

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018

N° 2018.106

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Chloë BOSSER
née le 11 juillet 1988 à Gourdon (46)

Présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2018

La peur de l'homme violent est-elle un frein à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par le médecin généraliste ?

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directrice de thèse : Madame la Professeure Laure VAN WASSENHOVE

Membres du jury : Monsieur le Docteur Renaud CLEMENT

Madame la Docteure Nathalie VABRES

Remerciements

A Monsieur le professeur Rémy SENAND vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, soyez assuré de ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Madame la Docteure Nathalie VABRES, je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Je suis sincèrement touchée pour l'intérêt porté à mon travail.

A Monsieur le Docteur Renaud Clément, je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail, je vous suis très reconnaissante pour votre disponibilité.

A ma directrice de thèse, Madame la Professeure Laure Van Wassenhove, merci pour tes précieux conseils et ton soutien dans ce travail. Merci pour tes enseignements et ton implication dans le domaine des violences conjugales.

Aux médecins qui ont accepté de participer aux entretiens, merci pour votre accueil et le temps que vous m'avez consacré. Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans vous.

A mes collègues du cabinet de Vallet pour votre accueil et la confiance que vous me témoignez et particulièrement à Marion pour son travail de double codage et relecture de ma thèse.

A l'ensemble de mes maîtres de stage, pour votre accueil et votre accompagnement lors de mon internat. Vous m'avez beaucoup appris.

A mes parents, merci pour votre soutien, votre confiance et votre patience tout au long de ces longues études. Ça n'a pas toujours été facile, mais ça valait le coup !

A mes cousins, cousines, oncles et tantes, merci de m'avoir toujours encouragée, vous êtes une super famille, j'ai de la chance de vous avoir.
A Géraldine : ta fierté vis à vis de mon métier et de mon travail de thèse me touche énormément.

A mes amies « d'enfance » Carole, Fanny, Perrine, merci d'être toujours là pour moi malgré parfois la distance qui nous sépare !! J'espère que cette amitié durera encore longtemps.

A mes amis de Pontivy Hélène, David, Julian, Christopher, François, Christine pour votre amitié et votre soutien.

A mes amis de la fac de Rennes : Adrien, David, Baptiste, Thomas, Maxime, Pauline, Tanguy, Kim, merci pour tous ces moments partagés ensemble, parfois bons et parfois mauvais mais nous nous sommes toujours soutenus. Nous pouvons être fiers du travail accompli !

A Claire et Lydie, merci pour tout. Votre amitié compte énormément pour moi.

A mes amis de la fac de Nantes : le groupe des Sexy Doctors, Cécile, Anaïs, Marion, Rémi, Carole, Margot, Laura et tous mes super co-internes croisés pendant ces années, merci pour ces moments partagés ensemble !! Vivement les prochaines aventures !

A Elodie pour ce super premier semestre en neurologie !

Et parce qu'il n'y a pas que le travail dans la vie, merci à mes amis du Wake Justine, Clément, Soline, Louison pour ces moments de rigolade et de détente sportive !!

Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

Ined : Institut national d'études démographiques

EVS : Évènements de Vie et Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

VIRAGE : Violences et Rapports de Genres

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

FNACAV : Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en charge d'Auteurs de Violences conjugales et familiales

AAE44 : Association d'Action Éducative de Loire Atlantique

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

UMS : Unités Minimales de Signification

MSU : Maître de Stage Universitaire

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
I - LES VIOLENCES CONJUGALES	7
A – DEFINITION	7
B - QUELQUES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	8
C- UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE	9
II - LE MEDECIN GENERALISTE FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES	10
A - UN ROLE PRIMORDIAL	10
B - DES FREINS A LA PRISE EN CHARGE	10
III- L’HOMME VIOLENT	11
A - ORIGINE DE LA VIOLENCE ?	11
B - LA PRISE EN CHARGE DE L’HOMME VIOLENT	12
C - LE MEDECIN GENERALISTE FACE A L’HOMME VIOLENT	14
III – OBJECTIFS DE L’ETUDE	15
Matériel et Méthode	16
I - LA METHODE	16
A- METHODE QUALITATIVE	16
B - ENTRETIENS INDIVIDUELS, SEMI-DIRECTIFS	16
C - LE RECRUTEMENT DES MEDECINS	16
II- LES ENTRETIENS	17
A - LE GUIDE D’ENTRETIEN	17
B - L’ENTRETIEN TEST	17
C - DEROULEMENT DES ENTRETIENS	17
D - ENREGISTREMENT ET RETRANSCRIPTION	17
III- L’ANALYSE DES ENTRETIENS	17
A - RETRANSCRIPTION DU VERBATIM	17
B - ANALYSE PAR L’ENQUETRIX	17
C - TRIANGULATION DES DONNEES	18
Résultats	19
I - CARACTERISTIQUES DE L’ECHANTILLON	19
II – RESSENTI DU MEDECIN GENERALISTE FACE A L’HOMME VIOLENT	20
A – LA COLERE	20
B- L’INCOMPREHENSION	20
C- LE REJET	20
D - LE DESEPOIR	21
E- LA PEUR	22
III – REPRESENTATIONS DE L’HOMME VIOLENT PAR LE MEDECIN GENERALISTE	24
A – MANIPULATEUR	24
B- DANS LE DENI	24
C- EXPLICATIONS A LA VIOLENCE	25
D- MILIEU SOCIOCULTUREL	26
E – CARACTERIEL	26
F- AIMABLE AVEC LE MEDECIN	26

E- ACCEPTE UNE PRISE EN CHARGE	27
IV – L’IMPACT DE LA CONFRONTATION A L’HOMME ET A LA FEMME.	27
A- IMPACT SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FEMME	27
B- IMPACT SUR LA PRISE EN CHARGE DE L’HOMME	28
IV – PRISE EN CHARGE DE L’AUTEUR DE VIOLENCES CONJUGALES	28
V- CONSEQUENCES DE LA PEUR DE L’HOMME VIOLENT SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FEMME	30
Discussion	32
<hr/>	
I – FORCES ET FAIBLESSES DE L’ETUDE	32
A- LES FORCES	32
B- LES FAIBLESSES DE L’ETUDE	32
II- RESSENTI ET REPRESENTATIONS DU MEDECIN GENERALISTE FACE A L’HOMME VIOLENT	33
A -LE RESSENTI	33
B -LES REPRESENTATIONS	34
II – LA PRISE EN CHARGE DE LA FEMME : UNE PRIORITE.	34
III – LA PRISE EN CHARGE DE L’HOMME VIOLENT	35
A – LE CONFLIT INTERNE DU MEDECIN GENERALISTE : ENTRE DEVOIR D’ASSISTANCE ET REJET.	36
B – DEFINITIONS DU ROLE DU MEDECIN GENERALISTE.	36
B - QUELLE PRISE EN CHARGE PROPOSER ?	37
Conclusion	39
<hr/>	

INTRODUCTION

I - Les violences conjugales

A – Définition

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la définition de la violence à l'égard des femmes est la suivante : « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ».(1) Dans ce travail nous aborderons la sphère de la vie privée puisque nous parlerons de violences commises envers les femmes, par leur partenaire ou leur ex partenaire.

Différents types de violences

Le terme « violences conjugales » regroupe plusieurs formes de violence. On peut distinguer : (2) (3)

- Les violences physiques : ce sont les plus connues. Elles regroupent tous les coups portés, la séquestration, l'utilisation d'armes, la destruction des biens personnels, la privation d'utiliser les moyens de communication
- Les violences verbales et psychologiques : plus difficiles à dépister, elles sont souvent les premières à s'installer avec des insultes, propos culpabilisants, menaces, dévalorisation ou à l'inverse ignorance de la victime par l'agresseur.
- Les violences économiques : salaire confisqué, interdiction de travailler, contrôle des dépenses au centime près.
- Les violences sexuelles : le viol conjugal, qui est reconnu comme un crime depuis 2006 en France (4), contrainte à la pornographie ou exploitation sexuelle.
- Les violences administratives : la confiscation de documents (carte nationale d'identité, permis de conduire, livret de famille...), parfois la confiscation du passeport lors d'un séjour à l'étranger pour empêcher la femme de revenir sur le sol français.

Le cycle de la violence

La violence dans le couple se reproduit de façon cyclique.

La première phase est une phase d'accumulation de tensions accompagnée de la montée de la peur chez la victime qui essaie d'améliorer la situation en modifiant son comportement et en faisant attention à ses faits et gestes.

Ensuite vient la phase d'explosion de la violence : l'agresseur assoit alors un peu plus sa domination et la victime éprouve honte et peur.

Vient ensuite la phase de justification-déresponsabilisation où l'agresseur fait croire à la victime qu'elle est la cause de cette agression. La victime se dit que si elle change son comportement, la violence cessera.

La dernière phase est celle de la réconciliation, ou phase de « lune de miel » où l'agresseur tente de se faire pardonner auprès de la victime, lui exprimant ses regrets et son souhait que

tout cela s'arrête. La victime reprend alors espoir et confiance en son partenaire et le cycle se reproduit.

Au fur et à mesure des cycles, le niveau de violence augmente, la durée des phases de lune de miel se réduit au profit de celle des phases d'agression, évoluant vers un réel danger de mort pour la victime. (3)(5)

B - Quelques données épidémiologiques

Au niveau mondial : selon l'OMS, 30% des femmes qui ont eu des relations de couple signalent avoir subi une forme quelconque de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire et jusqu'à 38% des meurtres de femmes sont le fait de leur partenaire intime. (1)

En France :

La première enquête visant à mesurer l'amplitude de la violence faite aux femmes a été réalisée en 2000. Il s'agissait de l'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France), réalisée par l'Ined (Institut national d'études démographiques). Cette enquête a révélé que la majorité des violences subies par les femmes ont lieu dans l'intimité de l'espace conjugal. Au cours des douze derniers mois, l'indicateur de violences conjugales concernait 10% des femmes. Les violences conjugales se répartissent comme suit : 4,3% d'insultes, 1,8% de chantage affectif, 24,2% de pressions psychologiques (dont 7,7% de harcèlement moral), 2,5% d'agressions physiques, 0,9% de viols et autres pratiques sexuelles imposées. (6)

L'enquête EVS (Évènements de Vie et Santé) réalisée par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a été publiée en 2006 (7) : le coût global des violences conjugales pour la collectivité en France est évalué à 2,5 milliards d'euros par an. Cette étude met en évidence un lien entre passé de violences et état de santé physique et mentale sans toutefois qu'il soit toujours possible d'affirmer si l'altération de l'état de santé résulte des violences subies. Un tiers de la population cumule violences subies, problèmes de santé et difficultés de la vie.

L'enquête VIRAGE (Violences et rapports de genres : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et les hommes) est l'enquête la plus récente de l'Ined, dont les premiers résultats ont été publiés en 2017. Elle a pour but de répondre au besoin de renouvellement des connaissances sur les violences à l'encontre des femmes. Comme l'enquête ENVEFF, elle prend en compte l'ensemble des situations où se produisent les violences et la multiplicité des formes de violences. (8) (9) Concernant les violences sexuelles : 0,43% des femmes déclarent au moins une forme de violence sexuelle dans le cadre de relations « privées » (cadre familial ou conjugal) et 0,18% des femmes en couple ont subi un viol de la part de leur partenaire dans l'année précédant l'enquête. A noter que 42 % des femmes qui déclarent des violences par un membre de la famille ou de l'entourage proche en mentionnent aussi dans les espaces publics. Les violences commises dans un cadre conjugal sont dans 99% des cas le fait d'un homme, 1% des violences déclarées se produisant dans le cadre de relations homosexuelles. (9)

Actuellement, le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans qui au cours d'une année sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur ancien ou actuel partenaire intime est estimé à 225 000 femmes. 3 victimes sur 4 déclarent avoir subi des faits répétés. 8

femmes sur 10 déclarent avoir également été soumises à des atteintes psychologiques ou à des agressions verbales. (10) En 2016, 109 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire intime. (11)

C- Un problème de santé publique

L'impact des violences conjugales sur la santé des femmes est conséquent. Ces violences affectent aussi leurs enfants, et entraînent des coûts sociaux et économiques élevés pour les femmes, leur famille et la société. (1)

Ces violences peuvent : (1) (12) (13)

- Entraîner la mort, par homicide ou par suicide
- Causer des traumatismes : contusions, plaies profondes, fractures, brûlures...
- Occasionner des problèmes gynécologiques : grossesses non désirées, sur-risque d'infections sexuellement transmissibles dont le VIH, troubles de la sexualité, troubles des règles, lésions traumatiques périnéales lors de rapports accompagnés de violences, infections urinaires à répétition, douleurs pelviennes chroniques inexplicables...
- Compliquer la grossesse : celle-ci est souvent un facteur aggravant ou déclenchant des violences. Ces violences sont graves car elles retentissent à la fois sur la mère et le fœtus.
- Causer des troubles psychiatriques : troubles émotionnels, troubles psychosomatiques, troubles dissociatifs, troubles du sommeil, de l'alimentation, troubles cognitifs, épisode dépressif majeur, abus de substances psychoactives, syndrome de stress post traumatique.
- Entraîner une aggravation des pathologies chroniques : toutes les pathologies nécessitant un traitement continu et un suivi régulier sont susceptibles d'être déséquilibrées ou aggravées par les violences.

Conséquences sur les enfants (2) (6) (12)

La violence dont un enfant est témoin a les mêmes effets sur lui que s'il en était victime. Être témoin est une violence psychologique, à laquelle peuvent s'ajouter des violences physiques directes ou indirectes.

Ces violences ont de nombreux impacts sur leur santé :

- Lésions traumatiques
- Troubles psychologiques : troubles du sommeil, de l'alimentation, angoisse, syndrome de stress post traumatique, idéations suicidaires, abus de substances toxiques.
- Troubles du comportement et de la conduite : désintérêt ou surinvestissement scolaire, fugue et délinquance, agressivité et violence.
- Troubles somatiques : troubles sphinctériens, retard staturo-pondéral, troubles du langage.

Les enfants témoins de violences ont plus de risques d'être eux-mêmes victimes à l'âge adulte, qu'il s'agisse de violences physiques ou psychologiques. Ils sont également plus à même de reproduire la violence, seul modèle de communication qu'ils connaissent.

II - Le médecin généraliste face aux violences conjugales

A - Un rôle primordial

Le rôle du médecin généraliste ne se cantonne pas à la rédaction de certificats médicaux et aux soins d'urgence. En effet, le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur pour les femmes victimes de violences conjugales et a auprès d'elles un rôle de conseil, en les informant de leurs droits et en coordonnant leur prise en charge avec les autres intervenants. Selon les résultats de l'enquête ENVEFF, le recours des femmes victimes de violence au sein du couple se porte dans 24% des cas sur les médecins. (6)

Étant en première ligne, il a donc un rôle dans le dépistage des violences conjugales, les révélations spontanées n'étant pas la majorité des cas. Les points d'appel sont soit des lésions traumatiques suspectes, des plaintes gynécologiques récurrentes, des plaintes chroniques et psychosomatiques, et parfois des manifestations psychologiques et psychiatriques. (14)

Parfois ces points d'appel sont manquants, le médecin a alors un rôle de dépistage actif, en posant systématiquement la question au cours de son interrogatoire : « Avez-vous déjà été victime de violences ? », « Comment ça se passe en ce moment dans votre couple ? ». (15)

Les femmes victimes de violence, souvent entravées par la honte et la culpabilité, attendent de leur médecin qu'il aborde le sujet, qu'il les informe sur leurs droits et qu'il respecte leur cheminement psychologique. (16) Il doit savoir accueillir une révélation de violences, dans le non jugement, et établir une relation de confiance avec la patiente. Il est important que la personne victime se sente écoutée, que le médecin prenne sa souffrance en considération. Une fois les faits révélés, le médecin doit évaluer la situation et sa dangerosité potentielle, rédiger le certificat médical et l'orienter vers des structures d'aide en fonction de la situation. (2) (14)

B - Des freins à la prise en charge

Bien que la problématique des violences conjugales soit de plus en plus connue, selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), seules 19% des femmes victimes déclarent avoir déposé plainte en gendarmerie ou en commissariat suite à ces violences. (17) Comme nous l'avons vu, le médecin généraliste a un rôle primordial dans le dépistage et la prise en charge de ces violences mais il persiste de nombreux freins, qui font que cette prise en charge reste insuffisante.

Des freins fréquemment décrits dans la bibliographie (12) (18) (19)

- Le manque de temps et de disponibilité du médecin, contraintes liées à l'exercice de la médecine générale.
- Le sentiment d'intrusion dans la vie privée de la patiente, du couple.
- Le manque de formation, le manque de sensibilisation au problème des violences conjugales.
- Le découragement face à la complexité du problème et la lourdeur du travail que cette prise en charge implique, le sentiment de frustration lié à l'impression de ne pas contrôler la situation.
- Une histoire personnelle de violences.
- La crainte de retombées judiciaires pour le médecin, suite à la rédaction du certificat médical de coups et blessures.
- La connaissance de l'homme violent.

Des freins moins fréquemment décrits

Dans l'étude des résistances aux changements de pratiques menée par M. PANTALEON, en 2013 auprès de médecins généralistes de Loire Atlantique, certains médecins ont exprimé une peur de l'homme violent. Cette peur des conséquences pour eux-mêmes prenait même le pas sur la peur des conséquences pour la femme victime et semblait liée à la rédaction du certificat médical de coups et blessures. (18)

L'étude de E. LE BRUSQ a suivi en 2017, portant sur la rédaction du certificat médical, montrant que le frein principal à la rédaction du certificat médical de coups et blessures était la crainte des conséquences judiciaires pour le médecin. La crainte de l'agresseur et d'une vengeance de celui-ci a été évoquée par des médecins généralistes qui suivaient également le conjoint violent. (20)

Enfin, dans certains entretiens de l'étude de N. NGUYEN, présentée en novembre 2017, la peur d'une agressivité de la part du conjoint violent est exprimée, sans que le lien avec la prise en charge de la femme soit exploré. (21)

On peut donc se demander quel est l'impact de ce phénomène de peur lors de la prise en charge de la femme victime de violences conjugales par le médecin généraliste.

III- L'homme violent

A - Origine de la violence ?

Les causes et les mécanismes à l'origine de cette violence sont peu connus. Il est important de noter que la violence à l'égard d'un conjoint n'est pas une pathologie psychiatrique mais un comportement souvent appris. En effet, les expertises psychiatriques retrouvent le plus souvent chez les agresseurs des personnalités normales. (22)

Les auteurs sont unanimes sur le fait qu'il n'y a pas de profil type d'homme violent. Certains ont tout de même essayé de réaliser une classification des auteurs.

Dans le rapport Henrion, on retrouve la classification suivante : (12)

- Des hommes immatures et impulsifs qui s'énervent et deviennent violents à l'occasion d'événements qu'ils ne contrôlent pas (grossesse, séparation).
- Des hommes psychorigides, autoritaires, qui trouvent normal de dominer leur compagne. Avec au sein de cette catégorie des migrants originaires de pays où les coutumes sont différentes de celles de la France et où les femmes ne bénéficient pas du même statut dans la société.
- Des hommes qui ont été témoins ou victimes de violences ou d'abus sexuels dans leur enfance et qui reproduisent ces violences à l'âge adulte.
- Des hommes jaloux.
- Des hommes paranoïaques ou psychopathes qui éprouvent une méfiance quasi délirante à l'égard des femmes.
- Des hommes qui sont violents à l'occasion de la prise d'alcool ou de toxiques, par levée d'inhibition.
- Des hommes qui ont des fonctionnements pervers narcissiques.

Dans le rapport Coutanceau, remis en 2006 au ministre chargé de la parité, trois profils cliniques d'hommes violents sont décrits : (23)

- Le premier, à tonalité immaturo-névrotique, dans le spectre de la normalité.
- Le second : un sujet mal structuré avec des fragilités diverses : instabilité, agressivité, aspect dysharmonique du caractère, problématique de jalousie ou de peur de la perte.
- Le troisième : un sujet avec un égocentrisme très marqué et une dimension paranoïaque et mégalomaniacale.

B - La prise en charge de l'homme violent

Il existe peu de données sur les possibilités de prise en charge de l'homme violent et sur leur efficacité.

Selon le Dr Lopez, co-fondateur de l'institut de victimologie de Paris, il n'existe pas de profil type d'hommes violents.

Encouragés par les stéréotypes sexistes, certains hommes ne font que reproduire ce dont ils ont été témoins et pourront bénéficier de thérapies psycho-éducatives s'ils reconnaissent les faits.

D'autres hommes, égocentriques, sont dans le déni de leur violence ou légitiment leurs actes et devront bénéficier de mesures coercitives, telles que celles prévues par l'ordonnance de protection.

Les plus violents, dans le déni jubilatoire, sont au-delà de toute possibilité thérapeutique. (13)

Le rapport Coutanceau préconise, en plus de l'action de prévention des violences conjugales, une prise en charge de l'homme violent, selon les principes suivants : (23)

- Un rappel à la loi, préalablement à toute prise en charge.
- Une intervention précoce présenteielle, en amont de la spirale de la violence.
- Une prise en charge psycho-éducativo-sociale obligatoire.

- Permettre l'évaluation par un expert quand il y a suspicion de dangerosité.
- Développer des consultations spécialisées soit individuelles, soit, préférentiellement, en groupe de parole, avec des animateurs mixtes, et un nombre significatif de séances (6 à 12), avant ou après jugement. Le groupe de parole doit avoir une appellation non stigmatisante et un protocole de suivi doit être instauré, permettant d'aborder l'ensemble des sujets liés à la violence.

Ces propositions restent théoriques. Certaines prises en charge ont été expérimentées :

Une revue de la littérature Cochrane a été réalisée en 2012, à propos des études portant sur l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale chez les hommes qui infligent des sévices à leurs partenaires féminines. L'étude portait sur 6 essais, tous réalisés aux Etats-Unis. Les auteurs concluent à des résultats trop peu nombreux pour tirer des conclusions sur l'effet de cette prise en charge. (24)

Structures d'aide en France :

La fédération nationale des associations et des centres de prise en charge d'auteurs de violences conjugales et familiales (FNACAV) regroupe des structures qui s'occupent de l'accompagnement psychologique des auteurs de violences. Les associations proposent actuellement des prises en charge différentes mais l'objectif est de travailler sur un référentiel commun qui permettra une meilleure évaluation des résultats. Trente associations sont aujourd'hui membres de la FNACAV sur le territoire français. (25)

Pour la Loire Atlantique on compte une association adhérente à St Sébastien sur Loire : l'association d'action éducative de Loire Atlantique (AAE44). Via son service pénal socio-judiciaire, l'association organise chaque année quatre stages de citoyenneté et de responsabilisation pour les auteurs de violences conjugales ainsi que deux groupes de parole pour les auteurs de violences conjugales. (26) Les missions de ce service de l'AAE44 sont liées à l'application des mesures pénales ordonnées par les magistrats et visent à éviter que les auteurs d'infractions ne récidivent.

Dans l'Aude, une permanence d'accueil des auteurs de violences conjugales existe depuis 2009, suite à la demande de la commission départementale d'action contre les violences faites aux femmes. La prise en charge se déroule ainsi : dix séances de groupe de parole, encadrées par deux entretiens individuels. La majorité des participants sont orientés par la justice, sur injonction et les autres sont des volontaires. Les intervenantes de la permanence d'accueil notent un sentiment de culpabilité, de honte qui peut agir comme un frein à la parole lors des premières séances : « Il est impossible que je sois comme ces hommes-là, ce sont des malades ! ». Ces hommes ont comme image de l'homme violent un être inhumain, abominable, alcoolique, fou, malade, avec qui ils n'ont rien à voir. Les intervenantes soulignent donc qu'il est important de travailler sur le déni. Le vécu des groupes de paroles est positif dans l'ensemble. La plupart des participants disent arriver à ne plus avoir recours aux violences physiques après cette prise de conscience, via le miroir du groupe de parole. (27)

C - Le médecin généraliste face à l'homme violent

Représentations de l'homme violent par le médecin généraliste

Pour les médecins généralistes, les caractéristiques de l'auteur sont les suivantes : (18) (28)

- Pouvant appartenir à tous les milieux mais avec comme facteurs favorisants : milieu précaire, facteurs culturels (origine ethnique).
- Présentant une addiction : alcool, stupéfiants.
- Présentant une pathologie psychiatrique.
- Présentant une personnalité pathologique : impulsif, immature, pervers, manipulateur.
- Rustre, macho.
- Ayant un passé de victime ou témoin de violences.
- Présentant un déni des violences.
- Ayant une attitude « normale » dans les relations sociales : homme charmant, souriant, prêt à rendre service.

La peur de l'homme violent

La peur de l'homme violent est un phénomène peu décrit dans la littérature. Cependant, dès 1999, une étude menée en soins primaires auprès de médecins américains montrait que 25 % des médecins interrogés avaient peur que, dans le cadre de la prise en charge de violences conjugales, l'agresseur redirige sa colère sur eux et 39% ont peur de majorer la violence envers la femme en posant la question à l'agresseur. Ils trouvent également que leur lieu de travail n'est pas assez sécurisé pour dialoguer avec l'agresseur. (29)

Une étude quantitative menée en 1996 auprès de médecins généralistes de Loire Atlantique évaluait la prise en charge de la violence conjugale : parmi les difficultés rencontrées, la crainte de la violence contre eux-mêmes était citée. (30)

Cette problématique est retrouvée, bien que discrète, dans plusieurs travaux de thèse.

En effet, dans une enquête réalisée en 2010 auprès des médecins rennais, certains ont relaté leur peur du conjoint et de la possibilité qu'il soit violent à leur égard. (31)

En 2012, une enquête réalisée en Isère, retrouvait parmi 17 médecins, 2 femmes qui exprimaient qu'elles avaient parfois peur du conjoint qui peut devenir agressif vis à vis d'elles lors de la consultation si elles abordent le sujet. (19)

Une étude réalisée en 2013 auprès de médecins en Loire Atlantique, retrouvait une association entre peur de l'homme violent et rédaction du certificat médical descriptif. La rédaction de celui-ci donnait au médecin l'impression de prendre parti pour la femme et le rendait donc plus vulnérable aux représailles du conjoint violent. La peur des conséquences pour le médecin lui-même était exprimée plus fortement que la peur des conséquences pour la femme. (18)

Une autre étude réalisée en 2013, auprès de médecins de Paris et région parisienne, recherchant les obstacles au repérage et à la prise en charge de violences conjugales de violences conjugales, retrouvait parmi 28 médecins interrogés, deux praticiens qui évoquaient la peur de l'homme violent dont un(e) relatant un fait de menace physique de la part du conjoint violent.(32)

Une étude présentée en 2017, portant plus spécifiquement sur la rédaction du certificat médical de coups et blessures par le médecin généraliste a mis en évidence comme principal frein à la rédaction la peur des conséquences judiciaires pour le médecin. La peur de représailles du conjoint violent, après la rédaction du certificat a été évoquée par 3 médecins sur 12 entretiens réalisés. Ces médecins étaient des médecins dits « de famille » qui connaissaient le conjoint violent. (20)

Il est important de noter que parmi ces témoignages, aucun médecin n'a été agressé par un conjoint violent. Un médecin rapporte cependant un cas de menace physique, sans passage à l'acte.

III – Objectifs de l'étude

Nous avons pu constater à travers la lecture de différents travaux que, bien que décrit ponctuellement, le phénomène de peur de l'homme violent n'a jamais fait l'objet d'une enquête plus spécifique visant à étudier l'impact que celle-ci peut avoir sur la prise en charge des violences conjugales en médecine générale.

L'objectif de cette étude est d'approfondir le ressenti du médecin généraliste face à l'homme violent dans le cadre des violences conjugales, et, à travers son ressenti et ses représentations, **de rechercher si la peur de l'homme violent peut constituer un frein à la prise en charge de la femme victime de violences conjugales en médecine générale.**

Matériel et Méthode

I - La méthode

A- Méthode qualitative

L'approche qualitative, empruntée au domaine des sciences humaines, permet l'exploration de phénomènes sociaux. Le chercheur n'analyse pas de données statistiques mais des données textuelles, qui, regroupées en unités de sens, permettent la compréhension des phénomènes étudiés.

Dans ce type d'étude, le nombre de sujets nécessaires n'est pas calculable a priori. La taille de l'échantillon a été définie au fur et à mesure des entretiens, lors de l'obtention de la saturation des données. Celle-ci est obtenue lorsque plus aucune nouvelle donnée utile à la compréhension de la problématique n'apparaît. Deux entretiens ont été réalisés après la saturation théorique, n'apportant pas de nouveaux éléments. (33) (34)

B - Entretiens individuels, semi-directifs

La méthode qualitative peut être employée lors de l'analyse de focus groups ou d'entretiens individuels. Nous avons fait le choix des entretiens individuels. En effet, la question de la peur étant du domaine de l'intime, l'entretien individuel nous a semblé plus propice à la libre expression des médecins interrogés.

Dans l'entretien semi-directif, l'enquêteur doit intervenir le moins possible. Il se sert du guide d'entretien pour amener son interlocuteur à s'exprimer sur les sujets qui l'intéressent, tout en gardant une attitude neutre.

C - Le recrutement des médecins

Initialement, l'enquêtrice a contacté des médecins choisis au hasard dans l'annuaire mais aucune réponse positive n'a pu être obtenue de cette manière.

Dans un second temps, l'enquêtrice a diffusé une annonce sur la liste de diffusion du groupe local de la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) de Nantes : deux médecins ont été recrutés.

Ensuite, le recrutement s'est fait par le réseau de connaissances de l'enquêtrice, en n'incluant pas les anciens maîtres de stage niveau 1 ou SASPAS, leur proximité avec l'enquêtrice pouvant être considérée comme un biais.

Un médecin a été recruté hors de Loire Atlantique, et est retraité. Nous avons pensé que son profil était enrichissant pour notre étude.

Seul le thème « violences conjugales » était annoncé aux médecins avant la réalisation de l'entretien. Ils étaient informés que la durée d'entretien serait de 30 à 45 minutes.

II- Les entretiens

A - Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré puis a évolué au fur et à mesure des entretiens, avec l'apparition de nouvelles données. Il servait de trame à l'enquêtrice afin d'aborder les sujets étudiés et d'effectuer des relances.

Il a été reproduit en **ANNEXE 1**.

B - L'entretien test

Un premier entretien appelé « test » a été réalisé afin de tester le guide d'entretien et de familiariser l'enquêtrice à la méthode d'entretien semi-directif. Il n'a pas été intégré lors de l'analyse.

C - Déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu soit au cabinet des médecins interrogés, soit à leur domicile, soit au domicile de l'enquêtrice. Un double enregistrement numérique a été réalisé pour chaque entretien. Pour chaque entretien était demandé l'âge du médecin et son mode d'exercice.

D - Enregistrement et retranscription

Les médecins interrogés ont tous donné leur accord oral pour l'enregistrement des entretiens et leur retranscription intégrale. Leur anonymat leur a été garanti.

III- L'analyse des entretiens

A - Retranscription du verbatim

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, à l'aide du logiciel Word. La retranscription respecte les hésitations, les silences, les éventuelles interruptions pendant l'entretien.

Les entretiens sont reproduits en **ANNEXE 2**.

B - Analyse par l'enquêtrice

Les entretiens ont été analysés de façon verticale : les idées émergeant du verbatim étaient apposées sous forme d'« étiquettes », ou UMS (unités minimales de signification) : manuellement, en regard du texte correspondant dans l'entretien. L'émergence d'une nouvelle UMS entraînait une relecture des entretiens précédents afin de la rechercher.

Elles ont ensuite été regroupées sous forme de tableau, il s'agit de l'analyse transversale, au cours de laquelle les UMS sont regroupées par thème et mises en articulation, afin de trouver une cohérence thématique entre les entretiens.

C - Triangulation des données

Afin d'éviter les biais d'interprétation, une analyse complémentaire des entretiens a été réalisée par la directrice de thèse et par le Dr LASSALLE-GERARD, médecin généraliste, collègue de l'enquêtrice.

Résultats

I - Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons réalisé 11 entretiens entre septembre 2016 et avril 2017. La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes.

L'entretien test, n'a pas été inclus dans l'échantillon, ses données étant trop pauvres du fait du manque d'expérience de l'enquêtrice. Les 10 entretiens suivants ont été utilisés pour l'analyse des résultats.

Les caractéristiques de l'échantillon ayant servi à l'analyse des résultats sont présentées dans le **tableau 1**.

L'échantillon était composé de 6 femmes et 4 hommes. Il a été diversifié afin d'enrichir l'enquête en élargissant le champ des opinions recueillies. La diversité portait sur l'âge, le sexe et les différents modes d'exercice :

Les médecins étaient âgés de 29 à 67 ans, permettant la représentation de plusieurs tranches d'âge.

Différents modes et lieux d'exercice étaient représentés : en groupe ou seul, milieu rural, péri urbain ou urbain.

Parmi eux 6 étaient maîtres de stage universitaires (MSU) et 4 ne l'étaient pas.

Tableau 1 : Les caractéristiques de l'échantillon.

	Sexe	Age	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	MSU	Durée (min)
M1	F	33	Groupe (3)	Périurbain	non	33
M2	F	43	Groupe (4)	Urbain	non	40
M3	H	29	Groupe (5)	Rural	non	29
M4	F	64	Groupe (5)	Urbain	oui	32
M5	H	56	Groupe (4)	Rural	oui	18
M6	F	55	Groupe (4)	Rural	oui	26
M7	F	33	Groupe (3)	Urbain	oui	18
M8	H	67	Seul	Péri urbain	non	47
M9	H	58	Groupe (3)	Rural	oui	31
M10	F	57	Seul	Rural	oui	42

II – Ressenti du médecin généraliste face à l’homme violent

A – La colère

Un des premiers sentiments qui apparaît lors de l’évocation de l’auteur de violences conjugales est la colère, entraînant même parfois l’utilisation de qualificatifs vulgaires à son égard.

M1 : « *C’est un ressenti de colère. De colère et d’incompréhension.* »

M2 : « *Ouais de la... comment dire... de la colère et du dépit quoi* »

M7 : « *Je sais pas de la colère euh... de la... de l’irrespect* »

M8 : « *Très souvent ta première réaction c’est une réaction un petit peu euh... de crispation “quel est le salaud qui a fait ça ?”* » « *Lorsque j’étais dans une situation où je voyais une femme... ah... complètement déglinguée, où là j’éprouvais de la colère* »

M9 : « *même si t’as une certaine empathie qui est de dire “mais attends c’est vraiment un salaud” [...] enfin je l’ai interprété comme étant un salaud* »

B- L’incompréhension

Les actes de violence conjugale et son auteur sont une source d’incompréhension pour les médecins généralistes. Cela va à l’encontre de leurs valeurs.

M1 : « *C’est un ressenti de colère. De colère et d’incompréhension.* »

M7 : « *Beaucoup de mystère, d’incompréhension, de tabou* »

C- Le rejet

Les médecins généralistes éprouvent un sentiment de rejet face à l’auteur de violences. Ils ont des difficultés à éprouver de l’empathie à son égard en raison de ses actes.

M1 : « *Moi ma réaction c’est du rejet.* » « *... le détester d’avoir fait un truc pareil* » « *moi c’est ça qui me... c’est ça que je ressens en fait c’est un sale type en fait.* »

M2 : « *J’aurais tendance à les ... à leur dire de consulter mais pas moi quoi* »

M3 : « *y’a une espèce de jugement hein forcément d’a priori* » « *sentiment primaire aussi de... tu vois de rejet de...* »

M4 : « *j’avais du mal quand même à compatir à... j’essayais de ramener les faits quand même* »

M6 : « un rejet total. » « [...] et qui a un comportement animal. Et non pas humain avec un contrôle supérieur. Hein voilà moi c'est tout ce que ça m'inspire. »

M7 : « difficile de les prendre en charge comme tous les autres. De pas partir avec des préjugés [...] enfin voilà oui de les prendre en charge comme un patient à part entière. »

M8 : « si tu veux quand tu sais que quelqu'un agit de cette façon tu peux pas avoir non plus la même attitude quand tu l'abordes ou quand tu discutes avec lui. »

M9 : « Et là tu vas avoir ipso facto un regard sur le gars euh... [...] où tu vas avoir un regard qui va avoir changé. » « Et après tu te dis [...] "ah ouais finalement t'es pas si sympa que ça quoi, t'as une façade et...voilà" »

M10 : « j'avoue avoir moins d'investissement. Euh, médical... » « enfin c'est des sujets des personnages que je n'ai pas envie de revoir. »

Ce sentiment de rejet s'associe à un sentiment de culpabilité par rapport à ce rejet, d'un désir de neutralité, de non jugement. Les médecins s'efforcent de ne pas juger leurs patients.

M1 : « Je ne devrais pas penser comme ça » « je pense que le jugement ce n'est pas une bonne chose »

M2 : « Je pense que j'ai trop d'a priori »

M3 : « s'extraire du jugement qu'on peut avoir sur ses gestes pour continuer à être le médecin de cette personne en fait. »

M8 : « Je ne suis pas accusateur. Je ne suis pas juge. » « Moi je porte pas de jugement devant la personne. »

M9 : « Ouais tu dois rester médecin tu dois pas porter de jugement »

D - Le désespoir

Parfois, un sentiment de désespoir est retrouvé dans le discours lors de l'évocation des prises en charge de violence conjugale et de leur auteur. Ce sont des situations qui leur apparaissent parfois comme sans issue.

M2 : « Voilà. Donc c'est un peu désespérant ouais. »

M4 : « ... ce qui me désespère quand même... »

M6 : « pour lui c'est une fatalité et pour toi tu n'as pas de prise là-dessus »

E- La peur

Les médecins généralistes expriment deux peurs par rapport à l'homme violent : la peur pour la femme, et la peur pour eux-mêmes, peur d'une agression de la part du conjoint violent.

1/ Pour la femme

Ils craignent un passage à l'acte violent, pouvant aller jusqu'à la mort.

M3 : « *Y'a cette peur rien que d'imaginer que quelqu'un puisse être violent* » « *Pour la femme je me dis putain mais euh [...] je me dis wow ça doit être terrible* »

M4 : « *Un jour il va la tuer [...] vraiment je pense qu'il est dangereux.* »

Ils craignent également de pouvoir être à l'origine de ce passage à l'acte en abordant le sujet en consultation.

M7 : « *La peur de la répercussion sur leur épouse.* »

M10 : « *Je me dis toujours derrière "Qu'est-ce que la femme va subir ?" » « Donc moi je me mettais bien en retrait et j'essayais de... de contrôler la situation pour que l'homme ne soit pas agressif, qu'il ne sorte pas énervé de la consultation pour pas agresser son épouse après »*

2/ Pour le médecin

Certains expriment la peur d'un éventuel passage à l'acte à leur égard.

M3 : « *Ben je dirais le premier instinctivement tu vois la peur* » « *Y'a aussi la peur pour moi parce que si tu te confrontes à ce genre de... enfin dans l'idée c'est voilà si quelqu'un peut être violent avec quelqu'un d'autre il peut l'être avec toi aussi donc euh...* » « *Ça me met en insécurité tu vois...* »

M6 : « *Tu veux dire euh ne pas aborder le sujet pour pas qu'il te... qu'il t'empoigne en gros ? Parce que ça peut arriver ça* » « *Je pense qu'ils peuvent être également violents vis à vis du soignant si ils s'imaginent un instant par exemple que le soignant euh... protège leur femme battue. Tu vois ?* »

M10 : « *J'avais peut-être une crainte un peu que... qu'il ait un comportement agressif vis à vis de moi aussi* » « *Moi personnellement ça me fait peur.* » « *...sujet vraiment difficile parce que j'ai vécu six mois avec quelqu'un comme ça je sais à quel point ça peut être violent* »

D'autres ne se sentent pas menacés par cet homme.

M2 : « *Moi ça éveille pas forcément de peur particulière* »

M9 : « *Oui probablement ça doit exister mais la peur euh après j'ai jamais ressenti de peur* »

D'autres sont ambivalents.

M1 : « ...je pourrais dire que je ressens de la peur [...] Mais en fait bizarrement je ressens pas de peur avec ces hommes-là alors que je sais... alors que c'est des hommes qui peuvent avoir frappé »

M5 : « Non j'ai jamais... c'est pas faire le malin que de dire j'ai jamais vraiment eu ce sentiment » « c'est... des situations qu'on aime bien éviter, qui sont désagréables pour tout le monde ... » « sans parler de peur on le vit mal ouais »

M7 : « La peur pour moi que ça leur plaise pas et du coup [...] que je sache pas comment ils vont réagir face à ça » « La peur pour moi c'est la moins importante [...] et puis je pense pas »

M8 : « Je comprends la peur. Je peux pas dire que j'ai pas eu peur hein [...] c'était pas dans ce contexte là »

Un médecin a rapporté des menaces d'actes violents à son égard à deux reprises :

M10 : « Il a fait la menace de me frapper avec son carnet de chèques [...] J'ai eu peur. Mais il est pas allé au bout de son geste non non. »

« Euh j'ai eu un épisode de violence en visite à domicile euh... chez un patient que je connaissais bien, j'aurais pas imaginé qu'il soit violent et en visite à domicile je suis arrivée chez lui c'était un dimanche et il était armé et il m'a...il m'a carrément mis en joue. »

3/ Différences de ressenti selon le sexe du médecin

Les médecins généralistes pensent que le ressenti de peur face à l'homme violent est différent que l'on soit un homme ou une femme.

Certaines femmes médecins se sentent plus vulnérables face à l'auteur de violences :

M5 : « Je dirais que pour une fois être une femme médecin ça influe. » « En tant que soignant on peut avoir peur bien sûr. Mais je pense que c'est plutôt les femmes dans ce cas là quand même hein. » « Un mec il a un homme violent en face de lui ben il répond. »

M10 : « « Moi personnellement ça me fait peur. A chaque fois. En tant que femme médecin ça me fait peur. »

Alors que pour d'autres, le fait d'être une femme est un facteur protecteur, le rapport d'homme à homme étant plus à risque de confrontation.

M4 : « Y'a peut-être le fait que par rapport à l'homme je serais peut-être plus à l'aise, j'aurais peut-être moins peur de la violence hein euh... par rapports aux hommes violents en général euh... en tant que femme si je me positionne calmement et que je... alors qu'un homme après ben je pense que le rapport peut être peut-être plus difficile d'homme à homme. »

III – Représentations de l’homme violent par le médecin généraliste

A – Manipulateur

Pour les médecins généralistes, l’homme auteur de violences conjugales est manipulateur à l’égard de son entourage : sa conjointe mais également son médecin peuvent en être l’objet.

Manipulation du médecin :

M1 : « *Je m’étais dit qu’il fallait que je fasse attention à moi-même parce que c’est un homme que je trouvais déjà manipulateur.* »

M2 : « *Ils sont très forts quoi c’est des manipulateurs* » « *[...] qui ont souvent les services sociaux en poche* »

M9 : « *t’as d’autres qui ont l’air comme ça et qui euh... t’entourloupent gentiment* »

Manipulation de la conjointe :

M4 : « *il isole sa femme, la rabaisse tout le temps [...]y’a des manœuvres quoi on voit bien* »

M10 : « *Et je m’étais tout de suite dit euh que, qu’il devait maîtriser beaucoup la... la vie de couple.* » « *Ce sont des hommes très suspicieux [...]ils manipulent l’esprit de leur épouse* »

B- Dans le déni

L’homme auteur de violences est souvent décrit comme un homme dans le déni des faits. Il nie tout acte de violence, se décrivant plutôt comme une victime au sein de son couple.

M2 : « *...qui se sait pas malade, qui se sent pas malade, qui se sent dans...* » « *pas forcément la conscience de leur... de leur problème quoi* » « *on voit les hommes séparément mais ils nous parlent pas du tout de cet aspect-là quoi...* »

M4 : « *et lui qui ne comprenait pas quoi bof c’était une dispute de plus* » « *il se sentait pas du tout coupable* » « *il réagissait et se situait en victime* » « *il veut pas comprendre* »

M5 : « *il refusait d’admettre la situation et puis euh... bon il a été un peu acculé quand même à... à reconnaître certaines choses...* »

M6 : « *il n’arrive pas à avoir du recul par rapport à ses gestes* »

M8 : « *L’homme violent ne jugeait pas forcément utile d’aller voir le médecin : “c’est pas moi le malade !”* » « *si pour lui tout est normal, la démarche il la fera pas* »

C- Explications à la violence

Les médecins généralistes recherchent des explications à ce qui a pu provoquer le comportement violent de cet homme : passé violent, addictions, personnalité pathologique...

Certains le voient comme un homme en souffrance :

M3 : « *il me touche d'une certaine manière parce qu'il a l'air en grande souffrance* »

M5 : « *... violent parce que déprimé [...] problèmes professionnels euh...* » « *ouais y'a souvent un contexte les gens sont pas fondamentalement violents* »

M7 : « *je pense que si on est arrivé là c'est que eux aussi vont pas bien et eux aussi doivent avoir besoin d'aide.* »

M8 : « *classiquement c'est vrai que les gens violents ont vu la violence hein ils ont subi parfois la violence* »

M9 : « *à mon avis il y a toujours quelque chose à fouiller* »

Le lien entre violences conjugales et addictions est fréquemment cité :

M4 : « *il y a quand même un critère d'alcoolisme à chaque fois quasiment* »

M5 : « *y'a derrière euh malheureusement l'alcoolisme* »

M8 : « *c'était quelqu'un qui était violent quand il avait bu hein* »

M9 : « *dans les deux cas c'est dans des contextes d'alcool* »

La personnalité pathologique semble être une explication pour certains :

M2 : « *beaucoup de personnalités narcissiques pervers* » « *lui est complètement pathologique* »

M4 : « *c'était typiquement le pervers, je pense que c'est un pervers en fait qui avait typiquement la main dessus* » « *je pense avec un gros trouble de la personnalité* »

M9 : « *très rigide* » « *voilà c'était moi le chef* » « *un peu je sais tout, fermé enfin pas fermé mais rigide, ce que je dis est parole de vérité quoi* »

M10 : « *des crises un peu psy quoi en fait il lui faisait des comédies à la maison, il criait beaucoup* »

D- Milieu socioculturel

Les médecins généralistes pensent que cet homme auteur de violences peut appartenir à tous les milieux, cependant quelques stéréotypes apparaissent dans le discours.

M2 : « [...] d'hommes qui ont une très bonne situation » « patients d'origine maghrébine » « lié à la perception de la femme dans certaines religions »

M4 : « un type qui a des responsabilités très importantes »

M5 : « ben je pense qu'il y en a dans tous les milieux mais encore une fois il y a certaines situations sociales qui probablement augmentent le risque de ... basculer dans la violence »

M6 : « enfin c'est quelqu'un comme tout le monde quoi »

M9 : « y'a pas un milieu à mon avis préservé »

M10 : « un homme d'un certain niveau intellectuel »

E – Caractériel

L'homme auteur de violences apparaît caractériel, agressif, impulsif. Les médecins le pensent capable d'auto et d'hétéro agressivité.

M4 : « il me paraissait assez caractériel assez difficile » « une telle violence il peut aussi la retourner contre lui »

M5 : « j'ai convoqué le mari [...] il avait été très agressif, très menaçant » « il a été menaçant verbalement »

M6 : « c'est quelqu'un qui ne contrôle pas ses pulsions » « [...] réagit de façon réflexe, n'arrive pas à avoir de recul par rapport à ses gestes »

M10 : « je le perçois comme quelqu'un d'agressif »

F- Aimable avec le médecin

Paradoxalement, il peut se montrer très aimable en consultation avec le médecin.

M2 : « ils vont pas être violents hein [...] ils vont être doux comme des agneaux. »

M4 : « il était "oh pardon docteur vraiment pardon docteur" alors qu'il venait de casser le nez de sa femme à côté [...] et il s'excusait parce qu'il m'avait un peu bousculée... »

M7 : « voilà envers moi ils sont tout gentils tout... comme n'importe quel autre patient »

Certains pensent même que lorsqu'il se retrouve en consultation, l'homme auteur de violences peut même éprouver de la peur et de la honte face au médecin :

M6 : « *non parce que ils ont quand même peur* » « *un peu peur de... voilà ils sont plus dans le cercle étroit du couple y'a quand même une personne extérieure [...]ils sont pas très fiers d'eux quoi* »

M8 : « *je considérais que si ils venaient pas c'était soit parce qu'ils avaient honte [...]soit parce ce que euh bah ils considéraient qu'ils avaient rien à me dire quoi.* »

E- Accepte une prise en charge

Malgré un déni fréquent de leur agressivité, parfois les auteurs de violences acceptent la prise en charge proposée par le médecin.

M8 : « *il avait accepté de se soigner* » « *il a accepté d'être suivi par un psychiatre* »

IV – L'impact de la confrontation à l'homme et à la femme.

A- Impact sur la prise en charge de la femme

Le fait de connaître le partenaire peut interférer avec la prise en charge de la femme.

Pour certains médecins, le fait de connaître celui-ci peut faire minimiser la gravité des faits :

M3 : « *Ben je le connais donc j'ose pas autant le dénoncer, autant l'inscrire dans l'image du bourreau avec la femme tu vois* » « *[...]tendance à minimiser inconsciemment* »

Pour d'autres, la connaissance du partenaire semble aider la prise en charge :

M4 : « *là ça m'aide oui ça me permet vraiment de situer le mari...* »

M5 : « *j'ai des situations où euh ben en fait les deux... les conjoints sont mes patients donc c'est assez facile en fait de mettre les choses à plat* »

D'autres pensent que la connaissance du partenaire n'a pas d'impact sur la prise en charge de la femme :

M6 : « *franchement non, je pense pas que ça ait pu modifier grand chose* »

M8 : « *lorsque je me retrouvais dans cette situation, mon souci c'était avant tout la personne que j'avais en face de moi. Point terminé.* »

B- Impact sur la prise en charge de l'homme

La connaissance de la partenaire peut rendre difficile la prise en charge de l'auteur des violences par le médecin :

M7 : « [...] pas facile de les prendre en charge quand on les a au cabinet et que on a vu la femme peu de temps avant »

IV – Prise en charge de l'auteur de violences conjugales

La question d'aider l'homme violent a été abordée spontanément par les médecins lors des entretiens.

Ils semblent considérer sa prise en charge comme inhérente à leur rôle de médecin.

M2 : « nous on est là pour les aider à se traiter »

M3 : « [...] il a probablement besoin d'aide aussi... » « [...] lui tendre la main... »

M7 : « Parce que je pense que si on est arrivé là c'est que eux aussi vont pas bien et eux aussi doivent avoir besoin d'aide »

M8 : « je pense qu'il faut aussi être à l'écoute de... de quelqu'un qui est violent »

Un médecin pense qu'il peut apporter son aide via la prise en charge du couple...

M5 : « quand on connaît les deux c'est super parce que je pense qu'on peut vraiment euh... on peut vraiment les aider. » « ils savent très bien qu'on... qu'on porte pas de jugement qu'on est là juste pour essayer de dépatouiller le truc »

... mais se dit également rarement confronté à la problématique des violences conjugales.

M5 : « j'ai la chance qu'on...de... pas être trop souvent confronté [...] il y a peut-être des régions où les médecins y sont quotidiennement confrontés ce qui est loin d'être notre cas »

Lorsqu'ils évoquent leur pratique, le discours est différent et de nombreux freins sont exprimés par les médecins tiraillés entre leur désir théorique de prendre en charge cet homme et leur fort sentiment de rejet à son égard.

M1 : « je préférerais ne pas avoir à m'occuper de l'homme en consultation en fait »

M2 : « j'aurais tendance à les... à leur dire de consulter mais pas moi quoi »

Plusieurs médecins éprouvent une grande culpabilité face à ce sentiment de rejet, et aspirent à la neutralité.

M1 : « je pense que globalement mais particulièrement dans mon travail je pense que le jugement c'est pas une bonne chose » « je devrais pas me dire c'est un sale type »

M3 : « ... bah je peux pas m'empêcher de le juger en fait. » « ça heurte tellement mes valeurs, ça va tellement à l'encontre de...de... moi tu vois ça me choque tellement que j'aurais du mal à être dans cette attitude professionnelle, rester neutre sans jugement »

M6 : « je pense que je suis pas assez à l'écoute de l'homme violent... Parce que je lui donne aucune excuse... Tu vois ? Alors que il faudrait peut être sans doute enfin en tout cas dans ce cas là euh... écouter son histoire euh... »

Les autres freins à sa prise en charge sont :

- Le déni des faits

M6 : « s'il n'arrive pas à avoir de recul par rapport à ses gestes [...]c'est vachement compliqué de le prendre en charge »

- La lourdeur de la prise en charge psychologique

M4 : « je me voyais mal le prendre en charge euh... continuer à le suivre quoi à... sur le plan psy en tout cas. »

M7 : « leur dire euh "je sais que vous avez été violent est-ce qu'on en discute, est-ce qu'il y a quelque chose que je peux faire pour vous aider ? " de travailler là-dessus avec eux ça j'arrive pas » « en ce moment voilà j'ai déjà assez de suivis psychologiques, psychiatriques pour me rajouter celui d'un homme violent »

Différences selon le sexe du médecin

Les femmes médecins expriment plus de freins à la prise en charge de l'auteur de violences, notamment du fait d'un fort sentiment de rejet à son égard.

M1 : « Ben en fait je pense que c'est pas la même chose quand on est une femme ou quand on est un homme [...]je parlais d'une réaction de rejet et effectivement d'emblée moi c'est ça que je ressens en fait [...]c'est un sale type »

M2 : « ...effectivement ils ont besoin d'être aidés, après je pense que j'aurais du mal effectivement alors peut-être parce que je suis une femme tout simplement et que voilà... »

M6 : « ... je dirais que pour une fois être femme médecin ça influe [...] là du coup je me sens vraiment femme médecin [...]je pense que je suis pas assez à l'écoute de l'homme violent »

Elles ressentent également un mépris de la part de cet homme à l'égard des femmes, qui les décrédibilise dans leur rôle de soignantes.

M7 : « ... enfin je sais pas je pense qu'un homme médecin peut être opposé à la violence conjugale et avoir du mal à prendre en charge même si c'est un homme mais en tout cas en

tant que femme médecin euh ouais. » « Eux ne respectant pas la femme, je vois pas pourquoi ils me respecteraient plus que leur épouse. »

M10 : *« euh ben je suis une femme comme leur femme. Donc euh je vau pas grand chose ma parole est pas... et il faut que je leur obéisse... voilà ce que je ressens. »*

M10 : *« je savais qu'il m'écouterait pas qu'il ferait rien donc j'insistais pas en fait »*

Un médecin homme pense que le sexe du médecin ne constitue pas un frein à la prise en charge de l'auteur ni de la femme victime :

M3 : *« Mon genre ne me fait pas penser qu'il y a un frein ni à prendre en charge la femme ni à prendre en charge l'homme en tout cas »*

V- Conséquences de la peur de l'homme violent sur la prise en charge de la femme

Nous avons pu constater à travers les résultats concernant le ressenti que certains médecins éprouvent de la peur à l'égard de l'homme violent. Nous allons rechercher des liens dans le discours entre une peur exprimée par rapport à l'homme et la présence ou non du désir de prendre en charge la femme.

M1 :

Peur : *« je me suis dit "il va débouler ici et il va me tabasser ça c'est clair". C'est pas arrivé mais c'est vrai que...je pense que c'est des choses qui peuvent arriver »*

Désir d'aider : *« ces femmes là je me dis que c'est important que je trouve tout de suite le bon endroit parce que si je trouve pas tout de suite le bon endroit elles trouveront plus jamais le courage de faire la démarche quoi. »*

M3 :

Peur : *« y'a aussi la peur pour moi parce que si tu te confrontes à ce genre de... enfin dans l'idée c'est voilà si quelqu'un peut être violent avec quelqu'un d'autre il peut l'être avec toi aussi donc euh... »*

Désir d'aider : *« après bon je pense pas que... enfin c'est pas une peur qui m'empêche d'agir tu vois »*

M6 :

Peur : *« tu veux dire euh ne pas aborder le sujet pour pas qu'il te... qu'il t'empoigne en gros ? Parce que c'est, ça peut arriver ça. »*

Désir d'aider : *« Alors que là en l'occurrence euh... quand t'as une femme qui vient euh... et qui... c'est, c'est extrêmement difficile de... de pas être extrêmement maternante. Voilà. (rires) ... Pour la femme. »*

M7 :

Peur : « *la peur pour moi c'est la moins importante en fait parce que... parce que voilà quand bien même il serait violent et... enfin je suis pas dans un cabinet toute seule, je suis pas isolée, euh... et puis je pense pas. »*

Désir d'aider : « *une femme qui me dirait "oui" euh je pense que si elle est prête à en parler je sais recueillir ses propos et en faire quelque chose »*

M10 :

Peur : « *parce qu'en fait j'avais peut être une crainte un peu que... qu'il ait un comportement agressif vis à vis de moi aussi »*

Désir d'aider : « *alors là si je soupçonne qu'il y a une euh... une violence, j'essaie par tous les moyens de lui faire savoir que... que je suis là, qu'elle peut venir me voir que... qu'elle peut me parler, qu'elle peut m'appeler, qu'elle peut euh... que si je peux l'aider oui je suis là. »*

Tous les médecins ayant exprimé une peur vis à vis de l'homme violent se sentent désireux d'aider une femme victime de violences conjugales.

Discussion

I – Forces et faiblesses de l'étude

A- Les forces

Un travail original

Lors du travail de recherche bibliographique, nous avons pu constater que la peur de l'homme violent était un phénomène décrit ponctuellement dans la littérature mais qui n'avait pas été exploré. Son impact sur la prise en charge de la femme n'avait jamais été étudié spécifiquement.

La méthode

La méthode qualitative est la plus adaptée lorsqu'on cherche à étudier des ressentis, des représentations, ce qui n'est pas quantifiable. Le choix des entretiens individuels plutôt que des focus groups permet une mise en confiance de la personne interrogée, et une plus juste expression du ressenti, sans crainte d'un éventuel jugement du groupe. L'échantillon était diversifié : composé de femmes et d'hommes, d'âges différents, de durée d'expérience différente et de milieux d'exercice différents.

L'analyse des résultats

Les entretiens ont été arrêtés après obtention de la saturation des données, ce qui permet la validité interne de l'étude qualitative. La triangulation des données, c'est à dire l'analyse par l'enquêtrice ainsi que de la directrice de thèse et du Dr LASSALLE-GERARD, permet de diminuer les biais d'interprétation.

B- Les faiblesses de l'étude

Biais de sélection

Les médecins ayant répondu spontanément par mail, après la première demande de l'enquêtrice étaient probablement particulièrement sensibilisés au sujet.

Les médecins trop proches de l'enquêtrice comme les anciens maîtres de stage ou les collègues ont été volontairement exclus afin de garder une certaine neutralité lors des entretiens, mais l'élargissement de l'échantillon via la méthode « boule de neige » a permis d'interroger des médecins qui, hors réseau de connaissance, n'auraient probablement pas participé à cette étude.

Biais d'intervention

Le manque d'expérience de l'enquêtrice en tant qu'investigatrice peut induire un biais. Cependant la technique d'entretien semi directif a été perfectionnée au fur et à mesure de l'enquête.

L'expression de ses propres sentiments est un exercice difficile pour les participants, qui ont pu, soit par peur du jugement de l'enquêtrice, soit inconsciemment, omettre d'exprimer certains ressentis.

Biais d'interprétation

L'analyse qualitative ne peut être parfaitement neutre car elle est soumise à la subjectivité de l'enquêteur lors de l'analyse des données. Le but de la triangulation des données est de réduire ce biais au maximum.

Après avoir présenté les forces et faiblesses de notre étude, nous allons aborder les principaux résultats obtenus, au regard des données actuelles de la littérature.

II- Ressenti et représentations du médecin généraliste face à l'homme violent

A -Le ressenti

Face à l'homme violent, les médecins généralistes éprouvent :

- De la colère, face à l'injustice de leur violence
- De l'incompréhension, de ce qui les mène à exercer ces violences
- Du rejet, mêlé à une culpabilité de leur réaction de rejet, qui selon eux ne colle pas avec ce que devrait ressentir un médecin
- Du désespoir, face à certaines situations qui semblent insolubles
- De la peur : d'une part pour la femme, des conséquences sur sa santé, voire de la mise en jeu de son risque vital et d'autre part pour eux-mêmes : crainte d'un acte de violence envers eux

Les médecins femmes ont tendance à penser qu'il est plus difficile pour elles de prendre en charge l'auteur de violences, à la fois car elles se sentent méprisées par cet homme, de la même façon que celui-ci leur semble mépriser sa femme et car elles se sentent moins aptes à se défendre en cas de violences physiques.

Ces données sont superposables à celles de l'étude de N. NGUYEN (21). La notion de colère n'est pas citée dans ses résultats mais à la lecture des unités de signification associées au rejet, on retrouve des réactions de colère similaires à celles exprimées dans nos entretiens.

B -Les représentations

L'homme violent est décrit par les médecins comme :

- Manipulateur : de son entourage notamment de sa conjointe, de son médecin et également parfois d'intervenants extérieurs (sociaux, psychiatre...)
- Dans le déni de ses actes, se posant plus souvent en victime lorsqu'il relate les faits à son médecin
- En souffrance : les médecins recherchent ce qui peut expliquer cette violence : addictions, violences subies dans l'enfance, problèmes psychologiques voir psychiatriques sont des hypothèses évoquées.
- Pouvant appartenir à tous les milieux : le statut socio-économique ne présage pas de ce qui se passe dans l'intimité. Néanmoins on retrouve dans le discours une tendance au stéréotype sur notamment l'origine maghrébine, le milieu précaire.
- Caractériel : c'est un homme impulsif, que le médecin a du mal à cerner et qui lui semble pouvoir devenir violent à tout moment
- Aimable avec le médecin : paradoxalement, en consultation cet homme se montre souvent très respectueux et poli avec son médecin
- Acceptant une prise en charge : dans de rares cas, l'homme sort de son déni et accepte la prise en charge proposée par son médecin

Plusieurs travaux de thèse ont étudié les représentations de l'homme violent par le médecin généraliste. (18) (21) (28) Les données de notre étude sont superposables aux résultats de ces travaux.

II – La prise en charge de la femme : une priorité.

Au cours de l'analyse des résultats, nous avons recherché, pour chaque médecin évoquant sa peur de l'homme violent, des données dans le discours concernant son attitude face à la femme victime de violences. Chaque médecin ayant évoqué la peur de l'homme au cours de l'entretien se dit déterminé à aider une patiente victime de violences conjugales. La prise en charge de la femme est décrite comme la priorité pour les médecins interrogés dans notre étude.

Ces résultats peuvent sembler contradictoires par rapport aux conclusions du travail de E. Le Brusq concernant le certificat médical de coups et blessures. (20) En effet, les résultats de cette étude montrent que lorsqu'on évoque une situation de rédaction de certificat médical

de coups et blessures, un des freins à cette rédaction est la peur d'une vengeance de la part de l'agresseur. Cette peur concernait principalement le médecin de famille connaissant l'agresseur, les médecins de SOS médecins ne se sentaient pas en danger après la délivrance du certificat. Certains médecins remettaient également en cause la véracité des propos de la femme, craignant une manipulation de la part de la victime et des retombées judiciaires pour eux, suite à la rédaction d'un certificat « erroné ».

Dans notre étude, la rédaction du certificat ne faisait pas partie du guide d'entretien, les médecins étaient interrogés sur leur ressenti concernant l'homme violent d'une manière générale, et ont spontanément exprimé leur désir d'aider la victime de violences conjugales.

On peut donc penser que cette contradiction est liée au fait qu'on se trouve à deux temps différents de la prise en charge : l'idée de prendre en charge sa patiente victime de violences semble évidente au médecin sur le plan théorique. Il n'y a pas eu de remise en cause de l'authenticité des propos des victimes par les médecins interrogés dans notre étude.

En pratique, une fois dans la situation concrète de rédaction du certificat médical de coups et blessures, le médecin se retrouve face à de nouveaux freins, comme la crainte de répercussions judiciaires à son encontre ainsi que la peur d'être manipulé par la femme. (20)

Dans l'étude de M. PANTALEON, la peur du médecin pour lui-même était retrouvée comme frein à la prise en charge des violences conjugales par le médecin généraliste. (18) Cette peur pour lui-même était plus fortement exprimée que la peur des conséquences pour la femme. Dans notre étude, la peur pour le médecin et pour la femme sont retrouvées dans le discours, sans prépondérance de l'une sur l'autre.

III – La prise en charge de l'homme violent

Dans le travail de N. NGUYEN sur la prise en charge des auteurs de violences par les médecins généralistes, on observe un sentiment de malaise des médecins face aux hommes violents, qui peut aller jusqu'à un refus de prise en charge. Ce sentiment de malaise est lié d'une part à la crainte de s'immiscer dans la vie privée des patients, d'autre part au manque de formation initiale et continue à ce type de prise en charge. (21)

Dans notre étude, le thème de la prise en charge de l'homme violent est apparu spontanément au cours des entretiens. En effet, après s'être interrogés sur leur ressenti et leurs représentations face à l'homme violent, les médecins ont abordé le devenir de cet homme et sa prise en charge, sans que cet axe ne fasse partie du guide d'entretien.

Les réactions observées étaient plutôt de l'ordre du rejet, mêlé à un sentiment de devoir théorique de prise en charge de ces patients. La question de la vie privée des patients n'a pas été exprimée comme un frein.

A – Le conflit interne du médecin généraliste : entre devoir d'assistance et rejet.

La prise en charge de l'auteur de violences pose question aux médecins généralistes.

Certains se sentent prêts à offrir leur aide eux-mêmes au cabinet, en recevant le couple par exemple ou l'homme seul. On peut se questionner sur les conséquences d'une telle prise en charge pour la femme. En effet, nous avons vu que l'homme violent a souvent un comportement exemplaire face à son médecin, mais une fois rentré au domicile, sa frustration et sa colère peuvent se reporter sur sa compagne. La prise en charge en thérapie de couple ne semble pas adaptée à la problématique des violences conjugales. Le rapport Coutanceau met en garde contre l'entretien de couple qui est quelquefois demandé par l'agresseur et sa victime. Il est parfois contre indiqué, parfois possible uniquement après un temps de prise en charge individuelle de l'auteur et dans le cas d'un homme reconnaissant les faits, autocritique et sensible aux conséquences pour sa compagne et ses enfants. (23) Alain Legrand, psychologue, psychanalyste et président de la FNACAV, exprime également des réserves par rapport à ce type de thérapie dite systémique. Il insiste sur l'absolue nécessité de la prise en charge de l'auteur en parallèle, car cette thérapie peut sous-entendre que la violence est en lien uniquement avec la relation du couple et masquer les problématiques de l'auteur. (35) Les indications de ce type de thérapie semblent donc très limitées et à envisager avec précautions.

Il existe une contradiction entre le désir théorique des médecins généralistes de venir en aide aux patients auteurs de violences et leur pratique.

En effet, plusieurs limites sont exprimées par rapport à la prise en charge de l'homme violent :

- Le rejet, frein principal, qui place le médecin dans un paradoxe entre le fait que les actes de ce patient heurtent ses valeurs et sa responsabilité théorique d'aider tous ses patients.
- Le déni des faits par l'auteur, qui rend la prise en charge impossible. En effet, en l'absence de reconnaissance de ses actes, travailler sur ceux-ci semble utopique.
- La lourdeur de la prise en charge psychologique d'un auteur de violences.

Nous avons également pu observer que les femmes médecins expriment plus fortement le sentiment de rejet et ressentent un mépris de la part de l'auteur de violences qui ne les encourage pas à le prendre en charge.

On peut donc se demander jusqu'où va le rôle du médecin généraliste. Doit-il passer outre ce sentiment de rejet et prendre en charge son patient auteur de violences ?

B – Définitions du rôle du médecin généraliste.

Selon la définition de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (36), la médecine générale

« répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ».

Les médecins généralistes, dispensent des soins « à tous ceux qui le souhaitent, indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie ». Les médecins interrogés dans notre étude semblent imprégnés par ces principes : le médecin doit assistance à ses patients, quels qu'ils soient, dans un climat de non jugement.

Selon la loi :

Les règles organisant les relations entre médecins et malades sont davantage fondées sur l'équilibre entre liberté et obligations que sur un droit absolu aux soins au profit des malades.

L'article R4127-7 du CSP : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.* » (37)

Selon l'article R4127-47 alinéa 2 du CSP (Code de la Santé Publique) : « *hors cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* ». (38) Cet article précise également que « *S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins* ».

Le médecin n'est donc pas tenu à une obligation légale de prise en charge, à condition d'adresser son patient vers un autre confrère ou une structure adaptée à sa prise en charge.

N. NGUYEN conclut dans son travail que la prise en charge des auteurs de violences conjugales fait partie du rôle du médecin généraliste.(21) Notre opinion est plus nuancée : si le médecin le désire, il peut assurer le suivi de son patient mais au vu des nombreuses réactions de rejet exprimées dans notre étude on peut se questionner sur la qualité de ce suivi. De plus les médecins généralistes se disent insuffisamment formés pour assurer ce type de prise en charge.

B - Quelle prise en charge proposer ?

Certains adressent leur patient vers un confrère psychiatre, d'autres vers un addictologue si la consommation de toxiques semble être à l'origine des accès de violences.

Une prise en charge plus spécifique des auteurs de violences conjugales est proposée dans les associations regroupées au sein de la FNACAV. (25) En effet, en complément des limites posées par la loi, l'objectif de la prise en charge de l'auteur sur le plan psychologique est d'accroître le contrôle qu'il a sur lui-même. La compréhension des souffrances et des origines de la violence n'excuse pas celle-ci et ne dédouane pas l'auteur de sa responsabilité. Elle a pour objectif de diminuer le risque de récurrence de violences. (39)

Selon Alain Legrand, président de la FNACAV, les professionnels doivent organiser leur stratégie thérapeutique en fonction du profil de l'auteur. (35) Il distingue les hommes ayant une personnalité psychopathique et exerçant la violence de manière jouissive, des hommes dont la violence survient en réponse à un flot émotionnel et affectif entraînant une désorganisation de la pensée puis le passage à l'acte.

La prise en charge peut être basée sur les groupes de parole ainsi que la thérapie individuelle, de type cognitivo-comportementale ou psychanalytique selon les profils.

Pour Alain Legrand, une thérapie de type « cognitivo-analytique », dans le cas d'un auteur de violences répondant à un flot émotionnel excessif, peut aboutir à une cessation des violences.

Le rapport Coutanceau évoque également différents profils d'auteurs de violences, même s'ils ne sont pas définis tout à fait de la même manière, comme nous l'avons vu dans l'introduction. La prise en charge proposée est similaire : thérapie individuelle, qui parfois fait émerger une demande de soins à plus long terme et/ou technique de groupe. Cette dernière est toutefois à privilégier selon les auteurs du rapport car la dynamique de groupe permet de sortir de sa problématique égoïste et favorise la prise de conscience, via l'effet « miroir » du groupe, chez des sujets habituellement dans le déni des faits. (23) Les intervenants sont psychiatres, psychologues ou sociologues.

Une prise en charge qui a ses limites...

Il est important de noter que la quasi-totalité de ces prises en charges fait suite à une obligation de soins. Il ne s'agit alors pas d'une demande spontanée de prise en charge de la part de l'auteur, mais d'une contrainte pour celui-ci, souvent suite à une décision de justice ou au moment où la conjointe quitte son partenaire ou menace de le quitter. (39) Certains sujets poursuivent la prise en charge au-delà de l'obligation de suivi, soit d'eux-mêmes, soit encouragés par leur entourage mais cette démarche reste rare. (23)

Une autre limite à ce type de prise en charge est le manque de structures existantes. En effet, dans le grand Ouest, seules deux associations adhérentes à la FNACAV sont recensées : l'une près de Rennes et une à Saint Sébastien sur Loire. (40) De nombreux départements français ne comptent donc aucune structure dédiée spécifiquement à la prise en charge des auteurs de violences.

Conclusion

Les résultats de notre étude portent sur le ressenti et les représentations du médecin généraliste face à l'homme violent sont superposables à ceux de la littérature.

Concernant la peur de l'homme violent et la prise en charge de la femme victime de violences, nous avons pu constater qu'en interrogeant les médecins généralistes soit sur leur ressenti et représentations d'une manière générale, soit sur la question plus spécifique du certificat comme dans l'étude de E. LE BRUSQ (20), les résultats obtenus étaient différents.

En effet, dans notre travail qui explorait le ressenti face à l'homme violent de manière générale, malgré le sentiment de peur exprimé par certains médecins, celle-ci n'apparaît pas comme un frein à la prise en charge de la femme victime de violences. Dans le travail de E. LE BRUSQ, cette peur est également retrouvée mais elle constitue un frein à la rédaction du certificat et donc à une prise en charge satisfaisante de la femme.

Il serait intéressant de réaliser des entretiens au cours desquels la question du ressenti face à l'homme violent et la volonté de prise en charge de la femme seraient abordés d'abord de façon générale puis d'aborder plus spécifiquement la question du certificat et d'observer si des changements surviennent dans le discours.

Si ceux-ci sont observés, cela irait dans le sens des conclusions de E. LE BRUSQ, c'est à dire un besoin d'harmoniser les attentes de la justice et les recommandations des ordres médicaux pour la rédaction du certificat.

La question de la prise en charge de l'homme violent interroge les médecins et les place dans une situation de conflit interne entre leur désir d'aider l'homme et le rejet qu'ils ressentent envers celui-ci. Nous avons vu qu'un médecin, s'il ne se sent pas capable pour des raisons d'éthique personnelle ou d'un manque de formation, de prendre en charge son patient auteur de violences, peut l'adresser à un confrère ou vers une association. Cependant, le manque de structures existantes constitue une limite à la prise en charge de l'homme violent.

Bibliographie

1. OMS. La violence à l'encontre des femmes. [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2015 [cité 23 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>
2. Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales : Repérer et aider les victimes. Rev Prat Médecine Générale. 26 sept 2005;19(702/203):945-54.
3. Buchaillet C, Jousset N, Rougé Maillart C. Violences conjugales : Aide à la prise en charge des victimes en dix points. Rev Prat Médecine Générale. mai 2014;28(922):417-22.
4. Ponte C. Le cadre législatif en matière de violences conjugales. Vocat Sage Femme. avr 2012;(95):19-21.
5. Prescrire. Violences conjugales : Reconnaître et accompagner les victimes. Prescrire. mars 2018;38(413):192-200.
6. Jaspard M, Brown E, Condon S, Firdion JM, Fougeyrollas Schwebel D, Houel A. L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. France: Service des droits des femmes; 2000.
7. Cavalin C. Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population : résultats de l'enquête « Événements de vie et santé (2/2) ». Études Résultats. oct 2009;(705).
8. Hamel C. Enquête VIRAGE : Violences et rapports de genre : Contextes et conséquences des violences subies par les femmes et les hommes. Ined - Doc Trav. juin 2014;(212):1-43.
9. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Ined-Doc Trav. janv 2017;(229).
10. INSEE - ONDRP. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » 2017. 2017 p. 177.
11. Ministère de l'intérieur, délégation aux victimes. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2016.
12. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. ministre délégué à la santé; 2001 p. 81.
13. Lopez G. Conséquences psychologiques et prise en charge des femmes victimes de violences. Rev Infirm. nov 2014;(205):28-30.
14. Lacroix S, Offermans AM. Les violences conjugales. Rôle du médecin généraliste. Société scientifique de médecine générale; 2004 févr p. 59.

15. Stephan H, Mesthe P, Beheregaray A, Oustric S. Violences conjugales : les victimes attendent du médecin qu'il aborde le sujet. Rev Prat Médecine Générale. mai 2012;26(882):428-9.
16. Bounoure A. Les femmes victimes de violences conjugales face à leur médecin traitant : entente et attentes. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de douze femmes. [Thèse d'exercice]. Strasbourg; 2010.
17. Secrétariat d'état en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes. Chiffres clés - Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes [Internet]. stop-violences-femmes.gouv.fr. [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Les-chiffres-de-reference-sur-les.html>
18. Pantaleon M. Le médecin généraliste face aux violences conjugales : représentations et résistances aux changements de pratiques. Etude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs. [Thèse d'exercice]. Nantes; 2013.
19. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. [Thèse d'exercice]. Grenoble; 2012
20. Le Brusq E. Analyse des freins des médecins généralistes lors de la rédaction du certificat de coups et blessures en cas de violences conjugales. [Thèse d'exercice]. Nantes; 2017.
21. Nguyen N. Le médecin généraliste face aux auteurs masculins de violences conjugales : représentations, attitudes et prise en charge proposée. [Thèse d'exercice]. Nantes; 2017.
22. Lopez G. La violence dans le couple : aspects psychologiques. AJ Fam. 15 déc 2003;(12):416-8.
23. Coutanceau R. Auteurs de violences au sein du couple : prise en charge et prévention. 2006 mars p. 27.
24. Smedslund G, Dalsbø TK, Steiro A, Winsvold A, Clench-Aas J. Thérapie cognitivo-comportementale chez les hommes qui infligent des sévices à leurs partenaires féminines. 15 Août 2012 [Internet]. 6 juill 2015 [cité 6 juill 2015]; Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD006048/therapie-cognitivo-comportementale-chez-les-hommes-qui-infligent-des-sevices-a-leurs-partenaires-feminines>
25. FNACAV. Lutte contre les violences conjugales et familiales. [Internet]. Fédération nationale des associations et des Centres de prise en charge d'auteurs de violences conjugales et familiales. [cité 14 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.fnacav.fr>

26. AAE44 S. Le service pénal socio-judiciaire de l'AAE44 [Internet]. AAE44. [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.aae44.fr/nos-activites/penal-socio-judiciaire>
27. Preault S. Violences conjugales : mettre en mots sa violence. Lien Soc. 25 juin 2014;(1143):32-4.
28. Boutonné R. Représentations et vécu des médecins généralistes face à la violence conjugale en consultation : une étude qualitative exploratoire. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Paris Est Créteil; 2014. Disponible sur: http://www.urps-med-idf.org/evenement/imageProvider.aspx?private_resource=15327&fn=machaon_2014_24_BOUTONNE.pdf
29. Sugg N, Thompson R, Thompson D. Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs. Arch Fam Med. août 1999;8(4):301-6.
30. Chambonet JY, Douillard V, Urion J, Mallet R. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. Rev Prat Médecine Générale. sept 2000;(507):1481-5.
31. Le Bail AS. Etat des lieux des connaissances de médecins généralistes rennais sur la prise en charge de femmes victimes de violences conjugales. [Thèse d'exercice]. Rennes 1; 2010.
32. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. [Thèse d'exercice]. [Paris]: Paris VII; 2013.
33. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. Pédagogie Médicale. nov 2009;10(4):293-304.
34. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. Rev Fr Sociol. 1975;2(16):229-47.
35. Conseil économique social et environnemental. Questions à Alain Legrand (FNACAV) [Internet]. Conseil économique social et environnemental. 2014 [cité 11 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.lecese.fr/content/questions-alain-legrand-fnacav>, <http://www.lecese.fr/content/questions-alain-legrand-fnacav>
36. Allen J, Heyrman J, Svab I, Gay B, Ram P, Crebolder H. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Wonca Eur. 2002;52.
37. Code de la santé publique - Article R4127-7. Code de la santé publique.
38. Code de la santé publique - Article R4127-47. Code de la santé publique.
39. Rouff K. Un centre d'accueil pour auteurs de violences. Lien Soc [Internet]. 11 mars 2004 [cité 11 juin 2018];(700). Disponible sur: <https://www.lien-social.com/Un-centre-d-accueil-pour-auteurs-de-violences-conjugales>

40. FNACAV. Les centres FNACAV [Internet]. 2018 [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.fnacav.fr/les-centres/>

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

- Pouvez-vous me parler de votre ressenti par rapport à l'homme violent (en général) ?
Quelle image en avez-vous ?
- Avez- vous déjà été confronté(e) à la prise en charge d'un homme violent ?
 - **Si OUI** : Pouvez-vous me raconter ?
La confrontation à l'homme auteur a-t-elle modifié la prise en charge de la femme ?
 - **Si NON** : Comment vous le représentez-vous ? Via des clips de prévention, les médias etc...
- *(Si pas d'apparition spontanée de notion de peur dans le discours) : J'ai lu dans certains travaux de thèses que des médecins parlaient de peur de l'homme violent...*
- Est-ce que le sexe du médecin peut modifier le ressenti face à l'homme violent ?
- Est-ce que le fait de travailler à plusieurs peut modifier le ressenti face à l'homme violent ?

Vu, le président du Jury,
Monsieur le Professeur Rémy SENAND,

Vu, la directrice de thèse,
Madame la Professeure Laure VAN WASSENHOVE,

Vu, la doyenne de la faculté,
Madame la Docteure Pascale JOLLIET

Titre de thèse : La peur de l'homme violent est-elle un frein à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par le médecin généraliste ?

RESUME

INTRODUCTION : Le médecin généraliste exerce un rôle primordial dans la prise en charge de la femme victime de violences conjugales. Néanmoins, de nombreux freins existent. L'objectif de cette étude est de rechercher, au travers de leur ressenti et de leurs représentations, si la peur de l'homme violent peut constituer un frein à la prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes.

METHODE : Étude qualitative par 10 entretiens semi-directifs, réalisés auprès de médecins généralistes. Analyse thématique manuelle et triangulation des données afin de minimiser le biais d'interprétation.

RESULTATS : Certains médecins expriment une peur de l'homme violent. Cependant, celle-ci ne constitue pas un frein à la prise en charge de la femme victime de violences qui est décrite comme leur priorité. La question de la prise en charge de l'homme violent a été abordée spontanément et place les médecins dans une situation de conflit interne entre le désir de l'aider et le rejet ressenti envers celui-ci.

CONCLUSION : Dans notre étude la peur de l'homme violent n'apparaît pas comme un frein à la prise en charge de la femme victime de violences conjugales. Il serait intéressant d'approfondir ce sentiment de peur en confrontant les médecins à une situation de rédaction du certificat médical de coups et blessures afin d'observer si des changements surviennent dans le discours. Les médecins généralistes sont désireux de prendre en charge l'homme violent mais le manque de structures spécialisées existantes constitue une limite.

MOTS CLES

Violences conjugales, Médecins généralistes, Médecins de famille, Homme violent, Auteur de violences conjugales, Représentations