



Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative

Hélène Canuet¹, Isabelle Belin², Guillaume Henry³

exercer 2010;92:75-81.

c_helene_1@hotmail.com

Contexte. Les violences conjugales sont un problème de santé publique dans lequel le médecin généraliste a un rôle important à jouer. Les objectifs de l'étude étaient triples : analyser les représentations des médecins sur le phénomène de violence conjugale, établir un état des lieux de la prise en charge de la femme victime, et évaluer le ressenti des médecins face aux violences conjugales.

Méthode. Étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés avec des médecins généralistes de Basse-Normandie.

Résultats. 21 médecins ont été interviewés. Leurs représentations des violences conjugales étaient proches de celles de la population générale. L'écoute était essentielle pour les médecins, mais elle était entachée d'un sentiment d'impuissance. Ils étaient mal à l'aise devant les violences conjugales. Ce malaise s'exprimait par le doute, la méfiance, le sentiment d'impuissance et la banalisation. Les difficultés étaient centrées sur l'ambivalence de la femme victime, les contraintes de l'exercice, mais peu sur les barrières personnelles des médecins.

Conclusion. Une sensibilisation des médecins paraît nécessaire pour améliorer la prise en charge des femmes victimes. Elle doit passer par une formation, axée non seulement sur l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques, mais aussi sur le développement d'un savoir-être devant les violences conjugales. Les médecins généralistes sont mal à l'aise dans les consultations avec les patientes victimes de violences conjugales.

1. Assistant CRRF, Le Normandy Granville, UFR Caen

2. Médecin remplaçant

3. Département de médecine générale, UFR Caen

Introduction

La violence conjugale est « un processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce, dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par des agressions physiques, psychologiques, sexuelles, économiques. Elle se distingue du simple conflit entre époux ou concubins par le caractère inégalitaire de la violence exercée par l'un des deux partenaires qui veut dominer, asservir, humilier l'autre »¹.

La violence conjugale est considérée comme un problème de santé publique. L'enquête ENVEFF² a fourni les premiers chiffres « officiels » en France : 1 femme sur 10 est victime de violences conjugales. Les conséquences sur la santé des femmes sont nombreuses : traumatiques, psychiatriques, gynécologiques, létales^{3,4}. Les publications récentes^{1,5} ont pointé le rôle important du médecin dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes. Elles ont aussi souligné la mauvaise connaissance du phénomène par les médecins et leur vécu difficile⁴. La présente étude a tenté d'explorer ces données en

évaluant les représentations qu'ont les médecins généralistes du phénomène de violence conjugale, la prise en charge de la femme victime, et leur ressenti face à ce phénomène.

Méthode

La présente étude a utilisé la technique des entretiens individuels semi-dirigés⁶. Un guide d'entretien (encadré 1) a préalablement été construit. Il contenait les grandes thématiques liées au sujet : définition des violences conjugales, facteurs favorisants, la femme victime, le dépistage et la prise en charge d'une femme victime, le ressenti des médecins. Le recrutement était basé sur le principe de l'échantillonnage raisonné, cherchant à obtenir un ratio hommes/femmes équilibré et des secteurs géographiques socialement différents dans les départements de la Manche et du Calvados. 21 médecins généralistes ont été interviewés par 2 personnes entre janvier et juin 2006. Ils ont été choisis soit au hasard dans l'annuaire soit dans le

Mots-clés

Connaissance

Violence domestique

Épouse maltraitée

Médecine générale

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

**Définition des violences conjugales**

Idée de la fréquence (dans la population, au cabinet médical)

Types de violences rencontrés

Notion de cycle de la violence

Notions de conflit conjugal et de violences conjugales

Facteurs favorisant/protégeant des violences conjugales

Milieu socio-économique

Homme violent : catégorie socio-économique, travail, alcool, profil psychologique

Lieu d'exercice

La femme victime

Qui ? Travail ?

Lien avec alcool ? Tentatives de suicide, dépression ?

Réactions face à la violence : déni, acceptation, ambivalence ?

Dépistage

Comment les médecins ont-ils pris connaissance des violences ?

Quels symptômes ont fait penser aux violences ?

Comment ont-ils posé la question ?

Quels signes présentaient la femme ?

Le dépistage systématique : envisageable ? Si non, pourquoi ?

Intérêt ?

Prise en charge

Quand le médecin a su, qu'a-t-il fait ?

Évaluation de la situation de la femme ?

Certificat de coups et blessures ?

Orientation vers des partenaires ? Lesquels ? Comment ?

Notion d'écoute ? Information ? Conseils ? Avertissement ?

Notion de départ ? (Risques ?)

Ressenti

Aisance par rapport à la thématique

Difficultés mises en avant : pourquoi ? Quelles contraintes ?

Rôle du médecin ? Limites ?

Quel ressenti dans la prise en charge : notion d'efficacité et d'utilité ?

Encadré 1. La grille d'entretien

réseau de connaissances des interviewers. L'enquêteur se présentait brièvement et exposait l'objet de son enquête. Puis l'entretien se déroulait avec une consigne de départ très générale : raconter une histoire de femme victime de violences conjugales ayant consulté à leur cabinet. Lorsque le médecin interrogé ne savait plus quoi dire, l'enquêteur le relançait sur des thèmes plus précis issus du guide d'entretien, selon les thèmes qui avaient ou n'avaient pas été abordés. Les entretiens

ont été enregistrés. Les données ont été anonymisées et retranscrites dans leur intégralité. Dans un premier temps, l'analyse qualitative a permis de mettre en avant les thématiques spécifiques à chaque médecin. Plusieurs rencontres entre les 2 interviewers ont eu lieu afin de mettre l'analyse en commun et de discuter des éventuelles différences d'interprétation. Dans un second temps, l'approche transversale a conduit à approcher les représentations, en mettant en évidence des items communs aux différents discours.

Résultats

21 médecins ont participé à l'étude. La taille de l'effectif a été suffisante pour obtenir la saturation des données. Les caractéristiques des participants sont présentées dans l'encadré 2. Pour chaque thématique, les données ont été analysées dans les histoires rapportées et dans le discours général.

Représentations des médecins en matière de violences conjugales

Les médecins de l'enquête avaient tous été confrontés au problème de façon peu fréquente pour la plupart. Ils ont décrit leur patientèle comme n'étant pas la plus à risque : « Ici, c'est quand même une zone assez... Il n'y a pas beaucoup de gens défavorisés. Donc... il y a sûrement de la violence, mais c'est sûrement plus caché et je pense quand même qu'il y en a moins que dans certaines zones plus défavorisées. » Quelques médecins ont déclaré ne pas avoir de femmes victimes dans leur patientèle : « S'il y avait des histoires comme ça, il est bien évident qu'on le saurait depuis longtemps [...]. Dans mes patientes actuellement, il est sûr qu'il n'y a personne, sûr, sûr, sûr. » La fréquence des violences conjugales dans la population générale a été peu évoquée. Si certains médecins ont semblé conscients du nombre de cas non dépistés, il n'a pas été possible de savoir quelle était leur représentation de la fréquence du phénomène dans la population générale. Les médecins ont fréquemment abordé leur faible confrontation au phénomène dans leur cabinet, mais peu d'entre eux ont évoqué l'ampleur du phénomène dans la population générale.

Ils ont évoqué principalement les conséquences traumatiques et psychologiques des violences. Les conséquences gynécologiques, le mauvais suivi de pathologies chroniques, et le risque léthal ont été peu cités. Les médecins participants ont utilisé indifféremment le terme « *conflit conjugal* » pour parler des violences conjugales. Les épisodes de violence ont parfois été décrits comme ponctuels lors des conflits importants : « Il avait dû lui balancer une claque ou



	Sexe	Lieu	Mode d'exercice
Médecin 1	M	Urbain	Seul
Médecin 2	F	Urbain	Seul
Médecin 3	M	Rural	Seul
Médecin 4	F	Rural	Seul
Médecin 5	F	Rural	Groupe
Médecin 6	M	Urbain	Seul
Médecin 7	F	Rural	Groupe
Médecin 8	F	Urbain	Seul
Médecin 9	M	Urbain	Groupe
Médecin 10	F	Rural	Seul
Médecin 11	M	Urbain-ZEP	Seul
Médecin 12	F	Urbain	Seul
Médecin 13	M	Urbain	Seul
Médecin 14	M	Urbain-ZEP	Groupe
Médecin 15	F	Urbain-ZEP	Groupe
Médecin 16	M	Urbain	Seul
Médecin 17	M	Urbain	Seul
Médecin 18	F	Urbain-ZEP	Groupe
Médecin 19	F	Urbain-ZEP	Groupe
Médecin 20	M	Urbain	Groupe
Médecin 21	M	Urbain	Groupe

Encadré 2. Caractéristiques des médecins généralistes interviewés

un truc comme ça », ou comme un mode de communication : « *ils préfèrent une relation comme ça à rien... et finalement c'est leur mode de communication* ». La violence lors des conflits de couple était une notion indéterminée qui banalisait parfois la violence conjugale. L'évocation de la violence conjugale a engendré une crainte de la réciprocité de la violence. La démarche de recherche active du caractère inégalitaire de la violence et de la volonté de domination de l'homme violent a été rarement citée.

Les violences décrites ont relevé le plus souvent de la violence physique. Les violences psychologiques, sexuelles, et économiques ont été peu évoquées. Par ailleurs, la violence physique a été décrite en des termes imprécis tels que « *battre, tabasser, cogner, frapper, taper, boxer* », avec souvent une illustration de l'atteinte corporelle : « *cocard, bleus, fractures, hématomes* ». Certains aspects de la violence psychologique ont été souvent rapportés : « *injures, menaces, dénigrement* ». L'isolement, l'humiliation, les actes d'intimidation ont été rarement évoqués.

L'homme violent a été décrit comme un malade psychiatrique, alcoolique, ayant subi des violences dans l'enfance ou bien contrôlant mal ses pulsions. L'ambivalence de la femme victime a été très souvent abordée. Cette ambivalence était peu liée à

l'importance de la violence psychologique. Généraliser la violence conjugale aux milieux sociaux défavorisés a été une tendance très fréquente chez les médecins. Certains médecins ont justifié ainsi leur moindre fréquence de confrontation à la violence conjugale. Ces représentations ont cependant coexisté à des degrés divers. Par exemple, certains ont parlé de l'alcool comme favorisant simplement la violence, d'autres ont dénié jusqu'à l'existence de cette dernière en dehors des situations de mésusage d'alcool : « *Il est vrai que, quand il y a un problème d'alcoolisme, il y a souvent un problème. Enfin, c'est dans ces situations qu'il y a un problème de violences conjugales* ».

Dans l'ensemble, les médecins interrogés décrivaient les violences conjugales d'une façon proche de la vision sociale commune⁷ : c'est-à-dire du type « *l'homme violent est alcoolique* », « *la violence c'est les coups* », « *la violence c'est dans les milieux défavorisés* ».

Repérage de la situation de violences conjugales

Les médecins avaient souvent appris la violence par la patiente elle-même. Ceux qui ont dit avoir posé la question l'avaient fait sur des éléments d'ordre traumatique. Les signes évocateurs de violence pour les médecins étaient principalement les coups et les troubles psychologiques. Aucun médecin n'avait évoqué spontanément le dépistage systématique. Ce thème a donc été abordé par une question directe. Celle-ci a engendré de vives réactions : la démarche a été qualifiée de « *connerie* », de « *viol d'intimité* », « *d'intrusive* ». Certains médecins y étaient totalement opposés. D'autres ont signalé les difficultés d'un tel dépistage ; difficultés liées au temps : « *prendre du retard* », liées à la femme : « *bloquer la femme en lui posant la question* », liées au médecin lui-même qui a besoin d'être « *armé* » avant de « *partir sur des sables mouvants* ». Ce type de dépistage semblait être ressenti comme différent des autres dépistages en médecine générale : « *Ça reste quand même délicat, il y a une chape de plomb qui est quand même assez présente, même si ça se lève petit à petit. Elle reste quand même très lourde. Alors on parle plus facilement de sexe, de drogue, ainsi de suite. La violence conjugale reste un sujet un peu tabou.* »

Quelle prise en charge des femmes victimes ?

Les données recueillies sur l'évaluation des violences ont été partielles et imprécises. L'importance de l'évaluation n'était pas claire dans le discours des médecins. L'écoute était évoquée par tous les médecins mais, pour certains, elle ne semblait pas toujours efficace dans le cheminement de la femme victime : « *On ne peut qu'écouter et*

prendre son mal en patience... En fait, ces gens-là ont besoin de parler, pas autre chose... ». La rédaction du certificat de coups et blessures volontaires a été largement évoquée. Ce dernier était souvent rédigé à la demande de la femme. Certains médecins ont précisé le rédiger systématiquement. La complexité de la rédaction du certificat a été peu évoquée.

Peu d'histoires ont permis de connaître les informations données à la patiente. La notion principale a été l'avertissement : « Il faut vraiment expliquer que notre expérience montre que ça va aller de mal en

la femme : « Vous avez une femme qui vient vous dire que son mari lui dit des insanités. C'est gentil, mais quid de la vérité ? Comment ça se passe dans le couple ? Est-ce que ce n'est pas elle qui l'a cherché ? » La banalisation, à travers généralisations, poncifs et atténuations, a porté sur l'origine de la violence, sur l'acte violent lui-même et sur l'attitude de la femme : « En fait, ces gens-là ont besoin de parler, pas autre chose... Ils ne veulent pas de solution. Ils ne cherchent même pas une solution. Ils veulent simplement parler, alors, il faut les écouter... » Le sentiment d'impuissance s'est

exprimé par des questionnements sur le rôle du médecin généraliste dans cette prise en charge. Certains ont exprimé une certaine inutilité : « On est obligatoirement passif. À part faire des certificats, on ne peut pas faire grand-chose. » D'autres ont dit vouloir se décharger de leurs responsabilités sur d'autres intervenants : « On est très impuissants. Dans ces domaines, il faut traiter la famille. Au niveau psychologique du couple, ce sont des services psychiatriques qu'il faut alerter. » Au contraire, d'autres ont mis en avant leur rôle d'écoute et de soutien : « Je ne désespère pas, je me dis qu'en les revoyant régulièrement, il va arriver un moment donné où l'on va quand même

réussir un petit peu. Elles prendront conscience quand même. C'est notre rôle de leur réexpliquer, d'être là pour les écouter. »

Plusieurs médecins ont semblé plus à l'aise pour poser la question des violences et ont décrit avoir pour objectif de faire prendre conscience à la femme des violences subies, et notamment des violences psychologiques : « Je commence à l'interroger en lui disant : "Je vous trouve triste, il y a quelque chose qui ne va pas ? Comment ça se passe avec votre conjoint ?" Et là, elle me déballe tout [...]. Je commence à l'interroger, elle me parle de violence verbale et un peu psychologique. » Ces médecins avaient un sentiment de compétence personnelle développée au travers de lectures et d'expériences avec les patients : « Moi, je me suis aperçu d'une chose à travers les lectures que j'ai pu avoir et mon expérience personnelle... c'est, qu'à partir du moment où l'engrenage est là, il ne reste plus qu'un conseil à donner : partir ! »

Les médecins ont évoqué la relation de confiance qui unit le médecin et son patient, comme une aide à la prise en charge ou comme préalable indispensable aux confidences : « Je pense que le généraliste est un



@Stockphoto.com_Roob

pis. » L'orientation des patientes a été le plus souvent systématique vers les psychologues, les services sociaux, et les forces de l'ordre. Proposer le départ a été le conseil le plus souvent rapporté. Certains médecins ont proposé de voir le couple ou le mari. Les risques de ces deux démarches n'ont pas été évoqués. Au final, la prise en charge de la femme victime décrite par les médecins était centrée sur l'écoute et la rédaction d'un certificat de coups et blessures volontaires.

Le ressenti des médecins

La sensation de malaise était largement partagée par les médecins. Un médecin a comparé la prise en charge des violences conjugales à l'ouverture de la boîte de Pandore : « On n'a pas envie de lancer des trucs un peu n'importe comment. Je veux dire que c'est de la folie de se lancer comme ça. On a peur d'ouvrir la boîte de Pandore donc on préfère la laisser fermée. » Dans le discours, ce malaise a pris la forme du doute, de la banalisation et du sentiment d'impuissance. Par exemple, le doute s'est exprimé sous la forme de questionnements sur la bilatéralité de la violence, ou sur la responsabilité de



point d'appel à la confiance. Je pense qu'on va dire des choses à son généraliste, pour peu qu'il y ait une relation instaurée. »

Malgré l'ancienneté de la relation entre le médecin et la patiente, la confiance était parfois récente : « *La dernière patiente qui m'a fait part de ce problème, je m'en souviens très bien parce que c'est quelqu'un que je connais bien, que je suis depuis vingt ans pratiquement... J'étais surpris de l'apprendre en fait.* » Quelques médecins ont pointé le problème de la confiance entre le médecin et sa patiente, qui ne va pas forcément de soi : « *La confiance, elle n'est pas innée avec les patients. On prétend qu'ils ont confiance en nous, mais je vous assure qu'ils nous testent longtemps avant de savoir s'ils peuvent nous faire confiance.* » D'autres ont pointé le rôle essentiel du médecin généraliste « *au cœur de la famille* », rôle qui s'inscrit dans une relation de durée : « *L'atout majeur du généraliste c'est qu'on a le temps et qu'on peut en reparler à l'occasion. De reparler si les choses se répètent.* »

Les médecins se sont souvent trouvés face à la situation difficile d'être le médecin traitant de la femme et de l'homme violent. Certains ont alors évoqué leur malaise et l'impression ressentie de trahir la confiance de l'homme violent en étant dépositaire des confidences de la femme victime. D'autres se sont trouvés en difficulté pour conseiller la femme ou ont utilisé leur statut pour essayer de faire cesser les violences en parlant à l'homme violent.

Les médecins ont beaucoup parlé des difficultés de la prise en charge. Les difficultés ont concerné l'ensemble de la prise en charge. Le discours des médecins était centré sur des thèmes récurrents : ambivalence de la femme victime, manque d'intervenants ou compétence, contrainte du temps et absence de formation médicale adéquate. Ces difficultés étaient diversement gérées par les médecins. La contrainte de temps a ainsi été identifiée comme une difficulté importante par certains médecins : « *On n'est pas des psychiatres, on n'est pas des psychologues et l'on n'a pas un temps élastique* », et plus secondaire par d'autres : « *Si on a un quart d'heure et qu'on doit y passer trois quarts d'heure, on va y passer trois quarts d'heure, ce n'est pas grave. Et puis, il y a toujours moyen, si on est pris par le temps, de proposer de la revoir dès le lendemain matin et de lui dire : "On va se prendre une demi-heure, une heure, et on va en rediscuter."* »

L'absence de formation médicale aux violences conjugales a été évoquée par la plupart des médecins, mais peu d'entre eux ont émis le désir de participer à ce type de formation.

Discussion

Représentations réductrices communes des violences conjugales

Tous les médecins généralistes de l'enquête avaient été confrontés à la violence conjugale, mais cela ne semblait pas représenter une grande part de leur activité⁸. Les violences conjugales ont été principalement décrites dans leur aspect physique⁵. Les violences psychologiques n'étaient pas systématiquement décrites alors qu'elles sont toujours présentes⁹. L'amalgame avec le conflit conjugal était fréquent, alors que la distinction entre conflit et violence est nécessaire à une prise en charge adaptée de la femme, notamment pour ne pas proposer une médiation conjugale inadaptée.

Les médecins de l'étude ont décrit les origines de la violence sous la forme de « *l'homme violent est alcoolique et/ou psychiatrique* » et « *la violence existe principalement dans les milieux sociaux défavorisés* ».

L'ambivalence de la femme victime a souvent été constatée sans être analysée, notamment au travers des effets de la violence psychologique et du phénomène de l'emprise⁹. Le discours sur la femme victime a été le lieu d'expression d'une certaine incompréhension et frustration, et il a servi parfois de justification à une restriction de l'investissement du médecin.

Cette vision réductrice et proche de la vision sociale commune⁷ semble participer au processus de banalisation de la violence et constituer un frein à un accompagnement adapté de la femme.

En effet, si les médecins pensent que « *la violence ce sont les coups* », il peut leur être difficile de repérer une femme victime de violences psychologiques. De même, si les médecins imaginent que la violence n'existe que dans certains milieux, ils peuvent passer à côté d'un certain nombre de cas. Par ailleurs, l'accompagnement d'une femme victime peut être plus difficile si les médecins méconnaissent l'importance des violences psychologiques, ou le cheminement complexe de la femme victime.

Écoute et rédaction de certificats de coups et blessures

C'est le plus souvent la femme qui révèle les violences au médecin⁴. Les médecins posent la question des violences conjugales sur des signes traumatiques ou psychologiques⁵. Le dépistage systématique est préconisé par certaines institutions¹. Deux études françaises ont montré que des outils rendent le dépistage réalisable et efficace en médecine générale¹⁰. Dans cette étude, la question sur cette thématique a provoqué de vives réactions. Dans la pratique quotidienne, comment intégrer une telle activité de dépistage ? Une sensibilisation au phénomène, par



des lectures ou l'expérience, permet aux médecins de se sentir plus à l'aise pour poser la question. La formation semble permettre de dédramatiser le phénomène¹¹.

L'essentiel de la prise en charge actuelle est centré sur l'écoute et la rédaction du certificat⁸. La gestion de la femme victime est souvent solitaire, et l'orientation n'est pas toujours adaptée aux besoins de la femme, ou pas toujours pertinente⁴ (médiation conjugale). Certaines étapes de la prise en charge n'ont pas été abordées par les médecins : information, conseil et évaluation.

Quelle est la part de méconnaissance du phénomène dans le repérage déficient et la gestion parfois inadaptée et incomplète ? Des études sont nécessaires pour répondre à cette question.

Une thématique qui ne laisse pas indifférent

Les violences conjugales ont éveillé un malaise chez les médecins. La plupart ont évoqué des doutes sur l'authenticité des violences. Par ailleurs, la prise en charge de la femme victime semblait provoquer davantage de questionnements et de craintes que d'autres situations délicates en médecine générale (tabagisme, alcoolisme, consommation de drogues), alors que les principes de prise en charge et de déontologie sont les mêmes¹². Le ressenti d'impuissance a été largement exprimé¹³. D'une façon générale, les difficultés rencontrées par les médecins relevaient de différentes « barrières » ancrées en chacun d'eux^{14,15}. Certaines sont sociales et culturelles (c'est-à-dire liées aux représentations des violences), professionnelles (liées au concept du rôle du médecin), personnelles (liées aux représentations de la famille, de la société) et légales. Les médecins de l'étude se sont centrés sur des problématiques professionnelles, notamment la contrainte de temps disponible. De plus, ils semblaient davantage gênés par l'attitude de la femme et les déficiences des intervenants que par leur méconnaissance du phénomène. L'absence de formation médicale semble une barrière importante mais aucun désir de formation n'a été réellement exprimé et les médecins ne semblaient pas connaître les formations disponibles. Cette ambivalence a été observée dans une étude française⁴, dans laquelle 75 % des médecins interrogés déclaraient ne pas être gênés dans leur intervention par une méconnaissance du phénomène, et 60 % disaient ne pas se sentir suffisamment informés sur la violence conjugale.

La banalisation de la violence conjugale était présente à des degrés divers chez les médecins. La violence conjugale semblait, pour le médecin comme pour toute autre personne, une remise en cause des notions de famille et d'amour, de rapports entre les êtres humains. Comment pourrait-elle ne pas être génératrice d'angoisse pour le médecin ? Face à

cette angoisse, certains médecins semblent se réfugier dans la banalisation : banalisation de la violence subie, des origines de la violence ou de l'attitude de la femme victime.

La question du rôle du médecin généraliste a également été soulevée, à travers les notions de médecin de famille, médecin confident. Les médecins de l'étude ont décrit l'importance de la relation de confiance dans la prise en charge de la femme victime, qui s'inscrit également dans une relation de durée. Cependant, comme l'ont pointé certains médecins, la femme ne s'est parfois confiée qu'après 10 ans ou plus.

Enseignements de l'étude

Face au malaise ressenti, il paraît nécessaire d'enseigner aux médecins les notions centrales sur les violences conjugales. Par ailleurs, les médecins devraient intégrer une réflexion sur leurs propres barrières dans la gestion des femmes victimes de violences conjugales, ainsi qu'une réflexion sur leurs mécanismes de défense contre l'angoisse provoquée par la violence.

Des questions restent en suspens.

- Quelle est la part respective de la méconnaissance du phénomène et du ressenti d'impuissance dans la prise en charge déficiente actuelle ?
- Comment amener les médecins à ressentir le besoin de formation ?
- Comment va évoluer la prise de conscience des médecins avec la sensibilisation du public ?

Conclusion

Les médecins généralistes ont une vision des violences conjugales qui se rapproche de la vision sociale commune. La révélation de la violence est le plus souvent le fait de la femme victime. La prise en charge de cette dernière est le plus souvent centrée sur l'écoute et la rédaction du certificat et semble solitaire. L'accompagnement de la femme victime par le médecin n'est pas toujours perçu comme efficace. Le sentiment d'impuissance est souvent mis en rapport avec l'ambivalence de la femme victime et l'absence d'autres intervenants disponibles et peu avec les barrières du médecin. La présente étude confirme la nécessité d'une sensibilisation des médecins à la problématique des violences conjugales, ainsi que le besoin de formations axées sur l'acquisition de connaissances et sur l'apprentissage d'un savoir-être : savoir comprendre la violence et analyser ses propres limites pour permettre une prise en charge optimale. Le médecin généraliste pourrait alors jouer un rôle essentiel dans la prise en charge de la femme victime : l'aider à restaurer une estime de soi lui permettant de prendre pleinement conscience des violences et d'agir.



Summary

Background. Domestic violence is a public health issue in which the general practitioner has an important role to play. This study had three objectives: analysing the physicians' representations of domestic violence, establishing the way the female victims are managed by the general practitioners, and evaluating the feelings of the physicians towards domestic violence.

Method. Qualitative study with semi-structured guided interviews of general practitioners practising in Basse-Normandie.

Results. Twenty-one general practitioners were interviewed. Their representation of domestic violence was close to general publics'. Listening was essential for the physicians but it was mixed with a feeling of helplessness. The study reveals the uneasiness of the physicians towards domestic violence. The uneasiness was expressed through doubt, mistrust, powerlessness and trivialization. The difficulties they mentioned were centred on the ambivalence of the women, the constraints of practice, and very few on the personal barriers which might hinder the physicians.

Conclusion. Raising the physicians' awareness seems necessary to improve the way the female victims are managed by the general practitioners. It should be done through a training, based not only on medical education and practical training, but also on the development of the ability to deal with domestic violence.

Références

- Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Paris : La Documentation Française, 2001.
- Jaspart M, Brown E, Condon S et al. Les violences envers les femmes en France : une enquête nationale. Paris : La Documentation Française, 2003.
- Breart G, Saurel-Cubizolles MJ. Les violences conjugales, données épidémiologiques. Bulletin académique national de médecine 2002;186:939-48.
- Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales. La revue du praticien médecine générale 2005;702/703:945-53.
- François I, Moutel G, Plu I, Fauriel I, Herve C. Violences conjugales, quelles difficultés pour les médecins ? Analyse d'entretiens avec 19 médecins d'un réseau de soins ville-hôpital orienté vers la prise en charge globale des personnes. La Presse Médicale 2004;33:1561-5.
- Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. Paris : Armand Colin, 2005 (2^e éd).
- Welzer-Lang D. Les hommes violents. Paris : Payot, 2005.
- Douillard V. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Revue de la littérature et enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique. Thèse d'exercice : Médecine. Nantes, 1998NANT031M.
- Hirigoyen MF. Femmes sous emprise : les ressorts de la violence dans le couple. Paris : Oh ! Éditions, 2004.
- Coy-Gachen C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPs. Thèse d'exercice : Médecine. Paris 6 Saint-Antoine, 2005PA062021.
- Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales : évaluation de la formation médicale continue en Pays de Loire. Thèse d'exercice : Médecine. Nantes, 2006NANT052M.
- Gerbert B, Gansky SA, Tang JW et al. Domestic violence compared to other health risks: a survey of physicians' beliefs and behaviours. Am J Prev Med 2002;23:82-90.
- Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. JAMA 1992;267:3157-60.
- Gremillion DH, Kanof EP. Overcoming barriers to physician involvement in identifying and referring victims of domestic violence. Ann Emerg Med 1996;27:769-73.
- Van Den Akker M, Mol SS, Metsemakers JF, Dinant GJ, Knottnerus JA. Barriers in the care of patients who have experienced a traumatic event: the perspective of general practice. Fam Pract 2001;18:214-6.