qui empêche de mettre en place la prise en charge que nécessitent les victimes ?

Un élément supplémentaire semble important à souligner : le médecin généraliste est isolé dans sa prise en charge. En effet, aucune participante ne fait mention d'un lien entre le médecin et les autres acteurs, que ce soit avec des associations ou avec les différents services de l'hôpital qui ne font pas le relais. Ceci peut expliquer en partie ses difficultés à s'impliquer.

Enfin, la démographie médicale actuelle responsable d'une difficulté d'accès aux soins, notamment pour les plus précaires, s'ajoute à l'isolement du médecin et renforce probablement ce sentiment de manque de disponibilité dépeint par les patientes. Ces conclusions nous amènent à supposer que ce sentiment se mêle aux ressentis négatifs des patientes et participe au fait que le médecin n'est pas identifié comme une personne ressource dans le parcours de soins des victimes de violences.

## 2. Les femmes attendent une plus grande implication du médecin généraliste

Le « revivre » de ces patientes au travers des entretiens leur a permis de réaliser et verbaliser le rôle que le médecin généraliste pourrait avoir dans la prise en charge des victimes de violences. Pour les femmes interrogées, l'implication active du médecin, à condition qu'il soit sensibilisé aux violences, pourrait être un véritable appui supplémentaire pour les victimes.

Elles revendiquent que le médecin soit disponible et à l'écoute, qu'il perçoive leur détresse ou pose la question des violences, et qu'il les oriente vers des professionnels adaptés. Ainsi le dépistage systématique apparaît comme un outil efficace pour impliquer le médecin et permettre à la femme de se confier. Par ailleurs, les victimes soulignent l'importance du certificat médical initial dans les procédures judiciaires inhérentes à toute situation de violences et le rôle clé du médecin dans sa rédaction. Enfin, la prise en charge des conséquences des violences semble également attendue, notamment grâce à la prescription de médicaments par le généraliste. Une des participantes a suggéré une prise en charge du couple par le médecin généraliste, afin de résoudre les violences, à l'aide notamment de thérapie de couple. Or, nous savons désormais que dans des situations d'emprise, ces thérapies sont insuffisantes (41). Il est donc intéressant de constater ici une autre mission que le médecin pourrait avoir dans ces situations : celle de déconstruire les croyances des victimes afin de les aider à quitter une relation violente.

Finalement, et contrairement à leur vécu, les victimes de violences conjugales considèrent le médecin généraliste comme un interlocuteur privilégié dans la prise en charge des violences. Elles lui confèrent même une place centrale, en ayant conscience du panel d'actions qu'il peut entreprendre à leurs côtés. A la lecture de ces résultats, nous avons été surpris par le décalage entre le rôle que le médecin a pu avoir dans la prise en charge des participantes et le rôle attendu du médecin par les femmes victimes.

Par ailleurs, nous nous sommes posé la question de la temporalité de la prise en charge. En effet, si les victimes expriment la nécessité d'un accompagnement, aucune ne précise les modalités de suivi souhaitées. Par exemple, nous pouvons nous demander si les patientes attendent du médecin qu'il les écoute, informe, examine et oriente dès la première consultation ou si cela doit se faire en plusieurs temps.

### 3. La dérogation au secret médical : une loi qui fait débat

La loi, très récente, permettant la dérogation au secret médical dans le contexte des violences conjugales implique d'autant plus le médecin généraliste dans la prise en charge des victimes. Il nous paraissait inenvisageable de ne pas s'y intéresser dans ce travail de thèse portant sur les attentes des victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste. Rappelons que le sujet de la dérogation au secret médical a fait l'objet d'une seule question lors de nos entretiens, ce qui ne nous permet pas d'obtenir des conclusions exhaustives. Cependant, axer notre objectif secondaire sur cette thématique nous a permis de recueillir quelques avis authentiques de femmes victimes de violences conjugales sur la possibilité pour les médecins généralistes de déroger au secret médical dans une situation cadrée par la loi.

Pour les participantes, la dérogation au secret médical et le signalement judiciaire se confondent. Elles ont en effet bien conscience que le signalement est une conséquence directe de la levée du secret médical. Les femmes interrogées dans cette étude expriment des avis partagés face à la possibilité pour le médecin de déroger au secret médical. Certaines participantes reconnaissent l'utilité de cette mesure, et décrivent le signalement comme un levier permettant de sortir les victimes des violences qu'elles subissent, allant jusqu'à affirmer qu'il peut sauver la vie des femmes en évitant des féminicides. A contrario, plusieurs participantes ont émis des réserves, voire une opposition franche à cette dérogation.

Un élément principal est à retenir : la plupart des femmes interrogées sont contrariées par la possibilité de s'affranchir du consentement des victimes. Elles critiquent le non-respect du choix des patientes, qui peut selon elles avoir l'effet inverse de celui attendu sur les victimes : les mettre en danger, les isoler. Ce point précis place le médecin généraliste dans une situation délicate : alors que la confiance est la base d'une relation médecin-patiente harmonieuse, quelles conséquences pourraient avoir un signalement sans consentement sur la relation de soins ? Cette dérogation renforcerait alors le silence dans lequel se terrent les victimes et les éloignerait du soin.

Nous posons enfin la question des suites données au signalement : quel accompagnement et quelle protection pour les victimes ? Quelles répercussions pour le médecin qui déroge au secret ? Le manque de confiance envers le système judiciaire exprimé par les participantes nous oblige d'autant plus à établir un cadre médical solide auprès d'elles.

### III. Comparaison avec la littérature

Dans le contexte de recommandations scientifiques récentes, nous avons dans un premier temps souhaité comparer nos résultats et les attentes des femmes victimes de violences avec les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (24). En effet nous avons vu en introduction que ces recommandations placent le médecin généraliste au centre de la prise en charge des violences conjugales. La première partie de nos résultats et notamment la faible implication du médecin généraliste dans le parcours des patientes détonne avec ces recommandations. Pour autant, les attentes des femmes envers le médecin généraliste correspondent en tout point aux recommandations. La Haute Autorité de Santé insiste sur l'écoute et l'information des patientes, sur l'utilité du certificat médical et sur la nécessité d'orienter les patientes. Il est donc intéressant de constater que les recommandations scientifiques répondent aux attentes des victimes de violences. Nous pouvons néanmoins déplorer que leur mise en œuvre en vie réelle reste limitée à ce jour, pour les différentes raisons citées plus haut.

Nous avons dans un deuxième temps comparé nos résultats avec la littérature existante.

Une étude épidémiologique descriptive multicentrique est actuellement en cours en France, grâce à la réalisation de thèses de médecine dans différentes régions : le projet AVIC-MG (attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste). Dans ces études quantitatives, les femmes placent le médecin généraliste au centre du dépistage et de la prise en charge des violences et attendent de lui qu'il pose la question des violences de façon systématique. Les autres attentes exprimées par les participantes de notre étude sont également retrouvées dans les premières thèses de l'étude AVIC-MG (écoute, orientation, disponibilité). (42-44)

Plusieurs thèses de médecine générale décrivant les attentes des femmes victimes de violences envers le médecin généraliste à l'aide d'une recherche qualitative présentent des résultats comparables aux nôtres. (45,46) Dans ces travaux menés en 2016 et 2020, on retrouve notamment les difficultés à aborder le sujet avec son médecin (absence de dépistage, peur des représailles, médecin de famille etc.), et les rôles attendus (écoute, orientation, prescription).

Concernant la dérogation au secret médical, nous avons observé des réactions mitigées de la part des participantes. Elles nous renvoient aux avis tout aussi divergents émis par le grand public et les acteurs impliqués dans les parcours de violences lors de la promulgation de la loi. Plusieurs thèses de médecine ont analysé l'avis des médecins généralistes face à cette levée du secret médical (47). Pour certains médecins, cette loi (et l'absence de consentement) peut être justifiée en cas

d'emprise, pour d'autres, notamment des médecins déjà actifs dans le dépistage et la prise en charge des violences, elle n'apporte pas de solutions nouvelles. Les médecins interrogés mettent leur relation de confiance avec leurs patientes au cœur du débat, avec des interrogations semblables aux nôtres sur les conséquences d'un signalement non consenti sur le soin. Une thèse menée par Rachel Milliez, interne en médecine générale, en 2022 dans les Pyrénées Orientales interroge les acteurs socio-judiciaires sur cette question (48) : « *Les intervenants dans ce travail souhaitent de façon assez unanime un plus grand investissement de la part des médecins dans les outils juridiques à leurs dispositions, dont le signalement* ».

Ces études portant sur des acteurs impliqués dans la prise en charge des femmes victimes sont en adéquation avec l'avis exprimé par les participantes de notre étude et les questionnements qui en découlent.

## IV. Perspectives

### 1. Formons les médecins généralistes

Les études portant sur les violences conjugales sont unanimes : il est nécessaire et urgent de former les professionnels de santé, à fortiori les médecins à la prise en charge des violences.

En effet le manque de formation est décrit par les médecins comme un frein au dépistage des violences, et à l'inverse, selon les femmes victimes de violences, la formation des médecins est un prérequis essentiel à une prise en charge efficace et globale. Une méta-analyse réalisée en 2021 démontre l'impact de la formation des professionnels de santé sur leur prise en charge (49). Elle permettrait d'améliorer l'attitude face aux victimes, les connaissances et le dépistage. Pourtant, à ce jour, les enseignements sur les violences intra-familiales sont encore trop souvent absents de la formation initiale obligatoire des étudiants en médecine.

Il serait intéressant d'intégrer cette formation dès le 2<sup>ème</sup> cycle de médecine afin que tous les futurs médecins puissent en bénéficier, et être sensibilisés quelle que soit leur spécialité choisie ensuite. De plus, la formation aux violences conjugales pourrait trouver sa place au sein d'un internat de médecine générale. Acquérir ces compétences pendant notre formation initiale permettrait de développer une prise en charge efficace des violences dans l'exercice de la médecine libérale.

Le Dr Perrine Millet et son association *Un Maillon Manquant* se sont saisies de cette problématique en mettant en place un diplôme inter-universitaire (DIU) à destination des soignants : *Prise en charge des violences faites aux femmes, vers la bientraitance*.

Pour aller plus loin, il pourrait être utile d'intégrer la prise en charge des violences conjugales dans la formation médicale continue, à l'aide d'enseignements de courte durée, plus accessibles qu'un DIU pour des professionnels de santé en exercice.

## 2. Travaillons en réseau

La prise en charge des violences conjugales est pluridisciplinaire. Elle intègre des professionnels médicaux et paramédicaux, des professionnels judiciaires, des travailleurs sociaux. Il apparaît évident que les différents professionnels d'un même secteur devraient se connaître et travailler ensemble. Ce n'est malheureusement pas suffisamment le cas aujourd'hui et nous avons pu constater dans notre étude le manque de lien entre tous les acteurs impliqués dans les parcours des victimes. L'isolement, notamment du médecin, peut limiter les ressources et solutions à proposer aux patientes, menant ainsi à une prise en charge inefficace.

C'est suite à ce constat que nous avons souhaité recenser l'ensemble des dispositifs d'aide à l'accompagnement des victimes de violences conjugales existant sur le territoire, dans le but de créer un outil à destination des professionnels de santé (disponible sur [www.decliviolence.fr](http://www.decliviolence.fr)). Le livret de contacts édité par le Conseil Départemental des Pyrénées Orientales est par ailleurs un outil disponible permettant aux médecins généralistes d'orienter leurs patientes.

Dans sa thèse interrogeant les acteurs socio-judiciaires dans les Pyrénées-Orientales (48), Rachel Milliez arrive à la même conclusion : ces professionnels souhaitent un renforcement du lien avec les médecins généralistes lors du parcours des femmes victimes. Ses résultats suggèrent d'organiser des tables rondes et de favoriser des rencontres directes afin de favoriser un travail en réseau. Cette démarche de mise en réseau pourrait être impulsée par l'Ordre des Médecins via son Conseil Départemental des Pyrénées Orientales (CDOM 66). Nous pourrions envisager qu'il coordonne ces rencontres, ou qu'il facilite la diffusion d'outils et de contacts aux différents médecins du territoire.

Dans les Pyrénées-Orientales nous bénéficions d'un réseau associatif bien ancré et efficace sur le département. A cela s'ajoute l'unité Passer'elle, créée récemment au sein du Centre Hospitalier de Perpignan. Ce dispositif gagnerait à développer le lien avec la médecine de ville et les médecins généralistes. Ce réseau impulse une réelle dynamique sur le territoire, centrée autour de la volonté de travailler ensemble. Pourtant, si ce réseau ne cesse de s'améliorer, il ne s'articule toujours pas avec le médecin traitant ; les travailleurs sociaux et les associations fonctionnant souvent par

réunion de concertation et les médecins généralistes restant ancrés dans une communication duelle moins chronophage et qui leur est naturelle.

A l'automne 2022, une première formation initiée par le CDOM 66 et réunissant le Procureur de la République, un médecin légiste, des membres associatifs et des médecins généralistes a permis d'échanger autour de la dérogation au secret médical. Ce fut l'occasion pour les médecins présents de partager leurs questionnements et hésitations mais également d'améliorer leur rédaction de certificats médicaux. Cette réunion d'information est un exemple de rencontre qui, espérons-le, sera suivie de nombreuses autres collaborations.

### 3. Perspectives de recherche

Notre travail de recherche s'ancre dans une littérature scientifique déjà bien étoffée. Néanmoins, dans le but d'améliorer nos pratiques en Médecine Générale, plusieurs axes de recherche pourraient être explorés.

Les freins et motivations des médecins généralistes à la prise en charge des violences conjugales ont déjà été étudiés. Par cette thèse nous avons analysé les attentes des victimes de violences conjugales envers les médecins généralistes. Pour aller plus loin, il pourrait être intéressant dans un futur travail de thèse de réunir des médecins généralistes, des acteurs socio-judiciaires et des patientes expertes via des focus groups pour les faire réfléchir ensemble aux moyens à mettre en place afin d'améliorer le parcours de soin des victimes de violences. La temporalité de la prise en charge pourrait être questionnée dans cette étude.

Par ailleurs, nous nous sommes interrogés sur les suites données à un signalement judiciaire dans le cadre de violences conjugales. Cette question pourrait faire l'objet d'un travail de thèse à l'aide d'une étude prospective ou rétrospective explorant le parcours des signalements sur un territoire ciblé.

## CONCLUSION

Les violences conjugales touchent une femme sur dix en France. Leur fréquence, leurs conséquences sur la santé des femmes et des enfants ainsi que leurs répercussions économiques en font un problème de santé publique majeur. Afin d'améliorer la prise en charge de ces violences, la Haute Autorité de Santé a récemment publié de nouvelles recommandations qui placent le médecin généraliste au centre du dépistage et de l'accompagnement des femmes victimes de violences. Les attentes des femmes victimes de violences conjugales interrogées lors de cette étude sont en accord avec les recommandations scientifiques : les patientes nécessitent une prise en charge globale auprès d'un médecin généraliste formé, entouré d'un réseau de partenaires et en qui elles ont confiance. Le médecin doit être en capacité de dépister les violences, d'écouter et d'informer ses patientes, de les orienter vers des structures d'aide aux victimes, de rédiger les certificats médicaux nécessaires à leur parcours judiciaire et de prescrire les traitements adaptés à chaque patiente.

La place centrale du médecin généraliste dans le parcours de soins des femmes victimes de violences conjugales nécessite une formation approfondie, la construction d'un travail en réseau avec les différents acteurs impliqués, et une disponibilité accrue du médecin, actuellement mise à mal par un accès aux soins de plus en plus limité. S'il veut conserver cette place centrale, le médecin se doit d'être plus impliqué et d'utiliser le maillage de soutien qui s'est construit dans sa région au fil des années.

Le rôle du médecin généraliste auprès des femmes victimes de violences s'inscrit dans une relation de soins basée sur la confiance entre le médecin et sa patiente. La récente dérogation au secret médical rendue possible pour des victimes sous emprise et en situation de danger immédiat renforce le rôle du médecin généraliste mais pourrait altérer cette relation de confiance. La recherche du consentement de la patiente en cas de signalement judiciaire doit donc rester une priorité dans ce contexte.

Rappelons pour conclure que le rôle premier du médecin généraliste est de soigner ses patientes dans leur globalité, de les accompagner à chaque étape de leur vie, en prenant en considération les violences subies et leur vécu traumatique du mieux possible.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Garcia-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes - La violence exercée par un partenaire intime. Geneva: Organisation mondiale de la Santé; 2012. Report No.: WHO/RHR/12.36.
2. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. OHCHR. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
3. Organisation Mondiale de la Santé. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
4. Direction des Affaires criminelles et des Grâces. Guide de l'action publique : les violences au sein du couple. Ministère de la justice et des libertés; 2011 nov p. 101.
5. Garcia-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes - Le fémicide. Geneva: Organisation mondiale de la Santé; 2012. Report No.: WHO/RHR/12.38.
6. Revel-Delhom C. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Argumentaire scientifique. Haute Autorité de santé; 2019.
7. Hirigoyen MF. Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple. Oh ! éditions. 2005.
8. Walker LE. The Battered Woman. Perennial Library; 1980.
9. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021.
10. Jaspard M, Equipe ENVEFF. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Popul Sociétés. janv 2001;N°364:1-4.
11. Debauche A, Hamel C, Mazuy M, Brown E. Violences et rapports de genre: enquête sur les violences de genre en France. Paris: INED éditions; 2020. (Grandes enquêtes).
12. Délégation aux victimes. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple - 2021. Ministère de l'intérieur et des outre-mer; 2022 août.
13. Benaddou L. Lettre n°18 - Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2021. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof); 2022 nov.
14. Conseil de l'Ordre des sage-femmes 66, Observatoire des violences faites aux femmes du département des Pyrénées-Orientales. Enquête départementale sur les violences subies au cours de

la grossesse et de la vie. Perpignan; 2018 juin.

15. Association Mémoire Traumatique et Victimologie [Internet]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/>
16. Salmona M. Mémoire traumatique et conduites dissociantes. Traumas Résilience. 2012;
17. Salmona M. Comprendre et prendre en charge l'impact psychotraumatique des violences conjugales pour mieux protéger les femmes et les enfants qui en sont victimes. Violences Conjug Droit D'être Protégée. 2017;
18. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Istanbul; 2011.
19. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. Ministère de la santé; 2001 févr p. 47. (La Documentation française).
20. Séverac N. Les enfants exposés à la violence conjugale. Observatoire national de l'enfance en danger; 2012 déc.
21. Salmona M. Les enfants victimes de violences conjugales, conséquences psychotraumatiques vignettes cliniques et témoignages. 2020;
22. Howell KH, Barnes SE, Miller LE, Graham-Bermann SA. Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. J Inj Violence Res. 1 janv 2016;43-57.
23. Cavalin C, Maïté Albagly Marc Nectoux Claude Mugnier. Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012. 2014; Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.1.4197.3526>
24. Gourbail L. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Recommandations de bonnes pratiques. Haute Autorité de santé; 2019.
25. Gourbail - 2019 - Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Comment agir.pdf.
26. Gourbail - 2019 - Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Comment repérer.pdf.
27. Service de presse de Matignon. Dossier de presse - Clôture du Grenelle Contre les violences Conjugales. 2019.
28. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042193510/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510/)
29. Ministère de la justice, Haute Autorité de Santé, Conseil national de l'ordre des médecins. Secret médical et violences au sein du couple - Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal.

30. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019. Violences conjugales et signalement. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/violences-conjugales-signalement>
31. Gresy B, Durand E, Ronai E. Violences conjugales - Garantir la protection des femmes victimes et de leurs enfants tout au long de leur parcours. Paris: Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes; 2020 oct. Report No.: 2020-09-22 VIO-43.
32. Violences conjugales : « Lever le secret médical sans accord contribuerait à la perte d'autonomie de la patiente ». Le Monde.fr [Internet]. 21 juill 2020; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/07/21/violences-conjugales-lever-le-secret-medical-sans-accord-contribuerait-a-la-perte-d-autonomie-de-la-patiente\\_6046801\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/07/21/violences-conjugales-lever-le-secret-medical-sans-accord-contribuerait-a-la-perte-d-autonomie-de-la-patiente_6046801_3232.html)
33. Dr Gilles Lazimi : « Dénoncer des faits contre l'avis des femmes, une seconde agression » | L'Humanité. Humanite.fr [Internet]. 19 nov 2019; Disponible sur: <https://www.humanite.fr/societe/violences-conjugales/dr-gilles-lazimi-denoncer-des-faits-contre-lavis-des-femmes-une-seconde>
34. MIPROF. Outils de formation sur les violences au sein du couple | Arrêtons les violences [Internet]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple#download-form>
35. Malhanche P. Déclic Violence. L'essentiel à connaître sur les violences conjugales. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/p/lessentiel-a-connaître-sur-les-violences-conjugales>
36. Gonzalez-Demichel C. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019. Paris: Service statistique ministériel de la sécurité intérieure; 2019 déc p. 242.
37. Magret J. Repérage des violences en médecine générale : du symptôme au diagnostic. Aborder les violences en médecine générale : approches et techniques de communication. Université de Poitiers; 2019.
38. Ledoux A. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque. Université de Bordeaux; 2018.
39. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.
40. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2012. 424 p. (Collection U).
41. Coutanceau R, Salmona M. Violences conjugales et famille. Paris: Dunod; 2016. 288 p. (Psychothérapies).
42. Riobé J. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste: étude AVIC-MG dans les départements des Bouches du Rhône, du Var, du Vaucluse, des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes. 2020.

43. Durand L. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste: étude AVIC-MG dans le département du Finistère. 2021.
44. Peyrelongue M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste: étude AVIC-MG en Aquitaine. 2020.
45. Gilot H. Les femmes victimes de violences conjugales qu'attendent-elles de leur médecin généraliste ? Une étude qualitative. Université de Montpellier; 2016.
46. Bracq, Ségolène L. Quelles sont les attentes des victimes de violences conjugales concernant leur médecin généraliste ? Université de Rouen; 2020.
47. Aublet-Cuvelier M, Cotro J. La levée du secret médical dans le cadre des violences conjugales, le point de vue des médecins généralistes en Isère. Université Grenoble Alpes; 2022.
48. Milliez R. La place du médecin généraliste dans le parcours socio-judiciaire des femmes victimes de violences conjugales, dans les Pyrénées-Orientales. Université de Montpellier; 2022.
49. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Di Tanna GL, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev. 31 mai 2021;2021(5).

## 1. Outil d'aide au repérage des violences conjugales

### Outil d'aide au repérage des violences conjugales

Novembre 2022

Médecins généralistes, vous jouez un rôle-clé dans le **repérage des violences**. Pensez à **dépister toutes vos patientes** pour savoir si elles ont vécu ou vivent des violences conjugales, même en l'absence de signe d'alerte.

**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Consultez  
la recommandation



#### Pourquoi dépister ?

- **Vos patientes sont concernées :** sur 10 patientes vues, 3 à 4 femmes pourraient être victimes de violences conjugales<sup>1</sup>.
- En tant que médecin généraliste **vous êtes les interlocuteurs privilégiés des femmes** et les premiers acteurs à qui elles s'adressent, avant les forces de l'ordre et les associations<sup>2</sup>.
- **Le dépistage systématique, ça marche :** vous avez 3 fois plus de chances de dépister des violences en posant directement la question<sup>3</sup>.
- **Les violences constituent un risque pour la santé des femmes** qui doit être évalué de manière systématique, indépendamment du milieu social.

#### Quand et comment dépister ?

**Questionnez toutes vos patientes** lors de l'anamnèse comme vous le faites pour les antécédents médicaux ou la consommation de tabac. N'hésitez pas à **reposer la question ultérieurement** en cas de grossesse ou de séparation.



Aborder le sujet peut vous paraître difficile. Vous pouvez **poser la question en vous aidant des exemples suivants** ou en les reformulant avec vos propres mots :

- comment ça se passe à la maison/avec votre partenaire ?
- pensez-vous avoir subi des violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ?

8 femmes sur 10 pensent qu'il est normal d'aborder ces questions avec son médecin<sup>4</sup>.

Pour normaliser le sujet, vous pouvez **préciser que vous abordez cette question avec toutes vos patientes**.

La prise de conscience et le départ définitif d'une victime découlent d'un long cheminement. Respectez le rythme de la patiente et ne vous découragez pas !

#### Que faire en cas de violences ?

- **Écouter votre patiente de manière bienveillante**, lui rappeler qu'elle n'est pas seule, que les faits de violences sont punis par la loi et qu'elle peut porter plainte.
- **Compléter le dossier médical avec vos observations**. Proposer si besoin un 2<sup>e</sup> rendez-vous pour en reparler.
- **Proposer un accompagnement à votre patiente**, sans la presser à prendre une décision immédiate.

#### Proposer un accompagnement :

##### Médical/psychologique

- **15** : Urgences médicales (SAMU)
- **114** : Urgences par sms (sourds et malentendants)
- Unité médico-judiciaire
- Psychologue, psychiatre
- Pédiatre (si enfants présents)

##### Social

- **115** : Hébergement d'urgence
- **3919** : Violences Femmes Info
- Associations locales : [arretonslesviolences.gouv.fr](http://arretonslesviolences.gouv.fr)

##### Judiciaire/juridique

- **17** : Gendarmerie, police
- Accès au droit et informations juridiques : [fncidff.info](http://fncidff.info)



Si vous avez besoin d'aide, appelez le **3919**, une ligne est dédiée aux professionnels de santé.

Et pour plus de ressources, consultez [arretonslesviolences.gouv.fr](http://arretonslesviolences.gouv.fr), [decliviolence.fr](http://decliviolence.fr) ou le [vade-mecum sur le secret médical](#) (ministère de la Justice).

1. decliviolences.fr 2. Haute Autorité de Santé (2019). Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Argumentaire scientifique. Saint-Denis La Plaine. 3. O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane database of systematic reviews.(7) 4. Palisse, M. (2013). Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Médecine humaine et pathologie.

## 2. Dépliant du Conseil Départemental des Pyrénées-Orientales et violentomètre

**VOUS ÊTES VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES ?**  
« Mais quand je lui dis que je ne veux plus, mon conjoint me force à avoir des relations sexuelles... »  
« Quand il s'énerme, il jette tout dans la maison et déchire mes vêtements... »  
« Mon conjoint me dit que je suis mûche et bonne à rien, je m'enfonce dans le lit et il me frappe... »  
« Quand il me reproche quelque chose, il me frappe et me dit que je suis mûche et bonne à rien, il me frappe... »

**VOUS POUVEZ ÊTRE aidée et protégée.**  
Vous savez des droits.

**LES ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES POUR VOUS ACCOMPAGNER...**  
LES FAMILLES COPRI 60  
LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES  
LES FAMILLES COPRI 60  
LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES  
LES FAMILLES COPRI 60  
LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

**DES ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES POUR VOUS ACCOMPAGNER...**  
LES FAMILLES COPRI 60  
LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES  
LES FAMILLES COPRI 60  
LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

**NE RESTEZ PAS PARLEZ-EN !**  
Pour des informations, des conseils, un accompagnement, un hébergement, un accompagnement psychologique, un accompagnement juridique, contactez les associations spécialisées existantes dans votre département...  
Les services suivants sont gratuits et confidentiels. Contactez-les !

**UN ACCUEIL DE JOUR SPÉCIALISÉ**  
L'ÉCOLE - APPEL  
Sociétés des Maisons  
Associations de victimes  
Associations de victimes  
Associations de victimes

**DES SERVICES DE SANTÉ**  
Prise en charge spécialisée au SAMU  
Services de santé  
Services de santé  
Services de santé

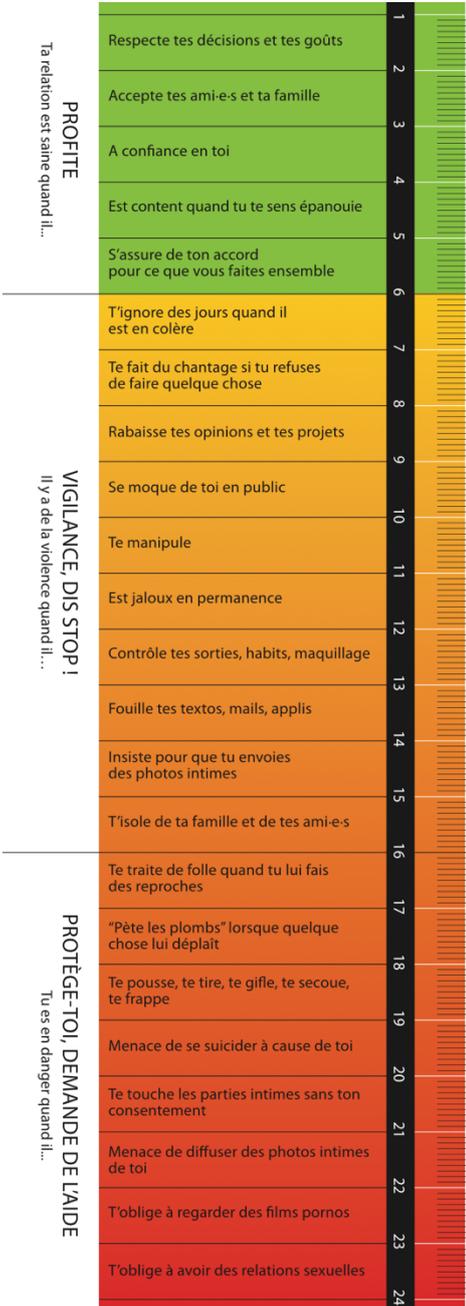
**DES TRAVAILLEURS SOCIAUX**  
LES MAISONS SOCIALES DE  
LES MAISONS SOCIALES DE  
LES MAISONS SOCIALES DE

**VOUS POUVEZ ÊTRE PROTÉGÉE :**  
Avec l'ordonnance de protection  
Avec l'ordonnance de protection  
Avec l'ordonnance de protection

**PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE**  
Tu es en danger quand il...  
Protège-toi, demande de l'aide  
Protège-toi, demande de l'aide

**VIGILANCE, DIS STOP !**  
Il y a de la violence quand il...  
Vigilance, dis stop !  
Vigilance, dis stop !

**PROFITE**  
Ta relation est saine quand il...  
Profite  
Profite



### 3. Formulaire d'information

#### FORMULAIRE D'INFORMATION

Madame,

Je m'appelle Karine Mathon, je suis Médecin Généraliste et je réalise actuellement un travail de thèse sur l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.

**Le but de cette étude est d'analyser le parcours des femmes étant ou ayant été victimes de violences conjugales, afin de l'améliorer.**

Dans ce contexte, je souhaiterais vous rencontrer afin d'échanger avec vous sur ce sujet et sur votre expérience.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude et quels sont vos droits.

Vous pourrez prendre le temps de lire et comprendre ces informations afin de réfléchir à votre participation. N'hésitez pas à me demander des informations complémentaires, précision ou éclaircissement.

#### **DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE**

L'étude consistera en un entretien individuel lors d'un créneau horaire que nous aurons fixé au préalable en fonction de nos disponibilités respectives. Il pourra se dérouler à l'Escale si vous le souhaitez.

Cet entretien fera l'objet d'un enregistrement vocal par le biais d'un dictaphone ou d'un téléphone.

Les données seront d'abord retranscrites mot à mot, puis analysées.

Vous pourrez refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes.

Vous pourrez également vous retirer de l'étude à tout moment sans conséquence.

Les propos recueillis seront utilisés aux seules fins de cette étude.

Le déroulé de cette étude et le guide d'entretien ont été soumis et validés par un Comité d'Éthique.

#### **CONFIDENTIALITÉ**

Toutes les informations recueillies pendant cette étude vous concernant seront traitées de façon **confidentielle et anonyme**. Toutes les données enregistrées seront **détruites** à la fin de l'étude.

Les résultats de l'étude pourront vous être communiqués en fin d'étude si vous le souhaitez.

#### **COORDONNÉES**

Karine MATHON  
06.33.77.88.60  
[karine.mathon@gmail.com](mailto:karine.mathon@gmail.com)

#### **INFORMATION RELATIVE A LA PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL**

Les informations recueillies dans le cadre de cette étude font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel, dont le responsable est l'université de Montpellier (163, rue Auguste Broussonnet, 34090 Montpellier).

Les finalités de ce traitement de données sont les suivantes : améliorer l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales en Médecine Générale.

Vous êtes informée que, sans votre consentement, l'université de Montpellier n'utilisera pas vos informations pour réaliser cette étude.

Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission de service public, à savoir la mise en œuvre d'un projet de recherche.

Les données à caractère personnel recueillies ici sont conservées jusqu'à la soutenance de la thèse ou jusqu'à un an après sa publication et sont destinées à Karine MATHON, investigateur de l'étude et François OLIVET, directeur de thèse.

Conformément au règlement général sur la protection des données (règlement européen no 2016-679-UE du 27 avril 2016) et à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi no 78-17 du 6 janvier 1978) modifiée, vous disposez :

- Des droits d'accès, de rectification et d'effacement de vos données à caractère personnel ;
- Du droit de retirer votre consentement pour l'avenir ;
- Des droits de limitation et d'opposition au traitement de vos données à caractère personnel.

Pour exercer ces droits et/ou signaler toute anomalie, vous pouvez contacter l'investigateur de cette étude.

Par ailleurs, vous pouvez, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

#### 4. Tableau de recensement

DEPARTEMENT	TYPE	NOM de la STRUCTURE	NOM de la personne	TYPE de SERVICES proposés et/ou PROFESSIONNELS présents dans la structure	ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE	NUMERO de TELEPHONE	HORAIRES	Permanences dans d'autres lieux	ELEMENTS SUPPLEMENTAIRES
66 - Pyrénées Orientales	Référent hospitalier "violences faites aux femmes"	Passer-Elles	Dr Béatrice Koninck (Gynécologue)	Consultations dédiées Lien Ville-Hopital	20 avenue du Languedoc	66000	Perpignan	04 68 61 70 22	Consultation les après-midi		passerelle@ch-perpignan.fr
66 - Pyrénées Orientales	Déléguée aux droits des femmes et à l'égalité femmes-hommes	Préfecture des Pyrénées Orientales	Pascaline Robert-Clément	Mise en application des mesures du grenelle, en lien avec l'observatoire des violences faites aux femmes, soutien aux associations locales	24, quai Sadi Carnot	66000	Perpignan	04 68 35 73 11			pascaline.robert-clément@pyrenees-orientales.gouv.fr
66 - Pyrénées Orientales	Chargé de mission égalité femmes-hommes et lutte contre les discriminations	Conseil départemental des Pyrénées Orientales	Céline Florimond	Coordination de projet de formation et de sensibilisation, réalisation d'enquête en lien avec l'observatoire des violences faites aux femmes du département.	24, quai Sadi Carnot	66000	Perpignan	04 68 85 80 83			celine.florimond@cd66.fr
66 - Pyrénées Orientales	Référent départemental pour les violences conjugales Association d'aide aux victimes de violences conjugales	CIDFF 66 - Centre d'information sur les droits des femmes et des familles de Perpignan	Christine Simon (juriste et référente violence)	Accueil, écoute et accompagnement spécifique des femmes victimes de toutes formes de violences par une équipe pluridisciplinaire : juristes, conseillère emploi-formation, psychologue	52, rue Maréchal Foch	66000	Perpignan	04 68 51 16 37	Lundi au vendredi : 8h - 17h	Centre hospitalier - MSP Céret, Elne et Prades - MJC Thuir - Centres sociaux des quartiers de Perpignan.	cidff66@orange.fr https://pyreneesorientales.cidff.info/
66 - Pyrénées Orientales	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	APEX 66 Accueil de jour : L'ESCALE	Christine Guillaumes (coordinatrice)	Accueil de jour (seul labélisé par le département) pour victimes de violences conjugales Formation professionnelle continue - Permanence pour adolescents exposés - Prévention auprès des jeunes - Groupes de paroles - Entrétiens individuels - Cours de self défense	7, rue des Rouges-Gorges	66000	Perpignan	04 68 63 50 24	Lundi : 12h - 17h Mardi au jeudi : 9h - 17h Vendredi : 14h - 17h	MSP de Céret, Elne, Prades, Font Romeu, Rivesaltes, Thuir	https://www.violences-conjugales.org/ apex.adivad@orange.fr
66 - Pyrénées Orientales	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	Le planning familial		Permanence d'accueil des victimes de violences	25 avenue Julien Panchot	66000	Perpignan	04 68 51 09 68	Mercredi 14h - 17h Vendredi 9h - 14h		
66 - Pyrénées Orientales	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	Femmes solidaires de Perpignan		Campagne nationale et internationales de sensibilisation sur les droits des femmes - permanences d'écoute pour conseiller, orienter et accompagner les femmes dans leurs démarches - intervention dans le monde éducatif - Partie civile dans les procès relatifs aux violences faites aux femmes				04 34 12 49 44 07 75 28 21 83			https://femmes-solidaires.org femmes.solidaires66@laposte.net
66 - Pyrénées Orientales	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	Soroptimist		Programme d'éducation de prévention pour la lutte contre les violences, l'accès à l'éducation etc	Restaurant la 7e Vague, Avenue du Docteur Parcéc	66000	Perpignan				perpignan@soroptimist.fr https://perpignan.soroptimist.fr
66 - Pyrénées Orientales	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	En avant toute(s)		Création d'un site internet pour informer sur le viol conjugal Création d'un tchat pour échanger avec des professionnels					Tchat ouvert du Lundi au Jeudi : 10h-00h et les vendredi et samedi 10h-21h		
66 - Pyrénées Orientales	Association d'aide aux victimes de violences conjugales	L'ACAL : Association Catalane d'Action et de Liaison	Magali Lacroix (Directrice adjointe du pôle famille et isolés)	Accueil, accompagnement et orientation des femmes	Sûège social : 6 Boulevard John Fitzgerald Kennedy	66000	Perpignan	04 68 68 20 50			http://acal.asso.fr/ acal@acal.asso.fr

66 - Pyrénées Orientales	Hébergement d'urgence	L'ACAL => Le Seuil			Hébergement d'urgence pour femmes victimes de violences Equipe pluridisciplinaire sur place : assistante sociale, éducateur etc Hébergement pour demandeurs d'asile	42 boulevard Aristide Briand	66000	Perpignan	04 68 66 09 03	Accueil physique en semaine : 9h-12h / 14h-17h WE : sur RDV Téléphone : 7/7/24h	seuil@acal.asso.fr
66 - Pyrénées Orientales	Hébergement d'urgence	L'ACAL => Centre maternel Le Rivage	Clémence Chivot (psychologue)		Hébergement d'urgence pour : Femmes enceintes de plus de 7 mois, femmes ou couples avec enfants de moins de 3 ans : 12 appartements, durée de 3 mois renouvelable Equipe pluridisciplinaire sur place : assistante sociale, éducateur de jeune enfant, puéricultrice, psychologue	62 rue Pascal Marie Agasse	66000	Perpignan	04 68 35 17 00	24h/24h 7/7/7	rivage@acal.asso.fr
66 - Pyrénées Orientales	Structure de soins	Centre de Plannification et d'Education Familiale des Pyrénées Orientales	Marie-Josée Maguer (Sage-femme)		Accueil et accompagnement des femmes victimes de violences. Accompagnement médical, suivi de contraception etc.	25 rue Petite la Nonnale	66000	Perpignan	04 30 19 25 88	Accueil téléphonique du lundi au vendredi (9h-12h, 14h-16h30) Consultation en accès libre sur les horaires d'ouverture	Consultations dans les maisons sociales de proximité du département, à la maison des adolescents, et à l'université marie-josee.maguer@cd66.fr mfpf66@aol.com
66 - Pyrénées Orientales	Structure de soins	Services d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Perpignan	Dr Ortega		Soins assurés 24h/24	20 avenue du Languedoc	66046	Perpignan	04 68 61 66 43 Service Social : 04 68 61 66 18	04 68 61 66 43 24h/24h 7/7/7	
66 - Pyrénées Orientales	Services médico-judiciaires	Unité Médico-Judiciaire du Centre Hospitalier de Perpignan	Dr. Cecile LEBERRE		Consultations de psychotraumatisme assurées par des psychologues Consultations de médecine légale Signalement des violences - demande d'ordonnance de protection			Perpignan	04 68 61 77 50	Lundi au vendredi + astreintes	sm@ch-perpignan.fr
66 - Pyrénées Orientales	Services judiciaires	Tribunal de grande instance (TGI)	Jean-David Cavallé (Procureur de la République)		Cellule pluriprofessionnelle d'accompagnement et de suivi des dossiers des victimes de violences	Place Arago	66020	Perpignan	04 30 19 61 00	Lundi au Vendredi : 08h30 - 12h00 et 13h30 - 17h00	accueil-perpignan@justice.fr Signalement : sectcrj-perpignan@justice.fr
66 - Pyrénées Orientales	Services judiciaires	France Victimes 66 - ADAVIP	Maïssa Aguilár (psychologue)		Accompagnement juridique et psychologique des personnes victimes d'infractions pénales, qu'une procédure judiciaire soit engagée ou pas. Interventions extérieures aux fins de prévention de la délinquance. Action de sensibilisation / Formation auprès de divers publics.	28 Avenue du Général de Gaulle	66000	Perpignan	04 68 34 92 37	8h-12h et 14h-17h	• Bureau d'Aide aux Victimes au sein du Tribunal de Grande Instance à Perpignan • Maison de Justice et du Droit • Prades, Céret, Rivesaltes et La Tour de France sur RDV • A domicile • Maisons de quartier : Haut Vermet, Vermet Salanque, Bas vermet, Eline. https://www.france-victimes66.fr adavip66@orange.fr contact@france-victimes66.fr
66 - Pyrénées Orientales	Services judiciaires	Conseil Départemental de l'Accès au Droit (CDAD)	Maison d'accès au droit Maison de la justice et du droit		RDV gratuits avec des professionnels du droit	1 rue de la savonnerie 210 avenue du Languedoc	66000	Perpignan	04 68 66 34 56	Lundi au vendredi : 8h30-12h et 14h-17h	https://www.cdad66.com cdad.pyrenees-orientales@justice.fr
66 - Pyrénées Orientales	Ordre des avocats	Barreau des Pyrénées Orientales			Aide juridique Numéro vert victimes 7/7, 24h/24	Palais de justice CS 40017 6 place Arago	66000	Perpignan	04 68 68 54 60	Lundi au vendredi : 8h30-12h30 et 13h30-17h	https://www.avocats-pyrenees-orientales.com/fr
66 - Pyrénées Orientales	Travailleurs sociaux	Commissariat de Police	Mme Demazure		Assistants sociales formées à la problématique des violences conjugales	31 avenue de Grande Bretagne	66000	Perpignan	04 68 35 71 23		
66 - Pyrénées Orientales	Travailleurs sociaux	Gendarmeries du département	Mme Andrieux						04 68 66 44 31		
66 - Pyrénées Orientales	Services destinés aux enfants	Enfance en danger - N° VERT 24h/24h 7/7/7				National			06 19 86 56 71		
									119		

66 - Pyrénées Orientales	Services destinés aux enfants	Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)		Recueil des informations préoccupantes	2 rue Joseph Sauvy	66000	Perpignan	04 68 85 87 22	Lundi au vendredi : 9h - 12h et 14h-17h	crip66@cd66.fr
66 - Pyrénées Orientales	Services destinés aux enfants	Association "Il faudra leur dire"		Permanences - groupes de parole - actions de prévention en milieu scolaire - actions de sensibilisation auprès des adultes - événement annuel : le village des droits de l'Enfant	3 rue Déodat de Séverac	66000	Perpignan	07 81 10 71 17 04 68 07 30 16	mardi : 14 h à 17 h le mercredi 9h-12h du mercredi au vendredi de 9 h à 12 h et 14 h à 17 h un samedi par mois de 9 h à 13 h	ilfaudraleurdire66@gmail.com https://www.ilfaudraleurdire.fr/
66 - Pyrénées Orientales	Services destinés aux enfants	Parenthèse		Point d'Accueil Ecoute Jeune Accueil pour jeunes de 12 à 25 ans, espace de parole, Entretiens psychologiques et éducatifs (individuels et familiaux) Accueil et écoute des parents en difficulté avec leur ado	37, boulevard Clemenceau	66000	Perpignan	04 68 35 01 09	•Elne - Espace Gavroche, psychologue le mercredi 9h-12h •Argèles sur Mer : maïlre, éducatrice le mercredi 14h-17h •Le Point d'Aide Psychologique Universitaire : mardi après midi et jeudi journée	association.parenthese66@orange.fr
66 - Pyrénées Orientales	Services destinés aux enfants	De Maux en mot			Bat Chefdeblein, bd de la Gare	66500	Pradès	04 68 96 56 92 06 14 50 21 07	Mercredis, jeudis, vendredis 9h – 12h / 13h30 – 17h	
66 - Pyrénées Orientales	Services destinés aux enfants	Maison des adolescents		Accueil des jeunes, intervention de professionnels multiples : psychologue, sage-femme, avocat, infirmier, éducateur, médiateur familial, conseiller en information jeunesse, conseillère conjugale et familiale, conseillère en économie sociale et familiale, infirmière du CeGIDD	37 Avenue Alfred SAUVY	66000	Perpignan	04 30 44 87 16	Lundi de 9h à 12h – 14h à 18h Mardi de 9h à 12h – 14h à 17h (Accueil téléphonique) Mercredi de 9h à 12h – 13h à 18h Jeudi de 9h à 12h – 14h à 18h Vendredi de 9h à 12 – 14h à 18h	Ceret Saint-Paul de Fenouiller contact@mda66.fr
66 - Pyrénées Orientales	Structure pour les hommes violents et/ou victimes	CPCA SUD - Centre de prise en charge des Auteurs de violences conjugales => mission gérée par APEX 66		Permanence pour les auteurs de violence (volontaire ou imposée par décision de justice) Accueil des hommes victimes		66000	Perpignan	06 44 93 00 46		cpcasud@aers-asso.fr www.cpcas-sud.fr
66 - Pyrénées Orientales	Services sociaux	Maisons Sociales de Proximité Circonscriptions d'action médico-sociale Centres communaux d'action sociale		Rendez vous avec travailleurs sociaux du départements			Perpignan Conflent Cerdagne Capcir Vallespir Agly Côte Vermelle Aspres Riberat	04 68 08 38 00 (nord) 04 68 86 69 00 (sud) 04 68 96 68 00 04 68 30 19 58 04 68 87 50 80 04 68 64 76 29 04 68 95 35 10 04 68 53 69 55		

## 5. Guide d'entretien

### Guide d'entretien

#### **Question de recherche :**

Quel accompagnement les femmes victimes de violences conjugales dans les Pyrénées Orientales attendent-elles de la part de leur médecin généraliste ?

#### **INTRODUCTION**

Bonjour, je m'appelle Karine Mathon, je suis Médecin Généraliste et je réalise actuellement un travail de thèse sur l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.

C'est dans ce contexte que j'ai souhaité vous rencontrer afin d'échanger avec vous sur ce sujet et sur votre histoire. Je sais que vous avez subi des violences intra-familiales et que cela peut être difficile pour vous d'en parler.

Je vous remercie d'accepter cet entretien pendant lequel je vais vous poser quelques questions. Vous êtes libres de me dire tout ce que vous voulez, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, et vous pouvez interrompre cet entretien à tout moment.

Bien sûr tout ce qui se dira ici sera confidentiel et anonyme. L'enregistrement audio me servira à retranscrire l'intégralité de l'entretien et ne sera pas conservé après la fin de l'étude.

Je vous remettrai à la fin un court questionnaire afin d'en savoir un peu plus sur vous, et un formulaire de consentement à signer.

Avez-vous des questions sur la fiche d'informations que vous avez pu lire ou sur ce que je viens de vous dire avant que nous commençons ?

1. **A qui avez-vous parlé pour la première fois des violences que vous subissez ou avez subi ?**

2.

A) *Interlocuteur = médecin généraliste* : **Qu'est ce qui a déclenché cette confiance selon vous ?**  
⇒ QUESTION 3

B) *Interlocuteur ≠ médecin généraliste* : **Aviez-vous pensé à évoquer ces violences avec votre médecin généraliste ?**

a) *Oui* : **A quelle occasion en avez-vous parlé avec lui ?**  
⇒ QUESTION 3

b) *Non à la question B) ou "jamais" à la question a)* : **Pourquoi ?**  
⇒ QUESTION 5

3. **Quelle a été l'attitude de votre médecin généraliste ?**

4. **Comment vous a-t-il accompagnée dans la durée ?**

5. **Quelles difficultés avez-vous rencontré pendant votre parcours ?**

6. **Dans quelle mesure l'intervention de votre médecin généraliste a-t-elle pu ou aurait-elle pu faciliter les choses ?**

7. **Quels conseils donneriez-vous à un médecin généraliste pour mieux prendre en charge les femmes victimes de violences ?**

8. Depuis le Grenelle contre les violences conjugales de 2019, une nouvelle dérogation au secret médical est entrée en vigueur. Cette dérogation, prévue par la loi du 30 juillet 2020, modifie les dispositions du code pénal dans le sens suivant : lorsqu'une victime de violences conjugales se trouve en situation de danger immédiat et est sous emprise, le professionnel de santé peut désormais déroger à son obligation de secret pour en informer les autorités compétentes.

**Qu'en pensez-vous ?**

#### **CONCLUSION**

**Remise du questionnaire et du consentement**

## 6. Consentement et questionnaire d'information

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, soussignée .....donne mon consentement à participer au travail de thèse sur les violences conjugales réalisé par Karine MATHON, en effectuant cet entretien. Je consens au traitement de mes données à caractère personnel par Karine MATHON.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie de la note d'information décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement des données. J'ai également été informée du fait qu'aucune donnée directement identifiant me concernant ne figurera dans la thèse produite.

J'autorise Karine MATHON à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous avons ce jour pour les besoins de son étude.

Je reconnais avoir été informée que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

Fait à ..... , le / /

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

### QUESTIONNAIRE D'INFORMATION

N° :

Initiales patientes (Prénom-Nom) :

Date :

1) Quel est votre âge ?

2) Quelle est votre profession ?

3) Êtes-vous :

- Célibataire
- En couple / en concubinage
- Mariée
- Pacsée
- Divorcée
- Autre :

4) Avez-vous des enfants ? Si oui combien ?

5) Avez-vous un médecin traitant ?

Si oui, depuis combien de temps êtes-vous suivie par ce médecin ?

Si non, pourquoi ?

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

*Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.*

## RESUME

**Titre :** Violences conjugales dans les Pyrénées Orientales : Quelles sont les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste ?

**Introduction :** En France, une femme sur dix est victime de violences conjugales. Les dernières recommandations et législations confèrent au médecin généraliste un rôle central dans la prise en charge des violences conjugales. L'objectif principal de notre étude est de décrire et comprendre les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste dans les Pyrénées Orientales. Notre objectif secondaire est de recueillir l'avis des femmes victimes face à la dérogation au secret médical.

**Méthode :** Nous avons mené une étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, recrutées via des associations d'aide aux victimes. Nous avons en parallèle confectionné une cartographie des structures d'accueil existantes dans les Pyrénées Orientales.

**Résultats :** Le médecin généraliste intervient peu dans le parcours des femmes interrogées. Il est peu impliqué et peu sollicité par les victimes lors de la révélation des violences et lors de leur accompagnement, excepté pour la rédaction de certificats médicaux ou la prescription de médicaments. Les femmes interrogées attendent du médecin qu'il dépiste les violences et qu'il coordonne leur parcours de soins. Les avis des participantes sur la dérogation au secret médical divergent, mais la plupart sont contrariées par la possibilité de s'affranchir du consentement des victimes.

**Discussion :** La meilleure implication du médecin généraliste nécessite une formation précoce ainsi que l'intégration d'un réseau établi par les professionnels de son territoire.

**Conclusion :** Le vécu traumatique des femmes ayant subi des violences conjugales est à considérer comme un antécédent médical à part entière par le médecin généraliste qui coordonne les soins.

**Mots clés :** *Violences conjugales, Femmes victimes de violences, Dépistage, Accompagnement, Parcours de soins, Médecin généraliste, Secret médical.*

## THESE DE MEDECINE GENERALE

**Titre :** Violences conjugales dans les Pyrénées Orientales : Quelles sont les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste ?

**Introduction :** En France, une femme sur dix est victime de violences conjugales. Les dernières recommandations et législations confèrent au médecin généraliste un rôle central dans la prise en charge des violences conjugales. L'objectif principal de notre étude est de décrire et comprendre les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste dans les Pyrénées Orientales. Notre objectif secondaire est de recueillir l'avis des femmes victimes face à la dérogation au secret médical.

**Méthode :** Nous avons mené une étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, recrutées via des associations d'aide aux victimes. Nous avons en parallèle confectionné une cartographie des structures d'accueil existantes dans les Pyrénées Orientales.

**Résultats :** Le médecin généraliste intervient peu dans le parcours des femmes interrogées. Il est peu impliqué et peu sollicité par les victimes lors de la révélation des violences et lors de leur accompagnement, excepté pour la rédaction de certificats médicaux ou la prescription de médicaments. Les femmes interrogées attendent du médecin qu'il dépiste les violences et qu'il coordonne leur parcours de soins. Les avis des participantes sur la dérogation au secret médical divergent, mais la plupart sont contrariées par la possibilité de s'affranchir du consentement des victimes.

**Discussion :** La meilleure implication du médecin généraliste nécessite une formation précoce ainsi que l'intégration d'un réseau établi par les professionnels de son territoire.

**Conclusion :** Le vécu traumatique des femmes ayant subi des violences conjugales est à considérer comme un antécédent médical à part entière par le médecin généraliste qui coordonne les soins.

**Mots-clés :** *Violences conjugales – Femmes victimes de violences – Dépistage – Accompagnement – Parcours de soins – Médecin généraliste – Secret médical.*

\*\*\*\*\*

**Title :** Domestic violence in the Pyrénées Orientales : What are the expectations of women victims of domestic violence towards their general practitioner?

**Introduction :** In France, one in ten women is a victim of domestic violence. The latest recommendations and legislation give the general practitioner a central role in the management of domestic violence. The main objective of our study is to describe and understand the expectations of women victims of domestic violence towards the general practitioner in the Pyrénées Orientales. Our secondary objective is to gather the opinions of women victims of domestic violence regarding the exemption from medical confidentiality.

**Methods :** We conducted a qualitative study using individual semi-directed interviews with 11 women victims of domestic violence, recruited through victim support associations. In parallel, we drew up a map of existing reception structures in the Pyrénées Orientales.

**Results :** General practitioners do not intervene much in the care of the women interviewed. They are not very involved and not very solicited by the victims when they reveal the violence and when they are accompanied, except for writing medical certificates or prescribing medication. The women interviewed expect the doctor to detect the violence and coordinate their care. The participants' opinions on the waiving of medical confidentiality were mixed, but most were upset about the possibility of waiving the victims' consent.

**Discussion :** The better involvement of the general practitioner is through early training and the integration of a network made up of professionals in the area.

**Conclusion :** The traumatic experience of women who have suffered domestic violence must be considered as a medical history in its own right by the general practitioner who coordinates the treatment.

**Keywords :** *Domestic violence – Abused Women – Screening – Accompaniment – Health care pathway – General practitioner – Medical confidentiality*