

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2020-2021

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Utilisation de la nouvelle recommandation HAS sur le dépistage  
systématique des violences faites aux femmes :  
Point de vue des médecins généralistes en vue de l'élaboration d'une fiche  
réflexe.**

Présentée et soutenue publiquement le 5 février 2021 à 18 heures  
au Pôle Formation

**Par BROUTAIN Elise**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Damien Subtil**

**Assesseure :**

**Madame le Docteur Sabine Bayen**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Maurice Ponchant**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leur auteur.**

# SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères et mes consœurs ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>INED</b>	Institut national d'études démographiques
<b>FNSF</b>	Fédération Nationale Solidarité Femmes
<b>ENVEFF</b>	Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
<b>IST</b>	Infections sexuellement transmissibles
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>MIPROF</b>	Mission interministérielle pour la protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
<b>CNGOF</b>	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>UMJ</b>	Unité Médico-Judiciaire
<b>PMI</b>	Protection maternelle et infantile
<b>DIU</b>	Diplôme Interuniversitaire
<b>CIDFF</b>	Centre national d'information des droits des femmes et de la famille
<b>ITT</b>	Incapacité totale de travail
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>FMC</b>	Formation médicale continue
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>MG</b>	Médecin(s) généraliste(s)
<b>VC</b>	Violences conjugales
<b>CSVF</b>	Comportements sexistes et les violences envers les jeunes filles
<b>MIG</b>	Mission d'intérêt générale

# Table des matières

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
CONTEXTE.....	3
I- Définitions de la violence envers les femmes.....	3
II- Les violences conjugales.....	3
III- Épidémiologie, les derniers chiffres Français.....	4
IV- Les conséquences de la violence.....	6
1. Un facteur de risque de mauvaise santé chez la femme.....	6
2. Psycho-traumatismes et mécanismes neurobiologiques des violences.....	7
3. Les conséquences chez l'enfant.....	9
V- Rôle des professionnels de santé.....	9
1. Du point de vue des patientes et des médecins .....	9
2. Le Rapport Henrion.....	10
3. Évolution avec la MIPROF.....	11
VI- Vers un dépistage systématique.....	11
1. La place de l'obstétrique en France avant juin 2019.....	11
2. Vers un dépistage systématique universel à l'international.....	12
VII- La recommandation HAS.....	13
1. La recommandation de bonne pratique.....	13
2. Les objectifs .....	15
3. A qui s'adresse la recommandation?.....	15
4. Les limites.....	15
VIII- Le mécanisme d'emprise, vers une levée du secret médical ?.....	16
1. Le mécanisme d'emprise.....	16
2. Vers la levée du secret médical .....	17
3. L'inquiétude du collège de Médecine Générale .....	18
MATERIEL ET METHODE.....	19
I- Recherches bibliographiques.....	19
II- Type d'étude.....	19
1. Recherche qualitative .....	19
2. Entretiens semi-dirigés.....	19
III- Les objectifs .....	20
1. Objectif principal.....	20
2. Objectif secondaire.....	20
IV- Population .....	20
1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	20
2. Modalité de recrutement pour échantillonnage.....	20
V- Accord comité d'éthique .....	21
VI- Guide d'entretien .....	21
VII- Recueil des données.....	22
VIII- Enregistrement .....	22
IX- Durée des entretiens.....	23
X- Nombre d'entretien.....	23
XI- Retranscription.....	23
XII- Analyse des données .....	24
RESULTATS.....	25
I- Caractéristiques des médecins généralistes .....	25
II- Perception de la recommandation par les médecins généralistes .....	26
1. Avis sur le dépistage des violences chez les femmes.....	26
a) Niveau de connaissance de la recommandation.....	26
b) Une pratique pas intégrée dans les habitudes .....	26
c) Rôle du médecin généraliste.....	27
d) Étendre la recommandation.....	28
1. Aux spécialistes.....	28

2. A toutes les violences.....	29
3. Aux Hommes .....	29
<b>2. Interrogation sur la mise en pratique du questionnement systématique.....</b>	<b>30</b>
<b>a) Un sujet tabou et difficile à aborder.....</b>	<b>30</b>
<b>b) Un avis divisé sur la relation médecin-patient.....</b>	<b>31</b>
<b>c) Questionnements sur la mise en place.....</b>	<b>32</b>
<b>d) Doubte sur une indication à ses propres patientes.....</b>	<b>33</b>
<b>e) Plus adapté à la ville .....</b>	<b>33</b>
<b>3. Motivations .....</b>	<b>34</b>
<b>a) Prise en charge globale de la femme.....</b>	<b>34</b>
<b>b) Protection des victimes.....</b>	<b>34</b>
<b>c) Une ouverture de la parole .....</b>	<b>35</b>
<b>d) Meilleur repérage des violences dites «invisibles».....</b>	<b>35</b>
<b>e) Rapidité du dépistage .....</b>	<b>36</b>
<b>4. Les freins.....</b>	<b>36</b>
<b>a) Liés aux facteurs organisationnels en consultation .....</b>	<b>36</b>
1. Accompagnement en consultation.....	36
2. Contraintes horaires.....	37
3. Motif de consultation initial.....	38
<b>b) Liés aux capacités d'orientation et difficultés des démarches judiciaires</b>	<b>38</b>
1. Trouver les bons interlocuteurs.....	38
2. Manque de structures.....	38
3. Accessibilité à la prise en charge psychologique .....	39
4. Échec des démarches et banalisation de la problématique.....	39
5. Longueur des démarches.....	40
<b>c) Liés à la patiente.....</b>	<b>40</b>
1. L'emprise.....	40
2. L'ambivalence.....	41
3. Peur des représailles.....	42
4. Préserver les enfants.....	43
5. Les difficultés socio-culturelles.....	43
6. Les difficultés socio-économiques.....	44
<b>d) Liés aux médecins.....</b>	<b>45</b>
1. Manque de sensibilisation et de formations.....	45
2. Difficultés au repérage des violences.....	46
3. Manque d'expérience et difficultés à la prise en charge.....	46
4. Difficultés émotionnelles.....	48
5. Le statut du médecin généraliste.....	50
6. Liés au dépistage systématique et à la recommandation.....	51
<b>III- La pratique des médecins généralistes.....</b>	<b>53</b>
<b>1. Aborder le sujet .....</b>	<b>53</b>
<b>a) Dépistage ciblé.....</b>	<b>53</b>
<b>b) Dépistage systématique .....</b>	<b>54</b>
<b>c) Absence de dépistage .....</b>	<b>56</b>
1. A la demande de la patiente.....	56
2. Sujet non abordé en consultation .....	56
<b>2. Outils actuels .....</b>	<b>56</b>
<b>a) Pour le dépistage.....</b>	<b>56</b>
1. Miser sur questions ouvertes.....	56
2. L'écoute active.....	57
3. Un temps seul en consultation pour la création d'une relation de confiance.....	57
4. Surveillance des paramètres cliniques.....	58
5. Le violentomètre.....	58
<b>b) Pour la prise en charge.....</b>	<b>58</b>
1. Recherches et références internet avec l'outil informatique.....	58
2. Données médico-légales et traçabilité dans le dossier médical comme outil de preuve...60	60
3. Utilisation d'une fiche mémo.....	61
4. L'aide par des réseaux compétents pour l'aspect médico-légal.....	61
5. Un numéro dédié avec le 3919 .....	62
6. Aide sur la prise en charge psychologique.....	62
7. Associations, services sociaux et hébergements d'accueil.....	62
8. Les urgences en cas de péril imminent.....	63

9. Avis des pairs.....	63
10. Avis du conseil de l'ordre .....	64
11. Le temps pour la sensibilisation aux mécanismes des violences.....	64
<b>IV- Solutions apportées en consultation.....</b>	<b>65</b>
<b>1. Outil idéal en consultation.....</b>	<b>65</b>
<b>a) Pour le dépistage .....</b>	<b>65</b>
1. Item de rappel dans logiciel.....	65
2. Aide au rappel par la diffusion de la recommandation.....	65
3. Inclusion dans un dépistage de masse obligatoire pour le rendre légitime et l'intégrer à la pratique .....	66
4. Création d'une échelle validée.....	67
5. Pas d'outil matériel pour le dépistage mais une mise en condition.....	67
<b>b) Pour la prise en charge.....</b>	<b>68</b>
1. Une fiche outil pratico-pratique.....	68
2. Réseau de contacts et répertoire téléphonique.....	69
3. Un numéro dédié aux professionnels de santé.....	69
<b>2. Avis sur les fiches pratiques de l'HAS (Annexe 1).....</b>	<b>70</b>
<b>a) Des fiches trop chargées.....</b>	<b>70</b>
<b>b) Première partie, comment repérer et évaluer.....</b>	<b>71</b>
1. Bien insister sur la notion de répétition du dépistage et la notion de systématique.....	71
2. Adapter les questions de dépistage.....	71
3. Synthétiser la sémiologie clinique.....	72
4. Appréciation de la dynamique familiale.....	74
5. Insister sur la violence psychologique.....	74
<b>c) Deuxième partie, comment agir.....</b>	<b>74</b>
1. Accompagnement plutôt que le mot agir.....	74
2. Privilégier l'outil pragmatique.....	74
3. Insister sur la prise en charge pluridisciplinaire.....	75
4. Appuyer sur les numéros.....	75
<b>V- Création d'une fiche réflexe.....</b>	<b>76</b>
<b>1. Intérêt d'une fiche réflexe.....</b>	<b>76</b>
<b>a) Avis mitigés pour le dépistage.....</b>	<b>76</b>
<b>b) Pour une prise en charge pratico-pratique.....</b>	<b>76</b>
<b>2. Forme.....</b>	<b>77</b>
<b>a) Pas d'avis tranché sur la forme papier vs informatique.....</b>	<b>77</b>
<b>b) Outil synthétique de manière à le répéter.....</b>	<b>79</b>
<b>c) Outil fonctionnel sous forme d'arbre décisionnel.....</b>	<b>79</b>
<b>3. Le contenu .....</b>	<b>79</b>
<b>a) La mise en condition pour le dépistage.....</b>	<b>79</b>
<b>b) Des questions ouvertes de dépistage.....</b>	<b>80</b>
<b>c) Le violentomètre et l'évaluation de la gravité.....</b>	<b>81</b>
<b>d) Des contacts pour recours rapides avec les différents intervenants ...</b>	<b>81</b>
<b>e) L'importance d'un numéro unique de référence, le 3919.....</b>	<b>83</b>
<b>f) La personne de confiance.....</b>	<b>83</b>
<b>g) Protocoles de prise en charge selon situation.....</b>	<b>83</b>
<b>h) Informations juridiques et conseils pour préparer le départ.....</b>	<b>84</b>
<b>i) Communication sur la spécificité des violences conjugales.....</b>	<b>85</b>
<b>j) La place du certificat médical comme outil de preuve.....</b>	<b>85</b>
<b>k) La place de l'agresseur.....</b>	<b>86</b>
<b>3. La diffusion.....</b>	<b>86</b>
<b>a) Sensibilisation.....</b>	<b>86</b>
<b>b) Système de rappel grâce à l'informatique.....</b>	<b>87</b>
<b>c) Accessibilité simple sur internet .....</b>	<b>87</b>
<b>d) Outil à travailler avec les autres professionnels de santé.....</b>	<b>87</b>
<b>VI- Solutions apportées en terme de santé publique.....</b>	<b>88</b>
<b>1. Sensibiliser la population aux violences conjugales.....</b>	<b>88</b>
<b>a) L'importance de la sensibilisation.....</b>	<b>88</b>
<b>b) Utilisation des campagnes de sensibilisation.....</b>	<b>89</b>
<b>c) Rôle du médecin généraliste dans l'information.....</b>	<b>90</b>
<b>d) Prévention et éducation en médecine scolaire.....</b>	<b>91</b>

<b>2. Formation des professionnels de santé.....</b>	<b>93</b>
a) Formation magistrale sur la spécificité des violences.....	93
b) Intégration dans les modules de 3eme cycle des études médicales.....	94
c) L'importance de la formation médicale continue.....	95
<b>3. Renforcement des structures d'accueil et d'orientation.....</b>	<b>96</b>
a) Des accès gratuits et subventions des structures associatives.....	96
b) Création de structures d'urgence comme un SAS de sécurité.....	97
c) Création d'un réseau ambulatoire pluridisciplinaire.....	97
d) Création de structures spécialisées à la spécificité des violences conjugales.....	98
e) Création d'un lieu d'échange et de partage comme une maison de la femme...	98
<b>4. Renforcement de la prise en charge psychologique.....</b>	<b>100</b>
a) Consultations psychologiques remboursées par la CPAM.....	100
b) Prise en charge psychologique adaptée à la violence conjugale.....	100
c) Encadrement psychologique pour les médecins.....	100
<b>5. Renforcement du système judiciaire.....</b>	<b>100</b>
a) Des recours rapides et efficaces.....	100
b) Signalement administratif et création d'une information préoccupante.....	101
c) Sensibiliser les forces de l'ordre.....	102
d) Majoration des sanctions .....	102
e) Protection des enfants.....	102
<b>6. Prise en charge du bourreau.....</b>	<b>103</b>
a) Un meilleur dépistage.....	103
b) L'accompagnement et l'éducation.....	103
<b>VII- La levée du secret médical.....</b>	<b>104</b>
<b>1. Suscite de nombreuses interrogations.....</b>	<b>104</b>
a) Pas d'avis tranché.....	104
b) Questionnements sur le mode de fonctionnement.....	105
c) Questionnements sur la définition du péril imminent.....	105
d) Questionnements sur les intervenants concernés.....	105
1. Sort du cadre des compétences d'un généraliste.....	105
2. Responsabilité des forces de l'ordre.....	106
3. Plus adapté aux urgentistes.....	107
<b>2. Contre la levée du secret médical.....</b>	<b>107</b>
a) La rupture de confiance.....	107
b) L'atteinte à l'ouverture de la parole.....	108
c) Les patientes actrices de leur santé.....	109
d) Les conséquences d'une femme non prête.....	110
e) Saturation d'un service judiciaire précaire.....	110
<b>3. Les quelques retours positifs.....</b>	<b>111</b>
a) Les motivations.....	111
1. Le devoir de protection des patientes.....	111
2. Décharger la responsabilité sur le médecin.....	111
b) Mais sous conditions.....	112
1. Convaincre malgré tout.....	112
2. Communication et preuves d'efficacité.....	112
3. Réalisation auprès d'une autorité compétente avec prise en charge judiciaire adaptée...	112
4. Protection judiciaire des médecins.....	112
<b>VIII- La médiatisation du sujet.....</b>	<b>113</b>
<b>1. Les encouragements de la médiatisation.....</b>	<b>113</b>
a) La libération de la parole des femmes.....	113
1. Ouverture de la parole.....	113
2. Réalisation de l'ampleur de ce sujet tabou.....	113
b) Valorise l'émancipation et affirme les démarches.....	114
1. Émancipation de la femme.....	114
2. Faire prendre conscience.....	114
3. Informer sur les démarches et les acteurs de proximité.....	115
c) Apports en termes de santé publique.....	115
1. Prévention médicale.....	115

2. Pédagogie vis à vis des hommes.....	116
3. Avancer à deux vers un équilibre et une égalité.....	117
<b>2. Mises en garde de la médiatisation.....</b>	<b>117</b>
a) Messages erronés.....	117
b) Stigmatisation des victimes.....	117
c) Sujet politisé.....	118
d) Féminisation du sujet.....	118
<b>3. Modifications au cabinet.....</b>	<b>118</b>
a) Peu de répercussions sur l'incidence de dépistage.....	118
b) Peu de modifications en pratique.....	119
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>120</b>
<b>I- Rappel des objectifs de cette étude .....</b>	<b>120</b>
<b>II- Forces de l'étude .....</b>	<b>120</b>
1. Validité interne .....	120
2. Validité externe .....	121
<b>III- Limites de l'étude .....</b>	<b>121</b>
1. Biais de sélection.....	121
2. Biais de désirabilité.....	121
3. Biais d'intervention.....	122
4. Biais d'interprétation.....	122
5. Biais externes.....	122
<b>IV- Discussion des résultats.....</b>	<b>123</b>
1. Faible intégration du dépistage systématique malgré le rôle à jouer.....	123
2. Explications de la résistance du corps médical à la réalisation du dépistage	124
a) Impression d'un manque de qualité relationnelle de ce sujet tabou....	124
b) Doutes de l'intérêt liés à la sous-estimation et à la difficulté du repérage	125
c) Manque de formations et difficultés d'orientation.....	126
d) Difficultés émotionnelles des praticiens.....	127
e) La mise en condition et le facteur temps en consultation.....	128
f) Liés à la patiente.....	128
3. Solutions apportées en consultation.....	129
a) Outils actuels.....	129
b) Outils idéals en consultation.....	130
1. Pour le dépistage : des moyens de rappels et d'intégration du dépistage.....	130
2. Pour la prise en charge : création d'un réseau ambulatoire et d'un répertoire téléphonique	131
3. L'intérêt d'une fiche outil pratico-pratique.....	132
4. Vers la création d'une fiche réflexe.....	132
a) Forme.....	132
b) Modifications et ajouts apportés aux fiches de bonne pratique de l'HAS	133
1. Mise en condition et synthétisation des signes d'alerte.....	133
2. Mise en place d'un questionnement adapté.....	133
3. Attention à la sémantique .....	134
4. Protocoles de prise en charge.....	134
5. Communication sur la spécificité des violences conjugales.....	135
6. L'importance d'un numéro unique de référence, le 3919.....	135
7. Avis divisés sur les certificats médicaux.....	136
c) La diffusion .....	136
5) Perceptives en termes de santé publique .....	137
a) Sensibiliser la population aux violences conjugales.....	137
1. Campagnes nationales.....	137
2. Prévention en médecine scolaire.....	137
b) Médiatisation et valorisation de l'émancipation.....	138
1. La libération de la parole des femmes et affirmation des démarches.....	138
2. Limites : Désinformation et modification modeste des pratiques.....	139
c) Formation des professionnels de santé.....	140
d) Renforcement et création de structures d'accueil spécifiques.....	141
e) Renforcement du système judiciaire.....	142
1. Des recours rapides et efficaces avec sensibilisation des forces de l'ordre.....	142
2. Majoration des sanctions et protection des enfants.....	144

3. Le signalement administratif .....	144
<b>6) La place de l'homme dans la violence conjugale.....</b>	<b>145</b>
a) La spécificité des violences conjugales contre les hommes.....	145
b) La prise en charge de l'homme violent.....	146
7) La levée du secret médical.....	147
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>149</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>151</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>157</b>

# RESUME

**Introduction :** Toute femme est susceptible d'être victime de violences conjugales (VC). L'HAS recommande depuis juin 2019, la pratique du repérage systématique des VC avec un message clé : «dépister même en l'absence de signes d'alarme» pour homogénéiser, améliorer et sécuriser la prise en charge des victimes. Pourtant en France, seul 6 à 8 % des médecins généralistes (MG) le réalisent. L'objectif principal de cette étude est d'entendre les MG sur l'applicabilité en pratique de la recommandation et de mettre en lumière : les motivations, les freins, les ressentis, les difficultés et les besoins en consultation. L'objectif secondaire sera la création d'une fiche réflexe, se basant sur les données recueillies et les fiches pratiques HAS.

**Méthode :** Étude qualitative par théorisation ancrée. Des entretiens semi-dirigés ont été menés jusqu'à suffisance des données auprès de 15 médecins généralistes des Hauts de France.

**Résultats :** Malgré la recommandation HAS et la création de fiches pratiques, on constate que le dépistage n'est toujours pas rentré dans les habitudes des MG. Les résistances sont en partie liées à la construction de faux a priori sur le sujet : l'impression d'un sujet tabou altérant la relation médecin-patient, le doute de l'intérêt du dépistage et la sous-estimation. C'est en lien avec un manque de sensibilisation sur la problématique et majorée par la difficulté du repérage des VC devant l'absence de signes cliniques spécifiques. Le manque d'aisance et de connaissance dans la prise en charge est également mis en avant. De nombreux MG n'ont eu aucune formation durant leur cursus et reconnaissent une carence pouvant expliquer leurs difficultés de repérage, d'orientation, de prise en charge et leurs préjugés qui les déstabilisent.

**Conclusion :** Les MG reconnaissent leur rôle de premier recours et de maillon clé du réseau pour la prise en charge globale de la patiente. Mais pour autant, ils émettent encore de nombreuses réserves face au repérage systématique. Ils sont demandeurs de moyens et de formations. Il en ressort, la création d'une fiche réflexe et la nécessité d'intégrer un module VC chez les internes de troisième cycle, à compléter par la formation médicale continue.

# INTRODUCTION

Dès le début de mon internat, j'ai été sensibilisée au dépistage des violences conjugales dans le cadre de mon premier stage chez une généraliste, particulièrement impliquée sur le sujet. Elle interrogeait sur les violences dans sa patientèle avec un questionnaire systématique dans le cadre de la recherche des antécédents, au même titre que les antécédents médicaux et chirurgicaux. C'est alors à cette occasion, que j'ai pris conscience de l'ampleur de cette problématique avec un taux d'incidence important à la pose d'une simple question de routine ayant nécessité une orientation et une prise en charge spécifique des patientes. Cela a été une révélation, puisque cela n'avait jamais été abordé pendant mon cursus universitaire. En me renseignant sur le sujet, j'ai découvert que près de 10% des femmes en France sont concernées et de ce fait, en tant que futur médecin généraliste, j'ai un vrai rôle à jouer dans le dépistage et la prise en charge des victimes (1).

La fréquence des violences et leurs conséquences sur la santé en font un véritable enjeu de santé publique. Le coût de la violence s'explique en grande partie par ses répercussions sur la santé des victimes (2). Ce fléau engendre d'innombrables conséquences sanitaires, psychologiques, économiques et sociales (3). On évalue en France le coût économique annuel de ces violences à 2,5 milliards d'euros. C'est pourquoi le secteur de la santé est particulièrement concerné par la prévention. Ainsi, le médecin généraliste a son rôle, tant dans le repérage que dans la prise en charge et le suivi (4). En effet, le personnel médical est souvent le premier recours vers qui peuvent se tourner les victimes (5). Il s'agit d'un sujet caché par ces femmes souvent isolées, qui doit être abordé systématiquement et explicitement par le corps médical (6), en particulier pendant la grossesse et le post-partum qui sont des périodes à risque (7). Toute femme est susceptible d'être victime de violences et les violences sont rarement un motif explicite de consultation (1). C'est pourquoi, dans les suites du plan gouvernemental de 2014 à 2016 de lutte contre les violences faites aux femmes (8), l'HAS recommande depuis juin 2019, la pratique du repérage systématique des violences conjugales avec un message clé : «dépister même en l'absence de signes d'alarme» pour homogénéiser, améliorer et sécuriser la prise en charge des victimes (9). Les études montrent qu'environ 8 médecins sur 10 ne réalisaient pas de dépistage (4-10). Les professionnels de santé peuvent se sentir désemparés lorsqu'ils sont confrontés à un cas de violences, faute de formation, d'outils de dépistage, de protocoles (11). En réponse, l'HAS et un comité d'expert créent des fiches pratiques associées à la recommandation (9). Actuellement, aucune étude n'a été publiée sur l'applicabilité et le ressenti des généralistes concernant la nouvelle recommandation et sur les fiches pratiques de l'HAS.

# CONTEXTE

## I- Définitions de la violence envers les femmes

Les Nations Unies (1993) ont défini la violence à l'égard des femmes comme tout acte de violence sexiste entraînant ou risquant d'entraîner des blessures ou des souffrances physiques, sexuelles et/ou psychologiques à l'encontre des femmes. Cela comprend les menaces, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée (12).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2003), la violence contre les femmes comprend la violence physique (par exemple frapper, donner des coups de pied), la violence psychologique (l'intimidation constante, le dénigrement, l'isolement et l'humiliation), la violence sexuelle (les rapports sexuels forcés), la violence économique (comme le contrôle des finances, l'obligation de justifier ses dépenses ou le fait de ne pas lui donner suffisamment l'argent pour couvrir les besoins de la famille), la violence de l'environnement (casser les objets qui ont une signification particulière pour la femme ou maltraiter les animaux de compagnie) et la violence sociale (se moquant de la femme en public, en la rabaisant ou en séduisant d'autres femmes en sa présence) (13).

La définition des violences faites aux femmes adoptée par la France est celle de la Convention européenne sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, dite Convention d'Istanbul (14). Elles recouvrent différentes formes : le harcèlement sexuel, les violences au sein du couple, les violences sexuelles, les mariages forcés, les mutilations sexuelles féminines.

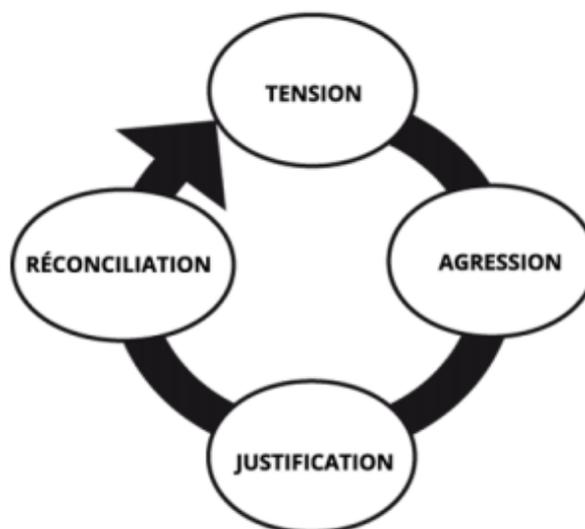
Les violences faites aux femmes sont une violation des droits humains et une discrimination fondée sur l'appartenance sexuelle et la domination historique masculine dans les rapports sociaux. Elles sont renforcées par les stéréotypes genrés qui assignent des rôles différents aux personnes de sexe féminin et masculin.

## II- Les violences conjugales

Les violences conjugales sont à distinguer des « conflits conjugaux ». On parle de « violence conjugale » si le rapport de force est asymétrique (dominant/dominé), avec la volonté de contrôler son/sa partenaire et de le/la maintenir sous emprise. Ces violences créent un climat de peur et de tension permanent. On parle de « conflit conjugal ». Le plus souvent les faits de

violences sont récurrents et cumulatifs. Ils s'aggravent et s'accroissent avec le temps d'où l'intérêt et l'importance d'un repérage précoce (15). On les définit également comme des actes de violence entre partenaires intimes. Elle peut donc être vécue dans une relation maritale, extra maritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie. La violence entre partenaires intimes constitue une circonstance aggravante dans la qualification des infractions au niveau juridique. La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles (y compris les rapports sexuels non consentis entre partenaires intimes), ainsi que les actes de domination sur le plan économique, administratif ou un isolement social de la victime. Dans la majorité des cas, ces différentes formes de violence sont associées. La violence n'a pas d'intensité minimale. Il n'y a pas de seuil acceptable pour une blessure physique ou psychologique (16).

### Le cycle de la violence de Walker, Lenore E. (17)



La violence évolue par cycle, avec une première **phase de montée en tension** dans le couple, puis des épisodes de violences lors de la **phase d'agression**, culpabilisation de la victime par l'auteur lors de la **phase de justification** et enfin la **phase de réconciliation** lors de l'accalmie (appelée de façon inappropriée « lune de miel », au cours de laquelle l'auteur promet que cela ne se reproduira plus). En l'absence d'intervention, le cycle se répète avec une augmentation de l'intensité de la violence, une diminution de la durée et des phases d'accalmie. La connaissance du caractère cyclique de la violence conjugale est essentielle pour comprendre l'une des caractéristiques du comportement des victimes, à savoir leur tendance à la réversibilité dans la demande d'aide et dans leurs démarches (17).

### III- Épidémiologie, les derniers chiffres Français

L'ensemble des recherches internationales et nationales montre que les femmes et les filles sont exposées à un risque plus élevé de violences fondées sur le genre que ne le sont les hommes (1). En 2016, l'enquête «Violences et rapports de genre» VIRAGE menée par l'INED

en 2015 (18), a établi qu'au cours de leur vie, 14,5% des femmes âgés de 20 à 69 ans ont subi une forme d'agression sexuelle de type attouchements (du sexe, des seins ou des fesses, baisers imposés par la force, pelotage), tentatives de rapports forcés ou rapports forcés (viols, tentatives de viol) au cours de leur vie.

Chaque année, en moyenne 94 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de viols ou de tentatives de viol. Dans 91% des cas, ces agressions ont été perpétrées par une personne connue de la victime. Dans 47% des cas, l'agresseur est le conjoint ou l'ex-conjoint de la victime. A la suite de ces agressions, environ 1 victime sur 10, dépose plainte.

Qu'elle soit ensuite maintenue ou retirée, 32 % ont consulté un médecin, 28% ont consulté un psychiatre ou psychologue, 19% aux services sociaux et 45% n'a fait aucune démarche (5).

Chaque année, en moyenne 213 000 femmes sont victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint. Parmi ces femmes, 7 sur 10 déclarent subir des faits répétés et 8 sur 10 déclarent avoir été également soumises à des atteintes psychologiques et/ou des agressions verbales. Parmi les femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple, moins d'une victime sur 5 déclare avoir déposé plainte, 27% ont consulté un médecin, 30% ont vu un psychiatre ou un psychologue et 14 % des services sociaux. Un peu moins de la moitié n'a fait aucune des démarches citées ci-dessus (19).

Selon des chiffres de l'enquête de la délégation aux victimes rendus publics par le ministère de l'Intérieur en 2019 (20), 173 personnes sont décédées sous les coups de leur partenaire ou ex-partenaire, qu'il soit officiel (mari, concubin, pacsé) ou non-officiel (petit-ami, amant, relation épisodique), contre 149 en 2018, 151 en 2017 et 157 en 2016. Les femmes sont les principales victimes d'homicides, soit 81 % des décès au sein du couple. Parmi ces victimes, on dénombre 146 femmes soit 25 de plus que l'année précédente (contre 121 en 2018) et 27 hommes (contre 28 en 2018). Le chiffre total de décès est en hausse de 16% par rapport à 2018. Cela représente en moyenne un décès tous les deux jours. 2019 a pourtant été une année de sensibilisation sur le sujet, déclaré «grande cause du quinquennat», avec notamment un Grenelle contre les violences à l'automne. Parmi les femmes tuées par leur partenaire officiel, près de la moitié soit 39% ont été victime de violences antérieures. Les enfants sont co-victimes des violences au sein du couple. La dispute et le refus de la séparation demeurent les principaux mobiles du passage à l'acte (51 % des cas). A ces données s'ajoutent 25 enfants victimes en 2019 contre 21 en 2018, tués par l'un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple.

Le département du Nord est particulièrement touché par les violences faites aux femmes. En 2018, d'après le ministère de l'Intérieur (21), 3 femmes sont décédées sous les coups de leur conjoint ou ex conjoint, il est le 5ème département le plus touché. En 2017, 896 femmes victimes de violences conjugales ont été recensées par le numéro vert 3919 (source FNSF) et en moyenne 2 femmes par jour sont reçues pour violences par l'unité médico-judiciaire du CHR de Lille (21).

## IV- Les conséquences de la violence

### 1. Un facteur de risque de mauvaise santé chez la femme

Selon l'OMS, les femmes victimes de ce type de violence perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé (13). Dans l'Enveff (1), 16 % des victimes ont qualifié leur état de santé de "moyen" et 4 % de "médiocre" ou "mauvais". Il a été observé chez elles une surconsommation de psychotropes (22 %), ainsi qu'une majoration d'affections chroniques, d'arrêts de travail, et d'hospitalisations (12 %). Une corrélation entre la durée d'exposition aux violences et la fréquence des conséquences mentales et physiques a été démontrée (7), notamment en cas d'exposition pendant l'enfance avec un effet à long terme, sur un risque accru d'alcoolisme, de toxicomanie, d'automutilation et de victimisation ultérieure (22).

En 2013, l'OMS a décrit les complications des violences exercées par un partenaire intime (23-24):

- **Traumatiques** (42 % des cas) : érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation, fractures, lésions tympaniques et ophtalmologiques.
- **Psychologiques** : état de stress post-traumatique, troubles du sommeil et/ou de l'alimentation, troubles psychiques, 2 fois plus de dépressions et d'exogénose, 4,5 fois plus de tentatives de suicide.
- **Somatiques** : céphalées, lombalgies, douleurs abdominales, fibromyalgies, troubles digestifs, mobilité réduite, mauvais état de santé général.
- **Décompensations de pathologies chroniques** : stress induit, des conduites addictives, mauvaise observance consécutive à une pathologie dépressive ou substitution des médicaments par le partenaire, retard à consulter (victime empêchée).
- **Gynéco-obstétrique** : 1,5 fois plus d'IST (telle que le VIH), grossesses non désirées, risque doublé d'avortement, fausses couches, enfants mort-nés. Une étude de 2006 a estimé les risques à + 90% pour les métrorragies, + 60% pour les ruptures prématurées des membranes

ou les infections urinaires ou les vomissements incoercibles, + 48% pour le diabète, + 40% pour l'hypertension artérielle. Les nouveau-nés de ces femmes ont un risque de prématurité significativement augmenté jusqu'à 37% et d'hypotrophie jusqu'à 21% (25).

De plus, les nouvelles preuves biomédicales suggèrent que la combinaison du stress chronique lié aux traumatismes provoque des effets à long terme comme le vieillissement cellulaire accéléré (26). Au total, une étude publiée montre que les victimes de violences conjugales présenteraient 60% de problème de santé en plus que la population générale (22).

## **2. Psycho-traumatismes et mécanismes neurobiologiques des violences**

Les psycho-traumatismes sont des troubles psychiques qui se développent chez une personne après un événement ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique. Il en existe 2 types :

**-le psycho-traumatisme de type simple**, peut-être déclenché par un événement unique lié à un traumatisme non intentionnel (exemples : catastrophe naturelle, accident, etc.).

**-le psycho-traumatisme de type complexe**, est souvent lié à un événement répété et/ou durable, un traumatisme intentionnel comme les violences interpersonnelles (exemples : violences conjugales, maltraitance des enfants, violences de guerre, etc.).

Les travaux du Docteur Salmona (psychiatre) (27), montre que lorsqu'une personne est exposée à une violence à laquelle elle ne peut échapper, cet événement crée un stress extrême et une réponse émotionnelle incontrôlable. La réponse émotionnelle est induite par l'amygdale cérébrale. En cas de stress, elle commande la sécrétion via les surrénales de cortisol et d'adrénaline. Si le stress est intense et le cortex sidéré, il n'y a pas de rétrocontrôle. Cela présente un risque de souffrance myocardique (par l'hypersécrétion d'adrénaline) et de souffrance neuronale (par l'hypersécrétion de cortisol) : crise comitiale, ischémie lacunaire, perte de connaissance. Cela impose au système nerveux central d'isoler l'amygdale cérébrale, en créant une «disjonction» du circuit neuronal grâce à la sécrétion par le cerveau des endorphines (morphines endogènes sécrétées par l'hypophyse et la substance grise péri-aqueducule), et des antagonistes des récepteurs NMDA (N-Méthyl-D-Aspartate) du système glutamatergique (avec un effet kétamine-like).

L'amygdale est déconnectée du cortex associatif qui ne va plus recevoir d'information émotionnelle. Les stimuli traumatiques vont continuer d'arriver via le thalamus au cortex sensoriel, ils vont être traités par le cortex associatif mais sans connotation émotionnelle, sans souffrance psychologique, sans souffrance physique, ce qui va donner une impression

d'étrangeté, d'irréalité, d'être spectateur de ce qui nous arrive, de voir un film, de confusion, de dépersonnalisation : c'est **la dissociation**.

L'amygdale est également déconnectée de l'hippocampe qui ne va plus recevoir le contenu de la mémoire implicite émotionnelle. Cette dernière ne pourra pas, soit totalement, soit partiellement, être transformée en mémoire déclarative autobiographique et affective, d'où des troubles de la mémoire pouvant aller jusqu'à une amnésie traumatique totale. La mémoire émotionnelle piégée devient l'origine d'un circuit de peur conditionnée permanent dont l'extinction ne peut pas se faire, le cortex associatif et l'hippocampe ne pouvant jouer leurs rôles modulateurs. Cette déconnexion de l'amygdale est à l'origine d'**une mémoire traumatique**.

La déconnexion de l'amygdale entraîne un arrêt du risque vital et une analgésie émotionnelle et physique au prix de symptômes dissociatifs importants et de troubles de la mémoire. Cette mémoire traumatique émotionnelle est incontrôlable, hypersensible. Elle est responsable des symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hyperéveil, malgré l'absence de danger imminent. Ils entraînent une grande souffrance morale.

Quand les conduites d'évitement et de contrôles sont mises en échec, l'amygdale s'allume et la mémoire traumatique se déclenche et envahit le psychisme de la victime. Elle entraîne la même sidération, la même détresse et le même risque vital que lors du traumatisme initial. Soit le niveau de stress est tellement élevé qu'il provoque le court-circuitage et une disjonction spontanée entraînant une dissociation et une anesthésie émotionnelle et physique. Soit la disjonction spontanée ne se fait pas en raison de phénomènes de tolérance et d'accoutumance aux drogues du cerveau, souvent le cas, et un auto-traitement se met alors en place pour obtenir une disjonction provoquée et pour calmer les réminiscences des violences. Il s'agit **des conduites dissociantes**.

Pour l'obtenir, il existe plusieurs possibilités : soit recourir à une aggravation du stress par des conduites dangereuses, à risque (ex. automutilations), des amphétamines, des violences données ou subies, soit recourir à la prise directe de drogues dissociantes (alcool, psychotropes à hautes doses...).

Ainsi, la mémoire traumatique et la dissociation sont responsables des conséquences médicales, somatiques et psychologiques les plus sévères, les plus chroniques et les plus handicapantes. La prise en charge des troubles psycho-traumatiques, générés par les violences, est essentielle pour la reconstruction de la victime et doit être la plus précoce possible (28).

### **3. Les conséquences chez l'enfant**

Selon ENVEFF, les enfants sont témoins des scènes de violences dans plus de la moitié des cas (1). Ces enfants vivent dans un climat d'insécurité avec un retentissement sur leur santé notamment avec des troubles psychologiques (troubles du sommeil et alimentaires, dépression, anxiété, angoisse). Ils présentent également des troubles du comportement et de la conduite (difficultés scolaires, fugues, délinquance, toxicomanie, conduites suicidaires) ainsi que des troubles psychosomatiques (retard staturo-pondérale, énurésie). Le risque que ces enfants une fois adulte soient des victimes de violences conjugales est 6 à 15 fois plus élevé. Les violences peuvent être trans-générationnelles, avec un risque accru de devenir violent chez les garçons (21).

## **V- Rôle des professionnels de santé**

### **1. Du point de vue des patientes et des médecins**

Le premier recours des femmes victimes de violences conjugales se porte dans 23% des cas sur les médecins, devant les psychiatres et/ou les psychologues, la police ou les associations (29). Les médecins généralistes font partie des médecins les mieux placés pour repérer, accueillir et prendre en charge ces femmes, avec les médecins urgentistes et les gynécologues obstétriciens (4-5). Pour les autres types de violence, notamment sexuelle, une étude sur un échantillon de 214 femmes victimes de viol, a montré que seul 26,2% des victimes avaient consulté après leur agression. Les motivations à consulter étant le souhait de porter plainte ou la crainte des IST (30).

Les attentes des femmes lors de la consultation du médecin traitant sont principalement : l'écoute pour sortir de l'isolement, pour nommer cette violence, obtenir des conseils et l'orientation (31). D'autres se sont adressées à leur médecin pour un signalement à la justice, la rédaction d'un certificat médical (4-32) et pour une demande de prise en charge du conjoint. Pour les médecins généralistes, une étude de 2014 montrait qu'ils donnaient, essentiellement des conseils d'orientation dans 88% des cas et proposaient un certificat dans 76% des cas. Ils n'étaient en contact avec un réseau pour orientation que dans 32% des cas. Les médecins généralistes sont nombreux à penser qu'il est de leur responsabilité de repérer et prendre en charge les victimes de violences conjugales (33-34).

D'après l'ordre des médecins, le médecin a également un rôle dans la prévention (35), le repérage et l'éducation des parents sur les climats incestueux à proscrire. Il doit être vigilant aux intrusions physiques de la part de l'entourage (inspection des organes génitaux d'un enfant

à un âge où il doit être autonome, l'exhibitionnisme des parents, l'interférence dans la vie sentimentale et amoureuse de leur enfant).

## 2. Le Rapport Henrion

Dans un premier temps, le rôle du secteur de la santé face aux violences a été défini par l'ONU (36):

**-prévention primaire** : l'attention de la communauté portée sur les violences faites aux femmes

**-prévention secondaire** : repérage précoce des victimes, soutien, surveillance et prise en charge médicale adaptée (physique, mentale...)

**-prévention tertiaire** : suivi à long terme, prise en charge des conséquences sur la santé physique et mentale, orientation pluridisciplinaire : psychologique, sociale, judiciaire.

Ensuite en 2001, le Pr Henrion a précisé, dans son rapport sur les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Ce rapport concerne les violences conjugales mais les recommandations sont applicables aux diverses violences sexuelles ou autres. Ce que l'on attend d'un médecin dans la prise en charge des victimes de violences conjugales (4) :

1- Accueillir et être à l'écoute ;

2- Dépister les violences ;

3- Évaluer la gravité des lésions et les conséquences des violences sur la santé de la victime, évaluer la gravité des violences et le danger encouru par la victime et/ou les enfants ;

4- Assurer les soins et constituer un dossier ;

5- Rédiger le certificat ;

6- Informer et orienter la patiente. Le signalement des violences est possible avec l'accord de la victime, si elle est majeure, ou sans son accord si la victime est mineure ou qu'elle n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou d'une incapacité physique ou psychique (37).

Le rapport Henrion pose ainsi les bases de ce que doit être le rôle du médecin. Toutefois, il ne prend pas en compte certains points essentiels de la prise en charge d'une victime de violences conjugales, qui sont la dynamique de la violence conjugale et de ses mécanismes d'emprise, et l'importance de respecter, sauf en cas de danger avéré, le processus parfois long qui permettra à la victime (souvent ambivalente) de se libérer de cette emprise (38).

### **3. Évolution avec la MIPROF**

La MIPROF créée par le décret n°2013-07 du 3 janvier 2013, est la mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violence et la lutte contre la traite des êtres humains. Elle insiste davantage sur ce point dans le livret d'accompagnement du court-métrage « Anna » qu'elle propose aux professionnels de santé. Elle y développe également le rôle du médecin et donne quelques conseils (38) :

- Disposer dans la salle d'attente une affiche et / ou des dépliants pour alerter les victimes sur l'attention particulière du médecin à cette problématique ;
- S'entretenir avec la victime seule ;
- Créer un climat d'écoute et de confiance ;
- Poser systématiquement la question des violences et détecter les signes de violences ;
- Affirmer l'interdiction des violences par la loi et la seule responsabilité de l'auteur ;
- Délivrer un message de soutien, de valorisation de sa démarche ;
- Évaluer les risques encourus pour la victime et les enfants, aider à planifier sa séparation et sa sécurité future (scénario d'urgence) ;
- Apporter une solution dans son domaine de compétence ;
- Informer et orienter la victime vers le réseau de partenaires professionnels et associatifs. En cas de danger, alerter le partenaire du réseau le plus approprié.
- Combattre les stratégies de l'agresseur par des paroles et des attitudes, pour que la victime puisse : prendre conscience de la réalité des violences dont elle est victime, se dégager de l'emprise de l'auteur en réalisant qu'elle n'est pas seule, et identifier les autres professionnels et associations pouvant l'accompagner et l'aider dans ses démarches.

## **VI- Vers un dépistage systématique**

### **1. La place de l'obstétrique en France avant juin 2019**

Toute femme est susceptible d'être victime de violences et elles sont rarement un motif explicite de consultation (1-32). Il s'agit également d'un sujet caché par des victimes (6). Il doit donc être abordé systématiquement et explicitement par le corps médical car seulement 1 patiente sur 10 est détectée par un professionnel de santé (22). Pourtant, le dépistage systématique constituait l'une des dix actions prioritaires du Rapport Henrion de 2001 (4). Mais, en France avant juin 2019, il ne faisait donc que l'objet de quelques initiatives locales comme avec la Fédération Nationale Solidarité Femme (7). Ou encore, la MIPROF qui affirmait une libération de la parole chez les femmes enfermées dans un cycle de violences en facilitant la révélation de celles-ci (38).

Effectivement, le dépistage des violences conjugales était ciblé. Le CNGOF en 2004 recommandait de suspecter une situation de violences conjugales dans les cas suivants (39) :

- **Lésions traumatiques ou séquelles** (asthénie, myalgies) ;
- **Aggravation de pathologies chroniques** ;
- **Troubles psychosomatiques d'étiologie inconnue** : gastrite, colite, lombalgie, céphalée, paresthésies, tachycardie, palpitation, oppression thoracique, dyspnée, affections gynécologiques variées ;
- **Troubles psychiques** : anxiété, syndrome de stress post-traumatique, troubles des conduites instinctuelles (sommeil, alimentation et sexualité), addictions (alcool, drogues, psychotropes), dépression, troubles cognitifs (difficultés de concentration, d'attention et troubles de la mémoire), confusion mentale, troubles délirants.

Il y a eu une évolution avec l'HAS en 2005, qui publiait la première recommandation sur le dépistage systématique des violences mais spécifiquement à l'obstétrique et particulièrement à la préparation à la naissance et à la parentalité (40). En effet, la grossesse est une période propice à l'instauration et à l'intensification des violences dans le couple. Les remaniements du couple et du schéma familial rendent la femme plus vulnérable, et son conjoint plus instable. Plusieurs enquêtes ont en effet montré que dans 40% des cas, les violences du conjoint débutaient à la première grossesse, et que dans 40% des cas, elles redoublaient durant la grossesse, ne dissuadant pas l'homme violent (41). De plus, la période périnatale est à la fois une période à risque accru, mais aussi, grâce à son suivi médicalisé rapproché, une occasion privilégiée de dépister. Notamment, grâce à la fréquence des consultations prénatales et au lien de confiance qui s'établit le plus souvent entre le personnel médical et les patientes (42-43). Les consultations prénatales sont aussi une rare occasion pour ces femmes de venir seules en consultation.

## **2. Vers un dépistage systématique universel à l'international**

Il est important de souligner que le dépistage systématique a longtemps été un sujet controversé. Une analyse Cochrane sur une revue de littérature de 2014 a conclu qu'il n'existait pas de preuve scientifique suffisante pour recommander le dépistage universel dans les soins de santé (11). En effet, aucun effet sur la qualité de vie des victimes, sur l'efficacité des taux de récidives à long terme, sur la consommation de toxiques, sur l'orientation et le recours aux soins ou aux aides sociales n'a pour l'instant été mis en évidence (11-44). Pourtant, cette même étude mettait en évidence un doublement du nombre de victimes identifiées notamment des violences dites « invisibles », une diminution du taux de dépression à un an, un soutien et une

sécurisation des victimes (11). L'efficacité nécessitent la combinaison de plusieurs facteurs et processus : formations professionnelles, ressources spécifiques, accès à des ressources et maintien de la relation de soins de santé.

Pour l'OMS, les guides et les protocoles, tels que le guide «Guide de l'OMS sur la prévention de la violence de 2013» (23) ou le «Protocole général sur les soins de santé dans les situations de violence sexiste» de 2012 (45) recommandaient le dépistage systématique en raison de l'augmentation du nombre de femmes identifiées comme victimes.

Au Canada, The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) s'est positionnée en 2005 en faveur du dépistage systématique (46). Aux États-Unis, plusieurs sociétés savantes, comme The American College of Obstetricians and Gynecologists (47), l'American Academy of Family Physicians, l'American College of Emergency Physicians, l'American Medical Association, l'American Academy of Pediatrics et l'Emergency Nurses Association, ont recommandé le dépistage systématique des violences conjugales (48). En 2013, l'U.S. Preventive Services Task Force (49), un comité américain d'experts influent en matière de santé et indépendant du gouvernement, s'est lui aussi prononcé vers d'un dépistage systématique.

## **VII- La recommandation HAS**

### **1. La recommandation de bonne pratique**

L'HAS a été saisie par le Ministère des solidarités et de la santé, en décembre 2017, au sujet de la prise en charge des victimes de violences sous l'angle des pratiques professionnelles. Il requiert l'élaboration de recommandations permettant d'homogénéiser, d'améliorer et de sécuriser la prise en charge des victimes, sur la question globale du repérage des femmes victimes de violences. Cette demande s'inscrit dans le cadre de la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes, du Plan 2014-2016 de lutte contre les violences faites aux femmes (8) et du rapport de l'IGAS de mai 2017 (50), qui mettent en lumière le rôle déterminant des établissements et professionnels de santé en la matière.

Cette recommandation de bonne pratique concerne le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple par les professionnels de santé ainsi que la prise en charge initiale et l'orientation incluant les enfants exposés. Lors de la délibération du 12 juin 2019, l'HAS a adopté la recommandation de bonne pratique pour un dépistage systématique des violences conjugales (9). Le questionnement systématique par les médecins généralistes donne aux

femmes la possibilité d'être finalement entendues. Identifier cet abus est essentiel pour pouvoir aider et orienter les femmes vers le soutien approprié.

Pourtant en France, la recherche d'antécédents de violences n'est systématique que chez 6 à 8% des praticiens (4-51). Une thèse quantitative publiée par Dr MU-SEK-SANG montrait que sur l'ensemble des médecins interrogés, soit 89, 69 médecins dont 33 hommes et 36 femmes ont répondu qu'ils n'avaient jamais pratiqué ce dépistage systématique au cours de leur exercice (10). Même constat aux États-Unis, où les violences sont moins dépistées que les autres facteurs de risque (52). Les professionnels de santé peuvent se sentir désemparés lorsqu'ils sont confrontés à un cas de violences, faute de formation, d'outils de dépistage et de protocoles (11).

En réponse, l'HAS et un comité d'expert publient 2 fiches pratiques (Annexe 1) dans le cadre de cette recommandation afin de fournir des éléments d'informations pratiques pour les professionnels sur comment repérer, évaluer et agir. Elles nous renseignent sur la nécessité de questionner systématiquement en expliquant que la violence au sein du couple concerne tous les âges de la vie et tous les milieux sociaux culturels même en l'absence de signes d'alerte. On nous signale qu'un repérage précoce est primordial du fait d'une aggravation des violences dans le temps. On nous expose comment montrer son implication, par exemple, mettre des affiches et des brochures à disposition des patients dans la salle d'attente.

Ces fiches outils permettent de rappeler aux praticiens de penser à repérer sur les signes alertes ou les événements de vie, comme lors de la grossesse et du post-partum. Elles définissent également les différents types de violences : psychologiques, verbales, physiques, sexuelles, économiques, souvent récurrents et cumulatifs entre les partenaires intimes. Elles communiquent des informations et des explications sur la spécificité des violences au sein du couple pour déculpabiliser la patiente et l'aider à agir (évolution par cycles successifs augmentant en intensité et en fréquence dans le temps). On nous énonce aussi comment se comporter et prendre en charge, avec l'utilisation d'une attitude empathique et bienveillante, sans porter de jugement. Une rubrique spécifique sur l'évaluation des signes de gravité existe. On y présente ensuite une information sur l'orientation de la victime en fonction de sa situation afin qu'elle soit dirigée vers les structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider. Des explications sur les démarches sont également données afin que le personnel médical puisse rappeler que la victime est en droit de déposer plainte (les faits de violences sont interdits et punis par la loi) et a le droit à la mise en place de mesures de protection. Le praticien doit établir un certificat médical, il peut aussi effectuer le signalement avec l'accord de la victime. On nous rappelle de ne pas oublier de considérer l'impact sur les enfants du foyer

pour les protéger (situation de maltraitances pour les enfants qui y sont exposés). Enfin, elles informent sur la nécessité de s'entourer d'un réseau sanitaire multidisciplinaire.

## **2. Les objectifs**

Les objectifs de cette recommandation sont, selon l'HAS (9) : de renforcer l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes, de favoriser le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple ainsi que de faciliter la coordination entre professionnels concernés.

## **3. A qui s'adresse la recommandation?**

Tous les professionnels de santé sont concernés dans leur pratique (9). Cependant, la recommandation s'adresse plus particulièrement aux professionnels de santé intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention : médecin généraliste, médecin urgentiste, pédiatre, gynécologue médical(e), gynécologue obstétricien(ne), psychiatre, médecin du travail, sage-femme, maïeuticien, infirmier(e) des urgences et libéral(e), infirmier(e) puériculteur(trice), chirurgien-dentiste, kinésithérapeute. D'autres professionnels sont concernés par le thème : médecin en UMJ, médecin des conseils départementaux et en particulier médecin de PMI et référent(e) protection de l'enfance, psychologue, pharmacien(ne), conseiller(e) conjugal(e), assistant(e) social(e), travailleur social et professionnel travaillant en lien avec les professionnels susnommés (aide-soignant(e), auxiliaire de puériculture, secrétaire médical(e)).

## **4. Les limites**

Les données de la littérature identifiées dans le cadre de ce travail (absence d'études ou insuffisance des niveaux de preuves scientifiques des études) n'ont pas permis d'établir de grade pour la recommandation (9). En conséquence, toute la recommandation repose sur un accord d'experts au sein du groupe de travail en tenant compte de l'avis des parties prenantes sollicitées. Le groupe de travail multidisciplinaire et multi-professionnel est constitué par la HAS. Il comprenait de façon optimale 20 membres dont 3 médecins généralistes, 1 psychiatre, 1 pédiatre - médecin légiste, 2 urgentistes, 2 sages-femmes, 1 gynécologue médical, 1 médecin légiste, 1 psychologue, 1 gynécologue-obstétrique, 1 chirurgien-dentiste, 1 assistante sociale, 2 membres d'association d'aide aux victimes et enfin 1 kinésithérapeute. La phase de lecture est organisée sous forme de consultations des parties prenantes (9) (associations, la MIPROF, les collèges et conseils nationales des secteurs de la santé, etc.). Un questionnaire ouvert portant sur le texte des recommandations et l'argumentaire scientifique est envoyé à chaque partie

prenante. La réponse transmise par chaque partie représente l'avis officiel de l'organisation, association ou institution interrogée. Les réponses des parties sont prises en compte pour la rédaction finale.

Depuis la publication de l'HAS, à ce jour, aucune étude n'a été entreprise sur l'applicabilité de cette recommandation en consultation de médecine générale ainsi que sur le point de vue des généralistes. De plus, cette recommandation de bonne pratique n'aborde pas la question du repérage des violences chez les hommes et les autres types de violences envers les femmes (comme les violences et mutilations sexuelles, les mariages forcés ou la violence dans l'enfance tel l'inceste).

## **VIII- Le mécanisme d'emprise, vers une levée du secret médical ?**

### **1. Le mécanisme d'emprise**

Il s'agit de l'ascendant intellectuel ou moral de quelqu'un, de l'influence de quelque chose sur une personne d'après le dictionnaire Larousse. Du point de vue psychanalytique, c'est une relation de soumission de l'autre, considéré comme un objet, associée à l'impossibilité d'accepter l'autre dans sa différence et à la satisfaction de ses propres désirs au détriment du désir de l'autre, qui est nié (53). L'emprise est un système de domination psychologique mis en place par une personne sur une autre. Le but étant de conditionner l'autre à répondre à ses attentes sans aucune considération pour son libre-arbitre ou son bien-être. La victime est au service psychique de la personne qui la contrôle. Son individualité, ses propres sensations, ses propres choix disparaissent devant celui qui impose son pouvoir. Elle ne pense et n'existe plus qu'à travers lui. La personne sous emprise est soumise à des ordres arbitraires, absurdes et dangereux. L'entourage ne comprend pas la victime et la soupçonne d'y trouver son compte (54). Ce phénomène s'articule en 3 dimensions : l'appropriation, la domination et l'empreinte sur l'autre (marque physique et psychique) (54).

La mise en place de la stratégie des auteurs commence par **la séduction**. La rencontre peut être vécue comme fusionnelle avec un homme qui correspond exactement aux attentes de sa future compagne. Cet "accrochage" est parfois facilité par la complémentarité psychique de deux individus et par des facteurs de vulnérabilité chez la femme (d'ordre social et/ou psychologique). Cet amour idéalisé constitue la préparation psychologique à la soumission. Puis vient : **la manipulation, la domination et la violence**.

La manipulation amène la confusion, l'isolement, la culpabilisation. Elle repose sur différents

moyens qui peuvent être : comportementaux (surveiller l'autre, l'isoler du travail, famille, amis), financière (créer une dépendance), émotionnels (manipulations verbales et chantage), cognitifs (contrôle du langage et de la communication en utilisant des messages contradictoires). Ce processus d'instrumentalisation engendre une modification de la conscience : perte de confiance, déstabilisation, confusion, effondrement de la capacité critique, doute sur le propre ressenti, sentiment de vide. Il existe un épuisement psychique et physique.

**Des mécanismes d'adaptation** se mettent en place chez la victime avec la **dissociation psychique** en lien avec un vécu traumatique. **Une impuissance apprise** qui est la diminution des capacités à trouver une solution. Elle fait disparaître le désir de s'en sortir. On constate également qu'une **augmentation du seuil de tolérance** tend à la normalisation des violences et à une inversion de la culpabilité (au détriment de la victime) avec une protection de son agresseur pouvant aller jusqu'à un **état de stress post traumatique**. Les différents mécanismes d'adaptation au processus d'emprise permettent de comprendre puis d'accepter **l'ambivalence** qui habite ces femmes et qui déstabilise les soignants. Par exemple, les décisions prises en période de crise sont réversibles : les démarches entreprises peuvent être abandonnées lorsque l'espoir renaît. Souvent, le souhait premier de la victime est que les violences s'arrêtent, et pas nécessairement de quitter le conjoint violent.

## 2. Vers la levée du secret médical

L'arsenal législatif de lutte contre les violences commises au sein du couple a été complété par la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (55). Cette loi, applicable depuis le 31 juillet 2020, a étendu les possibilités de signalement des violences conjugales par les médecins dans un cadre bien précis. L'article 226-14 du code pénal a ainsi été complété par un 3° prévoyant que l'article 226-13 réprimant la violation du secret professionnel n'est pas applicable : « au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 [de ce code], lorsqu'il estime, en sa conscience, que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République »

Désormais, la levée du secret médical est possible si deux conditions sont réunies :

- 1. Lorsque les violences mettent **la vie de la victime majeure en danger immédiat**
- 2. Lorsque la victime se trouve **sous l'emprise de l'auteur des violences**.

Cette loi est issue du Grenelle sur les violences conjugales de novembre 2019. Cette dérogation permissive permet de protéger les victimes et les médecins faisant un signalement en cas d'urgence vitale immédiate. L'objectif n'est pas juste de faire un signalement, mais aussi de mettre à disposition des victimes tous les moyens nécessaires selon le Conseil national de l'ordre des médecins. L'idée d'une dérogation au secret médical, consiste donc à mieux signaler ces violences, en considérant que les femmes sous emprise sont dans l'incapacité de le faire elles-mêmes. L'Ordre des médecins publie, avec la participation du ministère de la Justice et la Haute Autorité de Santé, un vade-mecum pour accompagner les soignants dans la mise en place de cette nouvelle loi (56).

### **3. L'inquiétude du collège de Médecine Générale**

La remise en cause du secret médical a suscité de vives réactions parmi les médecins généralistes. Le Collège de la Médecine Générale s'associe aux inquiétudes d'une levée du secret médical l'estimant "inutile" et "contre-productif". C'est pourquoi, le Collège de la Médecine Générale a décidé de publier une lettre ouverte le 17 décembre 2019 « Ne touchez pas au secret médical ! » (57). Ils estiment que le secret médical est le fondement de la confiance et libère la parole. Il permet selon eux d'élaborer une relation dans le temps indispensable à la victime pour se reconnaître en tant que telle, être de nouveau considérée, reprendre confiance et prendre les bonnes décisions pour elle et sa famille.

Ils suggèrent de laisser le choix à la victime de façon autonome dans un cadre bienveillant et soutiennent que rompre le secret médical ne lui garantira pas la protection. Ils réclament également des moyens pour mieux être formé à reconnaître les violences, toutes les violences, y compris celles qui ne laissent pas de trace physique, ainsi que des moyens pour renforcer le travail en réseau de proximité et enfin des moyens pour accompagner les victimes et les soutenir dans les décisions qu'elles auront prises. Ils reprochent également aux autorités compétentes de ne pas avoir associé à cette réflexion le principal professionnel de santé concerné par les victimes de violences intrafamiliales : les médecins généralistes.

# MATERIEL ET METHODE

## I- Recherches bibliographiques

Les recherches ont été réalisées avec plusieurs moteurs de recherche avec bases de données type PubMed, Cochrane, Sudoc, Google Scholar, sur les sites du gouvernement, du ministère de l'intérieur et de l'HAS ainsi que des revues telles que « Exercer » et « Prescrire ». La recherche a été effectuée avec les principaux mots clés Mesh : Dépistage systématique, Violences faites aux femmes, violences conjugales, médecine générale. Également en anglais avec utilisation du site HeTOP (Health Terminology/Ontology Portal) : spouse abuse, battered women, mass screening, general practice et general practitioners.

Une veille bibliographique a été réalisée tout au long de la rédaction de l'étude, selon les mêmes critères de recherche, pour mettre à jour les données sur la problématique.

## II- Type d'étude

Cette étude est réalisée de manière **qualitative par théorisation ancrée** avec l'utilisation d'**entretiens semi-dirigés jusqu'à suffisance des données**.

### 1. Recherche qualitative

Afin d'analyser les représentations du médecin généraliste sur le dépistage des violences conjugales, la méthode qualitative a été choisie car plus adaptée à la problématique. En effet, beaucoup d'études quantitatives sous forme de questionnaires avec réponses fermées ont été réalisées auparavant. Pourtant, la méthode qualitative explore au mieux le point de vue subjectif humain des médecins, permettant également une plus grande liberté d'expression. Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux plutôt qu'expérimentaux, en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue des participants. Il s'agit de comprendre un phénomène, ici comprendre les motivations, les freins et la complexité du comportement des médecins face aux violences conjugales sans chercher à le quantifier (58-59).

### 2. Entretiens semi-dirigés

Nous avons choisi la méthode par entretiens semi-dirigés individuels plutôt que la méthode des

groupes focus. La problématique étant controversée, le caractère individuel des entretiens permet une atmosphère plus intime, plus personnelle et sans jugement. Un entretien de groupe focus risquerait, du fait d'avis divergents et d'une résistance aux changements de pratiques, d'influencer certains médecins moins à l'aise sur le sujet ou plus timide, adoptant ainsi, le même avis que les autres intervenants.

### **III- Les objectifs**

#### **1. Objectif principal**

L'objectif principal de cette étude est d'avoir l'avis et le ressenti des médecins généralistes sur l'applicabilité en pratique concernant la nouvelle recommandation de l'HAS et les fiches de bonne pratique sur le dépistage systématique des violences conjugales. Cela, mettra en lumière leurs motivations, leurs difficultés et leurs besoins en consultation.

#### **2. Objectif secondaire**

L'objectif secondaire sera la création d'une fiche outil en consultation en se basant sur les données recueillies et les fiches pratiques de l'HAS.

### **IV- Population**

#### **1. Critères d'inclusion et d'exclusion**

Nous avons inclus des médecins installés exerçant la médecine générale libérale et pratiquant dans le département du Nord et du Pas-de-Calais.

Nous avons exclu les médecins remplaçants, non installés et ayant une activité salariée comme activité principale. Aucun autre critère d'exclusion ou de non inclusion n'a été appliqué. Le but étant d'inclure un maximum de médecins généralistes installés, quel que soit leurs pratiques.

#### **2. Modalité de recrutement pour échantillonnage**

L'échantillonnage a été effectué par réseau de connaissance en premier lieu, puis élargie créant un échantillonnage par *snowball sampling* («effet boule de neige») en recherchant les variations maximales sur les critères suivants : Age, Sexe, Milieu d'exercice, Département, Nombre d'années d'installation, permettant une diversité chez les caractéristiques des participants. Le but étant d'atteindre la plus grande diversité possible et d'obtenir un échantillon

représentatif de l'ensemble des médecins de la région. Le détail des caractéristiques (Tableau 1) se trouve dans la partie RESULTATS. A noter que 3 médecins ont refusé de participer à l'étude par manque de temps ou d'intérêt.

La prise de contact s'effectuait par entretien téléphonique ou SMS auprès du numéro personnel en fonction des relations qui le permettaient. En cas de premier contact par le numéro professionnel, j'ai pu expliquer brièvement le sujet par l'intermédiaire du standard téléphonique à la/le secrétaire. S'en suivait un transfert d'appel immédiat ou un rappel ultérieur précoce. Lors du premier contact avec le médecin, j'expliquais l'intitulé de la recherche avec les tenants et aboutissants. Je détaillais également les modalités de déroulement de la recherche qualitative, ce qui m'amenait à demander l'accord d'enregistrement par dictaphone, en respectant l'anonymat. Nous convenions ensuite, après accord, d'un rendez-vous physique au cabinet dans les deux semaines. Pour garder de la distanciation lors des entretiens, il était généralement utilisé le vouvoiement.

## **V- Accord comité d'éthique**

Enregistré par dictaphone en début d'entretien, la notion d'anonymat a été rappelée oralement ainsi que le consentement pour l'enregistrement et la retranscription de l'échange. Après contrôle du délégué de protection des données de l'université de Lille, cette étude a été déclarée conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles (Annexe 2).

## **VI- Guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été réalisé à l'aide de recherches bibliographiques aboutissant à la création de 11 questions ouvertes suivant les données de littérature (Annexe 3).

Il se divise en 3 grandes parties :

- **Applicabilité de la recommandation** : Leurs opinions sur le dépistage systématique, leurs propres pratiques, les motivations, les freins et leurs appréhensions sur la prise en charge.
- **Trouver des solutions pour le changement de pratique** : Outil idéal en consultation, analyse et modification des fiches pratiques de l'HAS, autres solutions à apporter en termes de santé publique.
- **Actualité de la problématique** : Positionnement face à la levée du secret médical et réflexion sur la médiatisation du sujet.

Le guide d'entretien a été évolutif et a nécessité une modification à partir du 7ème entretien. En effet, lors de ma formation à la MIPROF, pendant la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes, j'ai appris qu'une proposition de loi était en cours pour la levée du secret médical en cas de péril imminent. J'ai donc jugé pertinent de l'inscrire dans une de mes questions pour demander le positionnement des médecins généralistes interrogés dans la version n°1 (Annexe 3). Hors, en juillet 2020, la loi a été votée par le sénat. J'ai donc informé sur ma trame d'entretien que désormais le cadre légal avait été confirmé et voté dans la version n°2 (Annexe 3).

## **VII- Recueil des données**

Les entretiens se sont déroulés du 8 janvier 2020 au 3 novembre 2020. La période de recrutement a été perturbée courant mars et avril (confinement lié à la crise sanitaire du COVID-19). Les entretiens se sont réalisés principalement au cabinet du médecin comme proposé lors du premier contact. Toutefois, deux entretiens, à la demande du médecin, ont été réalisés à domicile et un entretien par vidéoconférence durant la période de confinement.

Chaque échange était précédé d'une présentation de l'étude avec quelques données épidémiologiques, quelques recherches bibliographiques pour poser la problématique et une explication la recommandation actuelle. Il était rappelé le but de l'étude. Il était également spécifié que l'objectif était de connaître leurs ressentis et leurs opinions et en aucun cas une évaluation des connaissances. Ce pourquoi, il était précisé qu'il n'y avait pas de «mauvaises réponses». L'entretien était également complété d'un questionnaire quantitatif succinct pour connaître les caractéristiques des médecins pour un échantillonnage représentatif.

Chaque entretien suivait la trame de discussion du guide d'entretien en dirigeant les discussions pour ramener le débat vers le sujet principal avec subtilité et tact, si nécessaire. Une attitude de respect et un positionnement le plus neutre possible ont été adoptés, sans jugement, avec ouverture et tolérance. La méthode de reformulation des idées a été utilisée afin de s'adapter à l'interviewé et permettre une relance la plus neutre possible.

## **VIII- Enregistrement**

L'enregistrement des entretiens a été réalisé par deux moyens afin de penser à l'effet «back up » et prévoir des problèmes techniques éventuels. Le dictaphone numérique était de la marque OLYMPUS Digital voice recorder VN-6800PC et téléphone portable I-phone5s avec application

dictaphone. A chaque début d'entretien, les éventuels problèmes de piles ou chargements de matériels étaient vérifiés. Un essai d'enregistrement était systématiquement réalisé avant chaque entretien. Les données ont été enregistrées sur ordinateur la journée même suivant l'échange pour éviter la perte.

## **IX- Durée des entretiens**

Il n'y avait pas de durée prévue annoncée. De manière générale, la durée de l'entretien dépendait de l'intérêt du médecin généraliste à l'étude et également de la contrainte temps avec le planning horaire du médecin. Cela explique les grandes variabilités de durée des échanges. En effet, certaines entrevues réalisées lors de créneaux de consultation sont plus courtes, à contrario, des entretiens en dehors des plages de consultation comme le midi ou le soir. Les entretiens ont duré de 19 minutes et 55 secondes à 57 minutes. La durée moyenne calculée est de 32 minutes et 55 secondes.

## **X- Nombre d'entretien**

Le nombre d'entretien n'était pas défini préalablement. En effet, la taille de l'échantillonnage a été fixée lorsque les résultats sont arrivés à saturation de données, c'est à dire pas de nouvelles idées ou nouveaux nœuds sur cotation NVIVO. Ainsi lors du 14eme entretien, il n'y a pas eu de nouvelles notions et cela a été confirmé par la réalisation d'un entretien supplémentaire dit de consolidation.

## **XI- Retranscription**

Les entretiens ont été retranscrits par l'enquêteur dans les 24 heures suivant l'enregistrement. Ils sont dactylographiés dans l'intégralité mot pour mot sans correction des erreurs de langage afin de reproduire le verbatim. Les aspects non verbaux ont été retranscrits comme l'intonation de voix et les comportements de l'interviewé (rire, étonnement, agacement, silence, etc.). Il a également été annoté si une interruption survenait au cours de l'entretien (communication téléphonique). La retranscription a été réalisée par l'intermédiaire du logiciel OPENOFFICE Writer, où une anonymisation des fichiers identifiés a été faite en utilisant l'abréviation d'E1 à E15 pour les entretiens correspondant aux médecins rendus anonymes de M1 à M15. Les éléments pouvant nuire à l'anonymat ont été supprimés. L'intégralité du verbatim a été enregistrée sur clé USB, joint au manuscrit de thèse imprimé.

## **XII- Analyse des données**

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel NVIVO version 12 Pro qui permet d'organiser, visualiser et analyser les données qualitatives. Les entretiens étaient codés un à un et au fur et à mesure de leurs réalisations. On parle de théorisation ancrée avec une alternance constante entre la collecte et l'analyse des données. Elle permet au chercheur d'interpréter les données brutes qu'il collecte sur son terrain, touchant un phénomène culturel, social ou psychologique (méthode d'analyse proposée par Pierre Paillé (60)). C'est ainsi que chaque idée était codée par thème avec la création de nœuds et sous nœuds (sémantique du logiciel) en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressive. Ainsi regroupés par thème, ces nœuds ont permis de générer inductivement une théorisation au sujet de la problématique. (Arbre de codage : Annexe 4)

Une relecture par une autre investigatrice a été effectuée pour mener à une triangulation des données afin de diminuer les biais d'interprétation et d'augmenter la validité interne de l'étude. Elle a été faite par une autre interne de la faculté de médecine de Lille qui réalisait en parallèle une autre thèse qualitative et était donc formée à la cotation NVIVO.

# RESULTATS

## I- Caractéristiques des médecins généralistes

Réalisation de 15 entretiens de janvier 2020 à novembre 2020, avec une durée moyenne par entretien de 32 minutes et 55 secondes.

L'étude a été menée auprès de 15 médecins comprenant 8 femmes et 7 hommes. L'âge des médecins participants s'inscrit entre 30 et 61 ans avec un âge moyen de 44,3 ans. 26,6% des médecins exercent dans un milieu rural, 40% en milieu urbain et 33,3% en semi-rural.

Médecin généraliste	Age (ans)	sexe	Milieu d'exercice	Département	Nombre d'années d'installation (ans)	Spécialité	Durée de l'entretien (minutes)
M1	35	F	Semi-rural	Pas de Calais	2	Médecine esthétique+ soins palliatifs	56,3
M2	56	M	Urbain	Nord	25	Vieillessement, longévité et médecine du sport	45,53
M3	58	M	Urbain	Nord	30	Non	20,34
M4	50	F	Semi-rural	Pas de Calais	25	Non	51,22
M5	56	F	Urbain	Nord	26	Non	22,46
M6	33	M	Semi-rural	Nord	5	Capacité de pédiatrie	19,55
M7	57	M	Rural	Nord	30	Troubles de l'apprentissage chez l'enfant	24,04
M8	61	M	Rural	Nord	30	Non	28,53
M9	31	F	Semi-rural	Nord	1,5	Non	30,5
M10	47	M	Semi-rural	Nord	16	Non	24,5
M11	30	F	Urbain	Nord	1,5	Non	21,18
M12	31	F	Rural	Nord-Pas-De-Calais	1	Non	21,49
M13	42	F	Urbain	Nord	10	Gynéco-obstétrique	34,12
M14	32	F	Urbain	Pas-de-Calais	4	Capacité pédiatrie	57
M15	45	H	Rural	Pas-de-Calais	10	Non	31,59

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes participants à l'étude

## II- Perception de la recommandation par les médecins généralistes

### 1. Avis sur le dépistage des violences chez les femmes

#### a) Niveau de connaissance de la recommandation

La majorité des médecins généralistes interrogés n'a pas connaissance de cette nouvelle recommandation.

*M1 : «Je n'étais pas au courant qu'il y avait des recommandations.»*

*M5 : «Après les recommandations de l'HAS, je les connais pas plus que ça.»*

*M6 : «Je ne connaissais pas les recommandations.»*

*M8 : «J'ignore complétement ces recommandations.»*

*M9 : «Je ne connais pas la recommandation personnellement.»*

*M12 : «Comme vous me dites là, apparemment il y aurait des nouvelles recommandations, j'en ai pas spécialement entendu parler, donc euh... (en réfléchissant).»*

Selon un praticien, cela est dû à la pratique extrêmement vaste couvrant tous les secteurs de la santé en médecine générale.

*M7 : «C'est une recommandation que je ne connaissais pas. Voilà il y a plein de choses que l'on ne connaît pas en médecine générale.»*

#### b) Une pratique pas intégrée dans les habitudes

Les médecins se sentent concernés par le sujet mais ils n'y pensent pas suffisamment en consultation, la pratique n'étant pas entrée dans les habitudes du quotidien.

*M5 : «C'est une bonne chose, parce que oui, on n'y pense pas forcément au quotidien.»*

*M9 : «Après, il y a des consultations où on y pense plus facilement que d'autres et donc là, ça dépend de la pratique du médecin généraliste.»*

*M11 : «Personnellement, je ne le fais pas, mais parce que ce n'est pas rentré dans mes habitudes.»*

Un participant incrimine le manque de sensibilisation face aux violences conjugales pour l'applicabilité du dépistage en consultation.

*M8 : «C'est réalisable encore faut-il être sensibilisé.»*

Dans un même constat, deux autres pensent à un manque de diffusion de la recommandation, avec une impression de réaliser le dépistage seul.

*M10 : «Parce que dépister, ce n'est pas compliqué fin (en rigolant), c'est délicat. Mais pas impossible. Mais alors, est-ce qu'après tout le monde va le faire ? Après c'est toujours pareil, si c'est une question de masse et d'adhésion de tout le monde alors, on sera plus à l'aise. Je le fais, mes collègues le font, alors là, dans la région ils le font. C'est quand même plus agréable, on se sent moins seul.»*

*M11 : «En fait, on ne va pas tous le faire à chaque fois.»*

Certains praticiens trouvent que les mesures sont précipitées. Pour une applicabilité à leurs pratiques, avant de rendre le dépistage systématique aux généralistes, il faudrait renforcer les structures d'orientations.

*M4 : «Ce qu'il faudrait, c'est qu'on ait vraiment une structure solide pour dire, cette femme-là, on déclare, on fait un signalement et après, c'est plus nous.»*

*M8 : «Je pense qu'on est en train de mettre la charrue avant les bœufs. On a qu'à faire des maisons d'accueil, on a qu'à faire au moins une structure et quand on aura la structure on pensera au dépistage. En tant que médecin on doit dépister les violences. Et après, on peut, peut-être intervenir et trouver une solution alors, qu'il y en a pas et qu'il n'y a pas de structure pour la solution. C'est un peu le chien qui se mord la queue.»*

### **c) Rôle du médecin généraliste**

Malgré une méconnaissance de la recommandation et une faible intégration dans leur pratique, les médecins se sentent concernés par cette problématique. La majorité trouve que le dépistage des violences faites aux femmes est applicable à tous les médecins généralistes.

*M2 : «Si les recommandations c'est interroger la patiente sur des éventuelles violences à domicile ou autres, il y a une façon de l'aborder. Moi, ça tombe sous le sens de poser ce type de question... Oui, elles sont applicables à tout médecin, évidemment.»*

*M3 : «Il n'y a pas de raison que cela ne soit pas applicable à tous.»*

*M6 : «Mais à tout le monde, je pense même à généraliser.»*

*M7 : «Évidemment que oui, tous les médecins généralistes sont concernés, pourquoi non ?»*

*M8 : « Oui, parce que c'est tellement général.»*

*M9 : «Pour moi dans tous les cas, ce qui est dépistage systématique, c'est une évidence. Pour moi, ce n'est même pas si c'est applicable ou pas, c'est une nécessité. C'est quelque chose indispensable à faire. Donc oui, c'est une nécessité et tout le monde est concerné.»*

Pour un participant, c'est un enjeu de santé publique de taille.

*M13 : «Bah très bien, pour une fois qu'il y a une recommandation ! Je suis hyper pour le dépistage. Donc qu'il y ait une recommandation là-dessus, cela me paraît essentiel. C'est un vrai problème de santé publique donc, c'est adapté. Et en fait, de poser la question quand on se rend compte du nombre de retours positifs, on se dit qu'il n'y a pas photos, c'est un vrai problème de santé publique !»*

En outre, ils pensent que le médecin généraliste a un rôle de premier recours et d'interlocuteur. Effectivement, le fait de parler des violences et de réaliser le dépistage, même en cas de réponse négative, montrent que le médecin est sensibilisé et concerné par la problématique avec accessibilité à la discussion à n'importe quel moment.

*M7 : «Nous sommes le premier maillon parfois et nous avons un rôle à jouer.»*

*M9 : «Comme ça, elle le sait le jour où elle a une difficulté que je fais partie des interlocuteurs. Parce que j'ai déjà eu des patientes qui m'ont dit : «Mais je pensais que ce n'était pas votre travail.» Donc en fait, le fait d'ouvrir le sujet, même si elles ne veulent pas de prise en charge au moment de la consultation, permet effectivement de leur rappeler que si cela n'allait pas, je suis accessible n'importe quand.»*

De plus, on rappelle la responsabilité du médecin de famille dans la prise en charge de la santé psychologique de ses patientes.

*M9 : «En fait, il y a la pathologie physique du patient et la partie psychologique, qu'il y ait des médecins qui ne sont pas capables de faire ça, je le conçois. Par contre les dépister, le constater pour orienter, ça je considère que c'est notre travail. Après, qu'ils veulent faire le suivi s'ils s'en sentent capable ou pas ça, c'est autre chose. Mais pour moi, le dépistage c'est absolument indispensable. Parce qu'en fait ça fait partie de la santé psychologique.»*

#### **d) Étendre la recommandation**

##### **1. Aux spécialistes**

Certains généralistes élargissent cette responsabilité à l'ensemble de la profession médicale avec en particulier un accent sur les gynécologues et les autres spécialités comme les ORL et la traumatologie. Du fait de la relation et d'un suivi transversal différent à celui du médecin de famille, le dépistage systématique paraîtrait même plus adapté.

*M3 : «Même si ce n'est pas le médecin généraliste, cela peut être l'ORL, s'il y a une fracture du nez.»*

*M15 : «Après, tu vois c'est spéciale, parce que regarde, la gynéco, ils viennent la voir une fois quoi. Tu travailles sur un mode vertical, tu vois, à l'instant T.»*

On suggère de diffuser le dépistage en le proposant à la médecine du travail qui ont un rôle dans la prévention et dont les consultations sont souvent obligatoires.

*M12 : «Après pourquoi pas avec la médecine du travail. Pourquoi pas le mettre dans les consultations de médecine du travail. Comme elles sont souvent obligatoires, ça pourrait être l'occasion aussi d'aborder le sujet.»*

## **2. A toutes les violences**

Un médecin évoque la possibilité d'étendre la recommandation à toutes les formes de violences comme par exemple le viol ou l'inceste.

*M13 : «Donc euh voilà, alors toutes les violences, les violences conjugales aussi. On pourrait faire plus et pas uniquement centré sur les violences conjugales.»*

## **3. Aux Hommes**

Quelques généralistes reprochent à la recommandation de ne pas citer la problématique de la violence contre les hommes. Pour eux, ne pas en parler, supposerait que cela n'existe pas. Pour certains, il serait intéressant d'ouvrir et d'étendre la recommandation quitte à en faire un outil de dépistage plus ouvert.

*M8 : «Je ne dis pas qu'il ne faut pas rechercher des violences conjugales que cela soit dans un sens ou dans l'autre. Parce que je trouve que dans ma patientèle, j'ai vu des hommes très autoritaires et des femmes aussi. Et par rapport à la recommandation, je pense qu'il y a des violences conjugales femmes et hommes. Là, ça sous-entend, pas de violence pour l'homme.»*

*M9 : «Par contre moi, je ne mettrais pas pour les femmes, je mettrais violences tout court. Il y a des hommes qui sont dans des situations compliquées. Je trouverais ça injuste de mettre en évidence la femme et pas l'homme. Quitte à faire un outil, être large.»*

*M14 : «Bah évidemment et puis, on n'en parle pas beaucoup des hommes battus aussi. Oui, je pense qu'on n'en parle pas hein. Moi j'ai eu le cas. C'est encore pire. Déjà les femmes, j'ai du mal, mais les hommes battus...»*

Pourtant, un participant évoque également la position de l'homme dans la recommandation et considère que la violence chez les hommes est une entité à part. Il trouve qu'il y a un intérêt à développer un outil différent et spécifique à l'homme, les violences ne se prenant pas en charge de la même façon.

*M13 : «Alors la violence conjugale existe chez les hommes, mais elle ne se présente pas de la même façon et du coup on ne peut pas engager les mêmes prises en charge. Typiquement un homme, des retours des études que l'on a, on va lui proposer une structure comme Louise Michel, il ne le fera pas. Bah en fait, la violence conjugale chez l'homme c'est compliqué, aussi parce que ce ne sont pas les mêmes modes de dépistage.»*

## 2. Interrogation sur la mise en pratique du questionnement systématique

### a) Un sujet tabou et difficile à aborder

Même si la plupart des médecins se sentent concernés par la recommandation, ils trouvent quasi-unanimement que le dépistage systématique n'est pas la méthode à privilégier. En effet, le sujet est difficile à aborder au quotidien avec une impression d'intrusion dans l'intimité de la patiente.

*M2 : « Je pense que c'est un sujet d'actualité, que ce dépistage, on le fait de façon implicite régulièrement. De là, à proposer un questionnaire à chaque patiente, je trouve ça irréalisable, voire parfois déplacé. »*

*M7 : « Mais ça peut être clairement, être une bonne idée, donc ouais à voir... Je crois que c'est un sacré sujet sur lequel on n'est pas à l'aise, loin d'être simple. Le faire de façon systématique, là comme ça, waouh (air étonné). Je ne me vois pas trop le faire. Mais ça peut être clairement, être une bonne idée, donc ouais, à voir. »*

*M10 : « C'est une bonne chose, ce n'est pas facile à mettre en œuvre. Parce qu'on peut quand même être considéré comme intrusif et maladroit. C'est compliqué. Le risque de se dire : « De quoi vous vous mêlez ? ». »*

*M14 : « Enfin comment on peut amener à poser des questions pareils ! Enfin, genre la patiente s'assoit, elle me dit : "Bah voilà j'ai un petit rhume ". Bon très bien, tient le petit rhume, il n'y a rien. Bon, très bien, on fait une PCR. Bon alors sinon, comment on aborde ça, vous voyez ? Euh non. Mais je suis vraiment surprise de cette reco, parce que pff. »*

*M15 : « Euh, est-ce que ce n'est pas trop intrusif ? »*

Cela provoque un sentiment de gêne et de malaise.

*M10 : « Moi ce qui m'embête, c'est la position inconfortable. Alors c'est peut-être égoïste, dans laquelle ça va nous mettre... Ça nous met dans une position complètement inconfortable. Mais c'est nécessaire. »*

En réalisant le dépistage systématiquement, on craint de provoquer un malentendu ou un sentiment de jugement vis à vis de la patiente, en abordant ce sujet chez celles non concernées.

*M2 : « Mais de là à faire d'une façon systématique, comme une vaccination : « bah voilà madame, il faut vous vacciner, c'est le moment de vous vacciner » et « on va parler des violences à domicile ». Elle va se demander où elle est tombée : « Madame, on va parler de violence ». »*

*M12 : « Bah pourquoi pas, après, c'est toujours comment aborder les choses avec des patients qui viennent pas du tout pour parler de ça. C'est vrai qu'en tant que médecin généraliste*

*parfois ça peut, peut-être, mal se passer si les gens sont pas du tout concernés. Les femmes, bah qui ne comprendraient pas pourquoi. Même pour certaines femmes qui se sentiraient agressées ou jugées même : «J'ai l'air d'être battue?».»*

On soulève le risque de changement de médecin et la fuite de patientes concernées ou non.

*M2: «Pour une patiente, il s'immisce dans ma vie privée, que la patiente change de médecin : «parce qu'il me pose des questions comme ça».»*

*M14 : «C'est honteux, on le cache. A partir du moment où le médecin va commencer à poser des questions soit on fuit, soit on se ferme comme une huître et puis c'est tout. Donc euh moi, la question du dépistage systématique, je ne comprends pas...»*

### **b) Un avis divisé sur la relation médecin-patient**

La majorité des médecins trouve un manque de qualité relationnelle dans ce type de dépistage. Considérant que la relation médecin-patient ne rentre pas dans le cadre d'un questionnement systématique.

*M1 : «Le problème des recommandations, c'est que c'est des questions. Et il faut savoir, dans une consultation, c'est jamais un cadre. Il y a des débuts, une fin. Mais il faut savoir, qu'on ne va pas dire : «Attendez, j'ai des questions à vous poser». Ça ne fait pas du tout relationnel. Moi, j'ai du mal à fonctionner comme cela. C'est pourquoi les questions de dépistage, j'ai du mal. C'est à toi qu'on viendra te parler.»*

*M2 : «C'est le côté questionnaire en systématique dans une vraie consultation médicale, cela ne se passe pas comme ça... Mais c'est irréalisable en consultation, on n'a pas ce rapport là, pas un rapport de question sur une fiche avec nos patientes qu'on connaît depuis 10, 15, 20 ans, cela ne passe pas. Irréalisable et déplacé dans une relation médecin-patient...»*

*M4 : «Mais comme ça, aborder abruptement, je trouve que c'est trop frontal. Je connais mes patientes et pas facilement mais au bout de 2/3 consultations, quand elles sont seules.»*

*M14 : «Et je ne peux pas non plus dire à la patiente : «Écoutez, revenez bientôt parce que je vais vous poser des questions sur le fait que vous soyez battue ou pas». C'est un peu compliqué à mettre en place. C'est un truc qui ne va pas ressortir comme ça. Je ne me vois pas poser ce genre de question. Je ne vois pas. Ce n'est pas possible.»*

*M15 : «C'est difficile de poser la question à chaque fois ou une fois par an : «Tiens, on est au mois de décembre, tiens comment ça va avec votre conjoint ?». Donc, en systématique, euh non. Je me vois mal noter dans le dossier, une fois par an ou tous les six mois, si ça va. Voilà, enfin moi, je le vois comme ça. J'ai du mal à ce que ce soit imposé. C'est au fil des discussions, tu vois. En fait, on parle de façon continue des problèmes.»*

En contradiction à ces opinions, deux autres généralistes sont d'avis que le dépistage favorise la relation de confiance entre un médecin généraliste et sa patiente.

*M12 : «Créer une relation de confiance, encore plus avec elle, et puis voilà.»*

*M13 : «Je pense que ça crée un véritable lien aussi avec ma patiente. Parce que quand elles ont pu verbaliser, alors là je spécifie sur les violences conjugales, là-dessus ça ouvre le sujet. Et elles savent qu'il n'y a pas de jugements et elles voient bien la façon dont c'est pris en charge. Et je pense vraiment, que ça crée un lien supplémentaire.»*

### **c) Questionnements sur la mise en place**

Que cela soit en termes de relation ou d'organisation, des questions subsistent avec des avis divergents sur la réalisation en pratique du dépistage systématique. Les médecins ont des interrogations concernant la définition du cadre systématique de la problématique. En premier lieu sur la fréquence de réalisation, ils ont des difficultés pour déterminer et fixer un intervalle approprié aux questionnements.

*M12 : «Bah, comment ça se mettrait en place, j'essaie d'imaginer un peu.»*

*M15 : «Toutes tes patientes au moins une fois, tu leurs demanderas, mais tu leurs demanderas combien ? Tous les 6 mois, tous les un an, à chaque fois ?»*

Le deuxième questionnement concerne l'instant approprié à aborder le sujet. Un participant trouve la première consultation idéale dans le cadre de la recherche des antécédents.

*M2 : «Mais d'entrée de jeu dans les antécédents, oui pourquoi pas ? D'entrée de jeu à une première consultation dans les antécédents. Il y a peut-être des patientes, si on leur pose, je pense qu'elle me dirait non, mais elle m'en parlerait le moment venu.»*

Deux autres, au contraire, considèrent la nécessité d'attendre de mieux connaître son patient.

*M11 : «Tous les nouveaux patients que je vois au cabinet, je leurs demande s'ils fument, boivent et fument du cannabis, alors c'est compliqué à rajouter en toute première question. Autant la drogue voilà ça, autant les violences en toute première question quand on ne connaît pas les gens, euh. C'est une question assez intime, donc pas au premier rendez-vous.»*

*M14 : «Il faut que j'instaure ma relation de confiance. Il faut préparer un peu le terrain et faire en sorte que ça accroche un peu vraiment. Et comme première abord, c'est difficile.»*

Enfin, on s'interroge sur le type de questionnement adapté pour amener le sujet.

*M14 : «Je ne sais pas quel genre de questions je pourrais poser pour essayer de ramener le sujet là-dessus.»*

#### **d) Doute sur une indication à ses propres patientes**

De nombreux généralistes font part de leurs doutes sur l'intérêt d'un dépistage systématique trouvant qu'ils connaissent suffisamment leurs patientes.

*M2 : « Je connais mes patientes par cœur. »*

*M3 : « Mais le problème, c'est que quand vous connaissez en tant que médecin généraliste votre famille souvent vous êtes quand même au courant de ce qui se passe dans les maisons, alors... pas systématique. Enfin, faire du dépistage systématique ça a un intérêt modeste, vous connaissez vos gens. »*

*M4 : « Pour moi, c'est exagéré, on connaît bien notre patientèle. Par exemple, quand on vient pour des pathologies qui sont mal systématisées ou autres, on sent qu'il y a de la pression dernière. Alors là, on va se dire avec le flair. »*

*M10 : « Après, l'avantage qu'on a d'être médecin traitant, médecin de famille, c'est qu'on les connaît très bien, et on repère quand ça va pas. Combien de fois, ça m'est arrivé pour une patiente: « Oh, ça n'a pas l'air d'aller vous ? ». Et voilà, en disant cette phrase, j'ai déclenché une consultation, parce que je connais mes patients par cœur. »*

*M15: « Moi, je les vois sur la durée mes patientes, donc euh, quand il y a des trucs qui ne vont pas, c'est rare de passer à côté, des trucs comme ça je veux dire. C'est clair. Les gens, ils parlent tu vois, ils parlent. En fait, je pense que pour passer à côté d'un truc comme ça, soit elle le cache vraiment bien mais dans ce cas, elle ne te le dira jamais »*

Certains médecins considèrent que les violences ne concernent pas toutes les patientes, voire aucune de leur patientèle. Puisqu'ils sont à peine ou jamais confrontés aux constats des violences dans leurs pratiques.

*M5 : « Il y a des patients et heureusement, où il n'y a pas d'intérêt à les poser ces questions. »*

*M8 : « Sincèrement, je ne suis pas soumis à ça au village. C'est réalisable, encore faut-il être sensibilisé et avoir la possibilité d'en dépister, moi sincèrement en regardant ici, j'ai jamais vu de violences. »*

*M15: « C'est rare quand même, enfin dans ma patientèle, je ne dis pas... (dans le sens que ça n'existe pas) ». J'ai deux, trois, quatre noms, souvenirs, pas plus. »*

#### **e) Plus adapté à la ville**

Un généraliste trouve que le questionnement systématique est plus adapté à la ville, où une concentration plus accrue de médecins rend le dépistage plus accessible.

*M1 : « Et je pense que c'est plus adapté à la ville, car il y a quelque chose de l'ordre de l'impersonnel dans la ville, moi je connais tout le monde, le mari, etc.,... »*

### 3. Motivations

#### a) Prise en charge globale de la femme

Avec ce questionnaire, on apprécie la prise en charge globale de la patiente et une ouverture sur la vie à la maison, plus difficilement évaluable à présent étant donné la diminution des visites au domicile.

*M6 : «Je pense que c'est adapté à la prise en charge globale de la patiente. Que c'est une ouverture, peut-être sur la vie à domicile, des choses que l'on ne voit plus comme c'est des patients qu'on voit moins à domicile.»*

Ensuite, un participant entend la découverte des violences comme une solution pour comprendre et expliquer des pathologies somatiques et psychiques des patientes en consultation.

*M11 : «Pour mieux les comprendre, comprendre l'environnement et du coup des causes de dépressions ou des comportements qui pourraient être liés à ces violences, euh voilà.»*

#### b) Protection des victimes

La protection des victimes a également été évoquée comme une des raisons à la motivation au dépistage.

*M12 : «Pour protéger les patientes.»*

*M15 : «Est-ce que ça protège la victime, l'éventuelle victime, bien sûr !»*

En effet une fois la violence diagnostiquée, on apporte de l'aide avec les informations de prise en charge.

*M13 : «Alors mes motivations, c'est de pouvoir leur proposer une aide s'ils le désirent. Les informer aussi des répercussions que cela peut avoir et voilà. Voilà, cela me permet de donner aussi toutes les informations pour le jour où, si un jour cela se présente, elle désire quitter leur agresseur.»*

Mais aussi, grâce à l'explication des différents mécanismes de la violence, on permet de faire déculpabiliser les patientes.

*M13 : Leur expliquer ce que c'est que la dissociation. Pourquoi elles sont venues auprès de leur agresseur plutôt que s'éloigner. Et de leur mettre toute la culpabilité que la société met en mode : «Comment ça se fait que tu es battue et que tu ne pars pas ?».*

### **c) Une ouverture de la parole**

Certains généralistes voient le questionnement sur les violences comme une solution pour sortir la victime de l'isolement. Tout d'abord, on pense que cela permet à la femme sous emprise de se questionner sur sa situation.

*M9 : «On permet d'ouvrir l'esprit de la patiente et de faire poser des questions sur sa situation.»*

Ensuite, Ils évoquent le questionnement comme une aide à l'ouverture de la parole et du dialogue. Que cela soit pour les victimes prêtent à se confier, ou pour toutes les autres, cela suppose que le médecin est disponible et est un interlocuteur de confiance au moment venu.

*M11 : «Très bonne chose, parce que je pense que quand on pose la question, les patientes ne vont pas mentir, elles ne voudront pas forcément porter plainte ou que ça aille plus loin. Mais, elles vont le dire au moins et personnellement. Elles auront quelqu'un à qui en parler... Bah déjà, pour qu'elles se sentent moins seules.»*

*M7 : «En pratique, fin si c'est vrai que le fait d'en parler, que ça aide de pouvoir en parler.»*

Un participant, qui pratique le dépistage systématique, nous fait part d'un effet de bouche à oreille entre ses patientes et son entourage, favorisant la diffusion du dépistage et faisant prendre conscience de certaines situations.

*M13 : «Ah mais oui et même à force de demander en fait, parce que du coup j'ai des copines des copines de machin. Elles ont eu une bonne copine qui elle a galéré et : «Tu sais cette docteur-là, elle demande». Donc, les patientes viennent en disant : «J'ai appris que vous vous posiez la question pour les violences». Donc c'est fou.»*

### **d) Meilleur repérage des violences dites «invisibles»**

Certains médecins trouvent que poser la question, sans signes d'alerte, met en avant les violences qui ne se voient pas comme les violences psychologiques. Ceci explique le taux de prévalence plus important des chiffres officiels, comparativement à ce que pensent et perçoivent les généralistes.

*M7: «Je pense que la violence physique, ça peut se voir et les difficultés des violences psychologiques qui sont difficiles à repérer... Les gens se présentent à nous quand même sur leur belle face, même quand on est violenté.»*

*M12 : «Bon après, je pense que ça reste quand même intéressant de trouver une manière de dépister ces choses-là, qui sont souvent plus fréquentes que ce que l'on pense ... C'est vrai que c'est important et qu'il y a plusieurs sortes de violences. Il y a les violences qui ne se voient pas, non c'est intéressant et un problème à prendre au sérieux.»*

*M15 : « Tu vois, le couple de vieux qui arrivent hyper souriants, ça va. Tu n'en as pas un qui fait la gueule, tu les vois ensemble. C'est sûr, tu peux passer à côté de pleins de trucs hein. Si tu regardes les chiffres d'inceste et tout ça, tu te dis merde forcément ... (sans finir sa phrase). »*

Pour d'autres, la recommandation HAS sur le dépistage systématique, sensibilise à elle seule les généralistes et les incite et motive à sa réalisation.

*M6 : « On doit être sensibilisé en début de consultation ou en début de nouveau patient. »*

*M7 : « Pour repérer. Un, on n'y pense pas toujours, donc c'est bien que ces recommandations soient là. Peut-être nous rappeler que c'est plus fréquent que ce que l'on pense. »*

### **e) Rapidité du dépistage**

Une dernière motivation au dépistage est la rapidité de réalisation de celui-ci, grâce à la pose d'une simple question.

*M6 : « Parce que c'est une question qui se pose très vite, donc. »*

*M11 : « Bah oui, ça va vite à poser comme question. »*

## **4. Les freins**

### **a) Liés aux facteurs organisationnels en consultation**

#### **1. Accompagnement en consultation**

Le principal problème soulevé par les médecins est l'accompagnement lors des consultations. La femme est rarement vue seule et souvent, il y a la présence du conjoint.

*M3 : « Et souvent, le conjoint jaloux vient avec son épouse et donc on peut difficilement poser les questions concernant les relations entre les deux. »*

*M4 : « Parce que bien souvent, il est là. »*

*M7 : « Par contre parfois, on ne voit pas toujours la femme seule et il peut y avoir le conjoint, ça fait partie aussi, d'une limite. »*

*M9 : « Un autre frein, c'est si elles sont accompagnées de monsieur. »*

*M11 : « S'ils viennent en couple. »*

*M14 : « Et finalement, j'ai réussi à faire sortir le mari pour dire que j'allais l'examiner au niveau gynéco. Il a accepté. J'étais très étonnée et c'est là que je lui en ai parlé. Parce que cela faisait longtemps que je voulais la voir seule à seule. Et je n'ai jamais réussi. »*

C'est une problématique tant pour le diagnostic des violences que pour le suivi.

*M9 : «Mais le frein, c'est qu'après presque systématiquement, elle revenait avec monsieur. Donc par contre là, pour faire un suivi la dessus, c'est compliqué surtout qu'elle n'avait pas le droit de sortir sans son mari.»*

Outre la présence du conjoint, c'est qu'elle puisse être accompagnée d'un enfant.

*M2 : «Le seul frein, serait qu'elle soit accompagnée des enfants en consultation.»*

*M6 : «Si il y a un entourage, si il y la présence du mari, du conjoint, des enfants, c'est tout.»*

*M9 : «Les patientes ne viennent pas forcément pour elles. Les mamans ne prennent jamais rendez-vous pour elles. Elles ne prennent pas de temps pour elles, parce qu'il y a un bébé. Donc, ça veut dire, peut-être un des freins, à le rajouter.»*

*M12 : «Si c'est une dame souvent, elle vient avec ses enfants ou son mari. Donc ça ne va pas être évident de parler de ça. Mais ça arrive quand même souvent que les femmes viennent au moins avec l'enfant ou voir le conjoint.»*

## **2. Contraintes horaires**

La contrainte horaire est aussi verbalisée, en effet, pour les généralistes si le patient a un problème aigu, ce dernier passe au premier plan.

*M9 : «Parce que là par exemple, le patient qui vient en consultation libre ou pour un souci de santé, le médecin se focalise dessus, dépistage et prévention par-dessus pour moi, c'est compliqué.»*

*M13 : «Ça prend du temps, c'est certainement ça qui retient encore pas mal de médecins. Ça prend du temps... Elles ne viennent pas pour ça en fait. Quand on fait un dépistage systématique. Il faut se rendre compte que ce n'était pas le sujet, donc en fait on va devoir traiter le sujet et en plus régler cette problématique-là.»*

Les motifs de consultation multiples sont également perçus comme une contrainte quand cette dernière est limitée en temps.

*M14 : «Enfin il y a tellement de choses à voir dans une consultation de 15 minutes, voir 10. Voilà parce qu'il faut aussi nettoyer les chaises et aussi entre deux maintenant (en parlant de la COVID-19). Voilà donc euh, moi j'aime bien mais c'est compliqué.»*

D'autant plus, que les médecins se doivent de pratiquer d'autres dépistages de routine.

*M9 : «Après le dépistage, on en fait beaucoup.»*

*M14 : «Alors, c'est bien d'y penser. Mais, vous savez on a déjà beaucoup de dépistage systématique. Pour tout, que ce soit du bucco-dentaire, la peau, le sein, le frottis, le suivi de pilule.»*

On évoque ensuite la problématique de la durée d'une consultation spécifique sur la violence.

*M9 : «Effectivement, si je le découvre en fin de consultation, effectivement, le frein ça va être le temps. Je ne peux pas le faire en 5 minutes et ça va être bâclé, je ne peux pas.»*

*M13 : «Après, mais déjà rien que les répercussions que ça va avoir sur elle, vraiment tous les mécanismes neurophysiologiques ... Bah ça, mine de rien ça prend quand même du temps ! Donc voilà, je pense que le frein essentiel, c'est le temps. Pour autant après je reste persuadé qu'on le gagne après.»*

*M15 : «Et après, ça prend du temps. Après c'est reparti pour dix minutes, tu apprends pas mal de choses aussi de toute façon. C'est sûr, c'est du temps et de la patience.»*

Les participants considèrent que la question du temps est un faux problème. Une simple organisation est nécessaire, par exemple, s'ils recueillent une réponse positive, il est facile de donner un nouveau rendez-vous à la patiente.

*M9 : « Ça nécessite de prendre son temps, il faut une consultation dédiée mais, je ne lui dirais pas qu'il vient pour ça, je trouverais un motif médical. Voilà c'est une subtilité.»*

*M13 : «Donc moi, je propose systématiquement un nouveau rendez-vous en lien avec ça, mais je sais que le temps, il est hyper important à ce moment-là.»*

### **3. Motif de consultation initial**

Le motif de consultation, bien souvent éloigné des violences est également vu comme un frein pour aborder le sujet.

*M12 : «C'est toujours : « Comment aborder les choses avec des patients qui viennent pas du tout pour parler de ça ?».»*

### **b) Liés aux capacités d'orientation et difficultés des démarches judiciaires**

#### **1. Trouver les bons interlocuteurs**

Un médecin éprouve certaines complexités notamment lorsqu'il doit orienter ses patientes à trouver les contacts et les bons interlocuteurs.

*M6 : «Toujours des difficultés à appeler et à avoir les bons interlocuteurs.»*

#### **2. Manque de structures**

Les généralistes rencontrent également des difficultés dû au manque de structures d'orientation, provoquant de nombreuses interrogations.

*M1 : «Ce que j'ai peur c'est le manque de ressources pour la patiente, on me confie qu'elle est maltraitée, il faut que je lui donne un relais et je la relais où ? Comment ? Avec quoi ? Mais c'est pourquoi les questions de dépistage, j'ai du mal parce qu'après j'en fais quoi ?»*

*M4 : «Parce que oui un foyer, oui divorcer et partir de chez soi, mais sous quelles conditions ?»*

Ils soulignent aussi la difficulté d'obtenir une place d'hébergement en cas d'exfiltration de son domicile.

*M8 : «On a qu'à faire des maisons d'accueil, on a qu'à faire au moins une structure et quand on aura la structure...»*

*M15: «Je pense qu'il n'y a pas, il n'y aura jamais des services à l'hôpital pour ces cas-là. Tu vois souvent c'est les associations qui les aident. Tu vois, qui peuvent les accueillir, logements d'urgence et tout ce n'est pas ...Tu vois là aussi, il faut des places souvent, c'est les assos qui gèrent ça. Vraiment, il faut exfiltrer la victime, il faut des moyens quoi.»*

On énonce également le manque de structures sociales en lien avec le milieu rural d'exercice d'un participant.

*M1 : «Il faut un tissu social, qu'il soit familial ou social même. Ça c'est un vrai problème. Il n'y a plus de service sociaux, je n'ai pas de planning familial. Une femme aujourd'hui qui veut s'en sortir ou qui veut essayer de faire des choses, il y a intérêt à avoir de la famille.»*

### **3. Accessibilité à la prise en charge psychologique**

La prise en charge psychologique est aussi pointée du doigt. Les délais de rendez-vous, ainsi que la non accessibilité à des soins gratuits pour les violences conjugales, par manque de moyens en psychiatrie, font partis des freins auxquels sont confrontés les médecins et les patientes.

*M10 : «Je vois les délais de consultation avec un psychiatre qui sont énormes. Malheureusement, je vais être dure, mais la médiocrité de la prise en charge des CMP... Il ne faut pas se mentir, ils sont débordés. Pas de moyens, les rendez-vous sont longs. La psychiatrie, ils n'ont pas de sous pour pouvoir se développer... Parce que lui proposer une prise en charge psy, moi j'ai peur qu'on propose et que les délais soient loin : «Le docteur il est bien gentil, mais il peut rien pour moi». Et voilà. Ou sinon, ce n'est pas remboursé, les psychologues comme les psychiatres en secteur 2. Donc, sortir 70-80 Euros, ils ne peuvent pas donc ils abandonnent. Tu vois, ils ne se sentent pas soutenus.»*

### **4. Échec des démarches et banalisation de la problématique**

Pour les généralistes, la difficulté peut se retrouver dans les échecs des démarches, notamment administratives, parfois dut à une banalisation des violences par les autorités compétentes.

M10 : «Est-ce que ça va suivre ? Et le problème aussi des femmes qui portent plaintes, le peu de retour que j'en ai, c'est d'être complètement banalisées ou ne pas être écoutées par les fonctionnaires de police.»

M14 : «Mais par contre le commissariat, non, ils ne sont pas réactifs. C'est que je sais que derrière, ça ne va pas suivre. La patiente là, en fait elle a quitté son conjoint. Maintenant, elle n'est plus avec en fait, elle a fait déjà ce qu'il faut et la mesure d'éloignement policière, elle est censée marcher mais, elle ne marche pas, bon... Des menaces, il lui a fracturé sa porte plusieurs fois. Enfin voilà, de toute façon la police... (d'un air de dire qu'ils ne sont pas efficaces).»

M13 : «J'ai des patients tous les jours. Et tous les jours où il y a des démarches judiciaires qui sont en cours, ça ne marche pas. Ça ne marche pas et les patientes sont toujours en danger. J'ai des histoires horribles comme ça. J'ai cette patiente qui s'est enfuie, alors elle s'est enfuie avec ses deux enfants chez ses parents. Et le père l'a retrouvée chez les parents, a tué la mère, a tué la grand-mère... Le grand père, il a survécu six mois avec les deux enfants, euh et puis il est mort de tristesse... Et le père lui, il vaque à sa vie, je ne sais plus combien de temps il a eu de prison et puis voilà. Et surtout en fait, tout le monde est prévenu, la police était prévenue, cette dame était partie chez ses parents et tout ça. Elle n'a pas été protégée.»

Suite à ces retours d'expériences négatives, les patientes perdent confiance envers les autorités compétentes et n'entament plus de démarches de peur de représailles.

M11 : «Elles préfèrent ne rien dire par peur de représailles quelque chose comme ça. En fait, ce qu'elles ont peur, leurs freins, c'est qu'elles n'ont pas trop confiance. Elles ne veulent pas porter plainte. Il y en a beaucoup, parce qu'elles n'ont pas trop confiance en la justice, elles se disent qu'ils vont être... (sans finir la phrase).»

## **5. Longueur des démarches**

Un participant déplore la lenteur des recours pour permettre à la femme de sortir de sa situation, ce qui peut aboutir à un découragement de la femme d'aller jusqu'au bout.

M1 : «Moi, ce que j'ai peur, c'est que les démarches n'aboutissent pas, qu'elles soient trop longues et que finalement, les patientes cèdent... Je veux qu'on convoque la patiente dans les jours qui suivent pour pas que la démarche tombe à l'eau, qu'elles se découragent.»

### **c) Liés à la patiente**

#### **1. L'emprise**

La majorité des médecins considèrent que le frein principal pour les patientes est l'emprise de l'agresseur. Les femmes sont embrigadées, elles refusent de parler ou ont des difficultés de verbalisation.

M1 : «Surtout dans le cadre des violences, c'est des années de vie communes, d'années d'embrigadements, c'est une emprise qui se met en place tout doucement. Puis il y a des

événements de vie qui viennent s'installer qui «justifient». J'ai des patientes qui sont maltraitées et quand je leur demande : «Comment ça va ?», elles répondent : «Super docteur, mon mari est génial.». Quelqu'un qui ne veut pas parler, il ne parlera pas.»

M5 : «C'est pas toujours facile d'amener la patiente à parler.»

Cette emprise peut être mise en lien avec la notion de protection de l'agresseur par l'agressé(e).

M7 : «C'est à dire que souvent quand tu as des violences, tu peux quand même aimer l'autre et tu veux le protéger dans le mécanisme. Tu as quand même un facteur de protection. Donc à partir du moment avec le facteur de protection, si tu parles, il explose. C'est problématique. Et je pense que beaucoup de femmes ne parlent pas pour le protéger.»

M4 : «Ils savent quand même qu'ils sont dans leur tord et dans l'imputabilité parce qu'elle ne bougera pas. Elle est tellement sous l'emprise qu'il continue leur harcèlement, c'est terrible.»

Ce mécanisme provoque également de la culpabilisation et la dévalorisation de la victime.

M2 : «Elle se fait frappée, elle culpabilise, soit en trouvant des excuses pour son conjoint : problème au travail, jalousie, boisson... Comment briser et expliquer cette emprise ?»

M4 : «Dans leurs têtes c'est : «je ne peux pas réfléchir», tellement influencées, «bonnes à rien », sous l'emprise, lavée le cerveau : «je suis une bonne à rien.»»

M3 : «Ça fait quand même partie, pour pas mal de femmes, où le problème, où les gens ont l'impression d'être fautif et ne sont pas à vouloir le dire.»

M10: «Limite, si elles sont battues, c'est de leur faute. Euh, surtout que souvent autour de cela, il y a une emprise impressionnante du mari ou du concubin qui a tissé sa toile pendant des années voir des mois. Et souvent, je les compare, souvent, je leur dis: «C'est le lièvre ou chevreuil en plein milieu de la route ébloui par les phares, qui ne bouge pas et il sait qu'il va se faire percuter par la voiture». Mais, il ne bouge plus. Une espèce de tétanie.»

M11 : «Elles se sentent tellement dévaluées, elles n'ont tellement plus confiance en elles. Parfois, il y en a qui se disent qu'elles le méritent ou qu'elles ont trop poussé à bout, elles se trouvent toujours des excuses.»

## **2. L'ambivalence**

Les généralistes se heurtent à l'ambivalence des patientes avec des refus de prise en charge.

M2 : «Les femmes qui se font frapper restent le plus souvent....»

M4 : «A chaque fois qu'elle venait, on faisait des mains courantes ou des certificats qu'on gardait. Elle ne les prenait pas chez elle, car elle avait peur qu'il tombe dessus, mais elle n'a jamais porté plainte. Mais souvent même si on leur dit il y a des solutions, il y a un numéro vert, elles ne font pas la démarche. Les freins, on en discute toujours mais pour moi c'est faire quelque chose. Elles le savent qu'on peut faire quelque chose, mais c'est plutôt elles, qui

*s'auto-freinent. »*

*M5 : «Quelque fois c'est difficile de les amener à consulter et de les amener à aller plus loin.»*

*M7 : «C'est très difficile parfois aussi par rapport à la femme de franchir le pas et c'est excessivement compliquer. La difficulté c'est plus quand le cas est évoqué, c'est accompagner la personne pour l'aider, réussir à franchir le pas. Mais souvent ensuite la porte se ferme quoi.»*

*M9 : «En fait ce qui me freinerait, c'est le souhait du patient à se prendre en charge ou pas.»*

*M10 : «La plupart des femmes ne veulent pas forcément passer à l'acte, c'est à dire porter plainte.»*

*M11 : «Elles viennent pour le dire, elles me le disent et elles écoutent ce que je dis, quand je leurs dis d'aller porter plainte ou voilà ce qu'on peut faire, mais elles n'appliquent pas. Elles vident leur sac.»*

Il y a également des retours en arrière sur certaines démarches.

*M1 : «Il faut aussi que la patiente ait un minimum... (en réfléchissant), le problème c'est qu'elles peuvent rebrousser chemin.»*

*M9 : «Elle ne voulait pas se prendre en charge, elle voulait juste en parler. Elle a fait une main courante, elle a été hospitalisée, mais elle a tout annulé dernière.»*

Pour deux médecins, l'un des freins associés à l'ambivalence est la perte de vue des patientes : elles ne reviennent pas en consultation ou changent de médecin traitant suite à un refus de prise en charge.

*M9 : « Ça nécessite que le patient revienne et ça, ça serait mon frein principal.»*

*M14 : «On pouvait faire des choses pour elle, si elle avait besoin de s'isoler, etc. Et, je ne l'ai plus jamais revue. Puis même à chaque fois que j'en parle finalement, les gens se barrent.»*

### **3. Peur des représailles**

Les participants supposent que l'une des craintes pour les patientes est le risque de représailles et de nouveaux accès de violences suite à la divulgation.

*M2 : «Souvent, je fais des certificats et il y a aucune suite, elles ont peur des conséquences : «moi si je fais ça, il va me refrapper».»*

*M3 : «On ne veut pas avoir d'autres coups supplémentaires.»*

*M4 : «Le problème c'est les représailles, parce que oui un foyer, oui divorcer et partir de chez soi, mais sous quelles conditions ? Parce que les conséquences sont parfois plus dures à vivre. Imaginons qu'elle passe un coup de téléphone et qu'il s'en aperçoit, bah la ça va aller mal. C'est une conséquence pour elles, parce que si elles en parlent, si elles doivent partir...»*

*M10 : «Le risque également de représailles de la part de l'époux.»*

*M11 : « Elles préfèrent ne rien dire par peur de représailles, quelque chose comme ça.»*

#### **4. Préserver les enfants**

On met en évidence le devoir de protection des enfants et du cadre familial.

*M2 « Une autre raison, éclater la bulle familiale, la culpabilité, si elle porte plainte.»*

*M4 : «Çà aussi parce que partir, divorcer. Elles savent que bah si c'est une garde alternée, elles savent que cet homme va garder les enfants pendant une semaine. Qu'est-ce qu'il va faire avec eux ? Donc souvent, elles restent pour protéger leur enfants.»*

*M9 : «Elle a tout annulé dernière. Parce qu'elle était maman de son fils et qu'elle voulait que son fils ait un père, autre débat...»*

#### **5. Les difficultés socio-culturelles**

Les médecins rencontrent des difficultés à intégrer, pour certaines patientes, la possibilité d'un autre schéma familial, avec une persistance et une reproduction du schéma modèle.

*M7 : «On pense peut être que les autres fonctionnent comme nous, donc c'est peut être difficile de penser que les autres fonctionnent autrement. Donc, je pense que c'est un frein pour se dire qu'est-ce qu'il se passe ailleurs.»*

*M9 : «Parce que c'est facile de ne pas se rendre compte. Surtout quand ses parents étaient dans la même situation. Le modèle familial est considéré comme une norme jusqu'à preuve du contraire. Donc, si sa mère était violentée, pour elle, c'est une norme d'être dans la même situation.»*

Pour les participants, le positionnement familial en lien avec le fonctionnement modèle, est un autre frein pour la patiente à l'initiative de sa prise en charge.

*M1 : «J'ai le cas d'une gamine avec attouchement sexuel. Les parents le savent, mais le père lui dit de se taire car ça va être la honte pour la famille. Elle a dut être hébergée par sa sœur avec ses 4 filles.»*

Les généralistes relèvent également des difficultés intellectuelles, de compréhension et de langage pour définir la différence entre la violence conjugale et une relation de couple conflictuelle.

*M1 : «Et c'est de l'amener. Parce qu'ils ne sont pas trop élaborés. Donc c'est leur dire «alors est-ce que il y a de la souffrance dans le couple ?», ils ne comprennent pas. Verbaliser les choses c'est très compliqué chez eux. Si je leur dis : «Alors, il n'est pas trop violent avec vous ?» ça, ils vont comprendre, alors que de dire : «Alors, ça se passe comment dans le*

*couple ?». Ils ont un niveau intellectuel pas très hum..., pas tous, mais là où il y a de la violence, c'est là souvent où il y a de la précarité.»*

*M15 : «Tu vois, mais la plupart, c'est, je ne sais pas en fait, s'il y en a qui sont intelligents et frappent leurs femmes, il y a aussi une paire de «beubeu» quand même.»*

De plus, plusieurs médecins pointent du doigt la difficulté d'identifier «la frontière» et le cadre du culte religieux. C'est un sujet très houleux, pour certains, qui est à respecter et qui peut justifier une non-intervention du corps médical.

*M8 : «C'est difficile, parce qu'on rentre aussi dans les ethnies des gens. Je veux dire, leurs convictions religieuses, politiques, c'est difficile. Est-ce qu'une juive et une musulmane, je veux dire qui est mise à l'écart lors de cérémonie religieuse, ce n'est pas une forme de violence ou de sévices? C'est difficile à dire. Et est-ce qu'une femme soumise est directement une femme subissant des sévices, j'en sais rien, je ne sais pas, je n'ai pas assez d'éléments. L'exemple du contexte religieux, c'est important aussi, on ne le voit peut-être pas, parce qu'on n'ose pas le dire. Ça rentre en ligne de compte... Et est-ce que c'est vraiment de la maltraitance ou pas ? Je n'en sais rien. La soumission est-ce une forme de maltraitance ? J'en sais rien....»*

*M9 : «On doit respecter les croyances de chaque patient. De la même manière qu'il faut aussi respecter les religions des patients et leur vision du couple. Sauf en cas de péril imminent, où on peut se permettre de passer outre.»*

Enfin, l'image de la femme dans la société rend également le dépistage des violences difficiles, où il existe encore certaines idées reçues, même dans le milieu hospitalier.

*M4 : «C'est tellement entré dans les mœurs, surtout sur le milieu hospitalier. Milieu extrêmement misogyne, où nous sommes des «utérus sur pattes». Mais, on dit rien et c'est pas normal.»*

Pour deux participants, cela est majorée par la précarité en ruralité et la proximité familiale.

*M1 : «La famille mais en générale, comme tout est imbriqué et que c'est des milieux où ils se connaissent très bien et où c'est toujours la faute de la femme.»*

*M8 : «Et ça dépend de la population, ce n'est pas la même chose en ville ou en rurale.»*

## **6. Les difficultés socio-économiques**

Plusieurs généralistes font remonter l'isolement socio-économique comme limite à la prise en charge avec des craintes financières lié au départ du domicile.

*M1 : «Une femme aujourd'hui qui veut s'en sortir ou qui veut essayer de faire des choses, il y a intérêt à avoir de la famille. Donc elles ont intérêt à soit avoir de l'argent ou un tissu familial important ou que ce soit un fait grave avéré et prouvé.»*

*M3 : «Mais il y a parfois des femmes qui ne veulent pas faire ça, parce qu'il y a des contraintes financières parce qu'elles sont dépendantes de leurs maris, on ne veut pas avoir d'autres coups supplémentaires...»*

*M4 : «Et souvent, elles sont dépendantes financièrement. Ça aussi c'est compliqué. Pour moi, ils n'ont pas conscience du tout, faut qu'elles se sauvent. Mais malheureusement, il n'y a pas toujours moyen de se sauver.»*

Un médecin signale que l'agressivité est augmentée avec la précarité, où souvent elle est associée à une problématique addictologique comme la prise d'alcool.

*M15 : «Il y a beaucoup d'alcool aussi tu vois. Tu vois, dès qu'il y a de l'alcool, ils ne parlent plus, ils se frappent et pff. En fait pour moi, c'est, après ça dépend vachement du secteur et de la patientèle. Tu vois, ça dépend de la région, du type de clientèle. C'est sûr qu'il y a des clientèles plus ou moins difficile avec des populations plus ou moins agressives mais ici, c'est particulier.»*

#### **d) Liés aux médecins**

##### **1. Manque de sensibilisation et de formations**

Nombreux sont ceux qui avouent ne pas penser aux violences conjugales. Cette méconnaissance du problème constitue leur principal frein au dépistage, car ils n'y pensent pas assez avec un défaut d'automatisme, de mémorisation.

*M3 : «Peut-être qu'on ne dépiste pas suffisamment, j'y pense pas assez.»*

*M5 : «Ce n'est pas des freins, mais c'est qu'il faut y penser.»*

*M7 : «On n'y pense pas toujours. Pour moi, la difficulté c'est vraiment y penser. A partir du moment où on se dit qu'on va poser la question en systématique, ça c'est une bonne idée, on va peut-être avoir quelques surprises.»*

*M11 : «Je le fais très rarement, je n'y pense pas et je m'en rends compte-là maintenant.»*

*M15 : «On y pense quand c'est devant les yeux quoi.»*

Une majorité reconnaît n'avoir eu aucune formation durant leur cursus, pouvant créer une carence expliquant leurs difficultés.

*M1 : «Qu'on n'est pas formé, niveau psy, pas formé à l'accompagnement psy.»*

*M5 : «Moi, dans les études, on a rien eu de ce côté-là.»*

*M8 : «Je n'ai pas de formation. C'est vraiment un truc que j'ignore totalement. Je pense qu'un médecin généraliste lambda ne sait pas prendre en charge, ça demande réellement une formation, ça demande de prendre du temps, de l'investissement.»*

Une participante nous avoue avoir réalisé à l'époque une formation universitaire de gynécologie-obstétrique et ne pas avoir abordé le sujet des violences.

*M13 : « A mon époque le DIU de gynéco-obstétrique, il n'y avait pas l'objet des violences. »*

## **2. Difficultés au repérage des violences**

Comme nous l'avons décrit précédemment, la plupart des médecins interrogés sous-estiment la prévalence nationale concernant les femmes victimes de violences conjugales. Pour un médecin, cela est dû à la difficulté du repérage des violences notamment à cause des a priori liés aux milieux socio-culturels dits « difficiles ».

*M14 : «Moi je reste persuadée qu'il y en a beaucoup plus, auxquelles je n'ai pas pensé. Parce qu'en fait, on ne pense jamais qu'à un moment... Là cette dame, c'était un milieu très particulier et je... voilà.... Mais l'autre patiente, ou la dernière que je suis en train de suivre, rah, je suis un peu tombée des nues quand j'ai commencé à m'en douter et qu'elle m'a dit qu'elle se faisait battre.»*

De plus, la diversité et l'absence de signes cliniques spécifiques rendent le repérage difficile, encore plus quand ce sont des violences psychologiques, ces dernières étant « invisibles ».

*M7: «Je pense que la violence physique, ça peut se voir et les difficultés des violences psychologiques qui sont difficiles à repérer. Les gens se présentent à nous quand même sur leur belle face même quand on est violentée.»*

*M8 : «Les violences conjugales ne sont pas que physiques mais aussi mentales. Physiques, j'en ai pas, mais mentales j'en ai peut-être.... Euh ça marche dans les deux sens. Je n'ai jamais constaté, même en regardant mes patientes, de la violence physique, mais il y a très probablement d'autres type violences.»*

*M10 : «Je n'ai pas forcément de signes évocateurs. Donc euh, c'est un peu compliqué.»*

*M12 : «Non, c'est vrai que c'est important et qu'il y a plusieurs sortes de violence. Il y a les violences qui ne se voient pas.»*

Un participant nous confie passer complètement à côté du dépistage des violences psychologiques.

*M11 : «Violences psychologiques, j'avoue, je passe complètement à côté.»*

## **3. Manque d'expérience et difficultés à la prise en charge**

Le manque d'expérience est mis en avant.

*M8 : «Je ne sais pas faire, parce que je n'ai pas été soumis à ça.»*

*M14 : «Déjà par exemple, c'était le début.... C'était au tout début de mon installation, j'étais moins expérimentée. J'étais beaucoup moins expérimentée.... Encore, ce mari qui était extrêmement, enfin qui intervenait tout le temps, qui avait vraiment un égo surdimensionné. Je pense que maintenant, si je me retrouve à nouveau face à une situation, ça va faire tilt.»*

*M15 : «Tu vois, en quinze ans ouais.... Une seule fois. Les gens ils sont venus. Les violences conjugales, je n'ai pas beaucoup d'expérience. Mais après, je te dis, je n'ai pas beaucoup de recul avec ça, tu vois, j'en ai très peu ouais.»*

De réelles difficultés sur la prise en charge des victimes est également mise en exergue par les praticiens, ils ne savent pas toujours comment procéder.

*M9 : «Bah pas savoir quoi en faire... Si le médecin ne sait pas à qui l'adresser...»*

*M11 : «J'y connais pas grand-chose et voilà j'ai un dépistage qui est mauvais. Moi, comment agir, cela s'arrête à ça ...»*

*M13 : «De deux, ils (en parlant des internes) ont peur de ne pas savoir quoi dire après. Parce que quand le patient dit : «oui», ils sont envahis de : «Qu'est-ce que je vais faire, mais moi je ne peux pas l'aider.» Voilà. Et donc ça, ça leur fait super peur.»*

Avec la peur, que les conseils prodigués mettent les victimes plus en danger.

*M12 : «Mais j'avoue que ça pourrait être une appréhension de se dire en tant que médecin, qu'est-ce que j'ai le droit de faire ? Est-ce que je dois faire un signalement ? A qui ? C'est vrai que ça c'est des questions que je ... (sans finir). Comment protéger la patiente, aussi ?» Bah si c'est elle qui m'en parle et qui me demande de l'aide, bah forcément on répond à ça. C'est plus la manière de procéder, pour pas que cela la mette plus en danger.»*

Un médecin nous avoue ne pas voir l'intérêt de dépister s'il ne sait pas prendre en charge.

*M8 : «Bah ouais, moi si on me dit qu'elle est malade... Mais je ne sais pas comment il faut traiter. Je ne vois pas l'intérêt de la dépister. Mais bon, quand on parle de violences conjugales, la femme est battue, c'est bien on l'a dépistée et après elle rentre chez elle ?»*

Les généralistes insistent sur deux points délicats. Premièrement, le versant psychologique, complexe après le dépistage.

*M9 : «Il ne sait pas comment aborder le côté psychologique (en parlant d'un généraliste lambda). Ou, il sait qu'il prend le risque que la femme s'effondre mais qu'en fait, il ne sait pas quoi lui dire ou considère que ce n'est pas son travail de médecin généraliste. Ça je pense*

*qu'en générale ça pourrait poser problème.»*

*M14 : «Je pense que là, c'est une question qui doit ressortir avec un professionnel de soin apte à le faire. Parce que si une patiente me sort : «Oui, j'ai été violée dans l'enfance, je fais des cauchemars, j'ai eu ceci, j'ai eu cela...». Et que derrière, moi, je ne suis pas capable de lui proposer une consultation adaptée et qu'elle n'en a pas envie. Eh bien, je ne peux rien en faire. Je ne suis pas psychologue, je ne suis que médecin généraliste, moi.»*

Deuxièmement, les contextes de violences aiguës sont pointés du doigt avec des difficultés d'orientation.

*M4 : «Parce que vraiment quand ça va pas, elles sont tabassées, si elles doivent se sauver, dans ce cas-là, où est-ce qu'elles vont ?»*

*M6 : «Moi, ça serait plutôt l'orientation sur les contextes aiguës. Où orienter ? Où porter plainte ? Les associations de femmes ? Et puis l'urgence : est ce qu'il faut qu'elle soit isolée tout de suite ? Comment organiser ça ? Est ce qu'elle en a envie déjà ?»*

#### **4. Difficultés émotionnelles**

Tous les participants reconnaissent qu'il s'agit d'un sujet impliquant inévitablement des émotions le plus souvent lié à l'ambivalence de la patiente. Parmi les sentiments exprimés, on retrouve de l'impuissance et des questionnements suite aux refus de prise en charge

*M3 : «Et nous dans ce genre de problèmes, on ne peut pas dire aux gens : «Je vais aller porter plainte pour vous.». On a fait le dépistage, que peut-on faire après ? A part soutenir les gens ? C'est l'après qui pose problème.»*

*M7 : «Mais c'est très difficile parfois aussi par rapport à la femme de franchir le pas. Donc que faire dans ces cas-là ?»*

*M15 : «Je ne peux pas faire énormément, on est limité. Bien sûr, tu dois donner un accès à une information, bien sûr, si elle est en danger de mort, tu dois appeler le procureur. Mais je pense que les actions sont limitées quoi.»*

On ressent une certaine résignation sur la situation dans leur discours.

*M15 : «Moi, je l'ai déjà dit : «Ça fait longtemps», je leur rappelle : «Ça fait trois fois». Enfin tu vois, tu ne peux pas aller plus loin...«Mais votre mari, c'est un connard, en plus il picole, pourquoi vous ne le quittez pas?» (sur un ton ironique). Tu ne peux pas dire ça non. Il faut d'abord soigner les petits traumas. Tu vois, lui dire les solutions avec les : «Si...voilà... enfin, il faut le quitter». Et si c'est vraiment grave, il faut aller chez les flics.»*

Deux médecins soulignent le risque de transfert des émotions, notamment, la peur ressentie vis à vis de leurs patientes dans certaines situations.

*M1 : « Parce que c'est toi et c'est en ça que c'est lourd, en ça qu'il faut se faire accompagner tous. Le transfert se fait très vite et surtout quand on est une femme. Parce que par moment, on douille, on s'inquiète pour la patiente pour qu'elle face les démarches. Après nous, en tant que médecin, on n'a pas beaucoup de pouvoir, parce qu'une fois dépisté, qu'est-ce que tu fais ? Et tu as peur pour ta patiente. Tu te dis, est-ce qu'elle a compris ? »*

*M10 : « Oui, oui ! Honnêtement oui, ça fait peur. Je ne vais pas vous mentir mes appréhensions, c'est compliqué. »*

La déception est également évoquée dans certains cas.

*M8 : « On peut être très déçu, de l'investissement temps, formation et affectif. »*

*M14 : « Il y en a plein qui ne veulent pas consulter quelqu'un d'autre. Moi, j'ai des sacrées histoires sur les bras et ils ne veulent pas consulter quelqu'un d'autre, ça c'est dur. Autant pour lui que pour moi et même, cela peut amener une certaine déception. Donc euh, je fais très attention. »*

Cela peut amener à une remise en question de sa pratique jusqu'à l'impression de ne « servir à rien » et un sentiment d'échec de la prise en charge.

*M11 : « Mais elles n'appliquent pas. Mais le problème après, on se sent : « Merde, est-ce que ce n'est pas moi qui doit le dire ? Est-ce que je ne dois pas appeler quelqu'un de sa famille pour dire ça ? Mince, moi je le savais et j'ai rien fait. », voilà. Donc c'est des difficultés quand quelqu'un ne veut pas aller plus loin dans ses démarches, c'est ça, voilà. »*

*M14 : « Mais en fait, on est assez euh... ils sont marrant l'HAS ! On ne fait pas grand-chose. Je me sens bloquée vu ce qu'il m'est déjà arrivée à chaque fois. On ne sert à rien. Mais ça reste frustrant en fait. C'est que là, la dame, elle reste avec le mari, donc je surveille de loin. »*

Deux participants ressentent de l'incompréhension dans les prises de décisions aberrantes des patientes. Et ce, même si leurs choix sont toujours respectés.

*M10 : « Donc le cul, excuse-moi, entre deux chaises, entre la volonté évidemment de protéger et d'un autre côté, respecter le choix du patient, même si le choix me paraît aberrant. »*

*M9 : « Je respecte, c'est dur, mais c'est mon travail de respecter son absence de prise en charge, tant qu'il n'y a pas de risque immédiat pour sa santé. Je ne peux pas obliger un patient à se prendre en charge, quel que soit le problème de santé physique ou psychologique. »*

Parfois, les récits rapportés et les retours d'expériences sont décrits comme choquants.

*M4 : « Moi j'en ai une, elle a plein de trucs cassés, il est mort et elle l'a en médaillon autour du cou. Donc c'est extrêmement choquant. »*

*M13 : « J'ai eu plusieurs histoires de viols dans mon cabinet bah pff... »*

Un généraliste admet la possibilité d'une peur vis à vis de la responsabilité médicale lors de la découverte de violences. On s'interroge alors sur une éventuelle peur inconsciente qui limiterait sa capacité à dépister.

*M9 : «Un autre frein possible, c'est la responsabilité, parce que je sais qu'il y a d'autres collègues qui font attention à la responsabilité médicale qui ne fait qu'augmenter avec le temps. Et du coup, si c'est verbalisé explicitement, nous avons l'obligation légale d'en faire quelque chose. Tant que ça n'est pas dit, c'est facile de faire comme si de rien. On n'est d'accord ce n'est pas une bonne chose, mais tant qu'on ne sait pas, on ne peut pas être tenu comme responsable.»*

Enfin, les avis divergent concernant le risque de représailles du conjoint sur les médecins. Un seul y pense du fait d'une expérience personnelle.

*M10 : «Moi ça m'est déjà arrivé d'être menacé par un patient, euh, c'est difficile.»*

Mais la majorité ne considère pas le risque de représailles comme un frein au dépistage.

*M1 : «Je n'ai pas peur des retombées, car on est des médecins, on est sensé quand même représenter le juste.»*

*M4 : «Non je n'ai pas peur, on est dans notre droit, dans le questionnement. C'est plus une femme qui dirait : «Vous ne m'avez pas aidée.»»*

*M7 : «Par rapport au conjoint, vis à vis de moi médecin et aux représailles ? Non, non je n'ai pas trop peur. Je pense que l'objet de sa préoccupation, ce sera plus l'épouse que le médecin. Mais peut être aussi à tort et peut être aussi parce que je suis un homme. Et peut-être inconscient, ça aussi alors ça peut arriver ! (en riant).»*

## **5. Le statut du médecin généraliste**

Le profil du généraliste peut être un obstacle pour plusieurs d'entre eux. Tout d'abord, une participante trouve qu'il est plus simple pour une patiente de se confier à un médecin femme.

*M1 : «Après je suis une femme jeune, donc c'est plus facile pour nous, on peut accueillir une parole de femme.»*

De plus, on souligne le fait que le remplaçant est moins bien placé que le médecin traitant pour pratiquer le dépistage des violences conjugales.

*M12 : «Bah moi, ça fait un peu plus d'un an que je suis installée ici. Donc j'ai remplacé un peu avant, donc c'est vrai que quand on voit des gens ponctuellement pour un remplaçant, c'est difficile d'aborder ça, sauf si la personne vient pour ça.»*

La position du médecin de famille est encore plus «délicate» quand il est amené à suivre la femme victime ET le conjoint violent dans le cabinet.

*M1 : «Dépister les violences faites aux femmes c'est toujours très compliqué parce qu'on est le médecin de famille, ça veut dire suspecter le conjoint.»*

*M10 : «Moi ce qui m'embête c'est la position inconfortable, alors c'est peut-être égoïste, dans laquelle ça va nous mettre. Parce que souvent en tant que médecin généraliste, on est médecin de famille, donc on est médecin de la femme, du mari, donc c'est compliqué. C'est pas impossible mais c'est compliqué.»*

*M11 : «Si je suis les deux patients au cabinet, peut-être.»*

Quand il suit également le reste de la famille, le positionnement familial central qu'il occupe peut être complexe à manager.

*M1 : «Moi je suis un « vrai » médecin de famille, donc j'ai le grand père, l'arrière-grand-père... J'ai toute les générations et ils sont très fiers de ça. Donc, je ne suis pas un médecin généraliste mais un médecin de famille. Être le médecin de famille en rural, c'est pas le même rôle. Connaître toute la famille, dont l'agresseur, il faut savoir manager les positions, le positionnement familial. Et les freins, c'est le positionnement familial, c'est le fait de connaître tout le monde.»*

*M8 : «Parce que nous automatiquement, il y a un biais, comme on s'occupe de toute la famille. On s'occupe souvent du mari, des beaux enfants, des parents, des enfants...»*

Enfin, le fait de connaître la situation familiale pourrait minimiser le diagnostic avec l'a priori que la problématique ne les concernent pas.

*M8 : «Très probablement et peut être qu'on a les yeux pas bien ouverts pour voir si réellement il y a violence ou pas violence.»*

*M14: «Et son mari je le connais, je le suis hein ! Alors c'est sûr que j'ai changé d'avis dessus. Je le trouvais sympa quand tout va bien. Mais bon du coup maintenant, je suis beaucoup plus lucide, c'est sûr.»*

## **6. Liés au dépistage systématique et à la recommandation**

Comme énuméré au début des résultats, le dépistage systématique paraît être un frein en lui-même pour les généralistes du fait de la difficulté à aborder le sujet qui est souvent tabou et intrusif.

*M1 : «Et en plus, c'est très compliqué, d'amener les mots et leur dire alors on reste très générale : «dans le couple comment ça va ?».»*

M3 : « Voir des gens pour une angine ou autre et leur demander : « Est ce que vous vous faites taper par votre époux ? », c'est délicat. »

M7 : « Mais elle peut nous regarder de travers. Mais est-ce que c'est vraiment une limite ou pas ? Ça peut être une limite mais les gens peuvent aussi tout à fait comprendre. »

M12 : « Après, c'est toujours comment aborder les choses avec des patients qui viennent pas du tout pour parler de ça. C'est juste comment aborder ça ? Je ne sais pas. »

M13 : « La gêne souvent, quand je reprends l'exemple de mes internes, parce que c'est eux. tous les six mois qui redécouvrent. Ils ont peur d'être intrusifs. »

Certains médecins mettent en avant l'inconfortabilité de leur position et le risque de briser une relation de confiance.

M2 : « Si le dépistage c'est de faire quelque chose de systématique, codifier comme ça, moi le frein il est total par la relation qu'on a. Parce qu'on a une relation d'intimité avec la patiente qu'on connaît depuis des années. On n'est pas un médecin spécialiste que la patiente va voir tous les 10 ans et encore. Le frein serait qu'on a une relation autre qu'une relation de questionnaire avec nos patientes. Par contre, il y a aucun frein que je pose ses questions dans des contextes bien particuliers ou dans des suspicions de violences ou de problèmes. »

M12 : « Après d'autres freins, ouais c'est ça, même une relation de confiance qui pourrait être altérée. »

D'autres, doutent de l'intérêt du dépistage et cela devient donc, pour eux, un frein à la réalisation. En effet, ils se posent la question du bénéfice réel et de l'utilité de celui-ci.

M8 : « Bah alors, est-ce que les gens on va les aider ? Alors de un : Qu'est-ce que veulent les gens, être dépistés ? De deux : Lorsqu'ils sont dépistés, est-ce que ça sert à quelque chose ? »

M15 : « Alors admettons, la patiente elle dit oui quoi. Qu'est-ce que tu peux faire ? Est-ce que ça a servi à quelque chose de poser la question ou pas ? Bah c'est plutôt l'utilité, moi je pense qu'on passe moins à côté. Soit il y a des coups vraiment visibles, je pense que la plupart du temps les policiers, ils sont au courant avant nous les médecins quand c'est du sérieux quoi. Ouais l'utilité quoi, l'utilité d'un dépistage de masse, mais vu que pour moi ce n'est pas utile... Mais bon, bien sûr qu'il y a des violences conjugales, ça c'est sûr, mais je pense qu'on ne passe pas à côté. C'est utile de dépister poser la question systématiquement ? ».

### III- La pratique des médecins généralistes

#### 1. Aborder le sujet

##### a) Dépistage ciblé

La majorité des praticiens posent la question des violences s'il y a un signe évocateur clinique. Ils misent donc sur un dépistage ciblé. Principalement sur la notion de lésions traumatiques.

*M3 : «Vous pouvez, de temps en temps, quand vous voyez un bleu leur demander, une fracture ou autre, poser les questions. Mais en dehors de ça...»*

*M9 : «Et si par exemple, il y a une blessure ou une lésion traumatique, ça fait partie des questions.»*

*M14 : «C'est sûr que moi, s'il n'y a pas de signes d'alerte...»*

*M15 : «On y pense quand c'est devant les yeux quoi. J'ai vu deux fois des traces de strangulations, des ecchymoses, etc. avec une prise en charge judiciaire. »*

Ils y pensent aussi sur un trouble d'ordre psychologique ou un contexte psychique avec un comportement inhabituel.

*M2 : «Et c'est moi qui n'hésite pas à l'aborder, même si la patiente n'en parle pas. Je pose ces questions dans des contextes bien particuliers ou dans des suspicions de violences ou de problèmes. Tout ça, on l'aborde et on hésite pas à en parler, quand on voit qu'il y a un problème.»*

*M6 : «De manière générale, je le fais plutôt quand il y a une suspicion ou quand on parle un peu de psychologie. Quand je vois qu'il y a un syndrome anxieux, un syndrome dépressif, j'essaie un peu de demander et m'intéresser à tout ça.»*

*M9 : «Je vois l'état général de ma patiente, le sourire ou pas, l'expression. Je vois s'il y a un signe d'alerte ou pas.»*

*M15 : «Donc en fait, ça revient au fait de bien connaître ses patients pour bien voir les changements quoi. Après ouais, poser des questions précises vraiment quand tu as des points d'appels quoi.»*

Le point d'appel peut également être des signes fonctionnels mal systématisés avec des plaintes vagues, multiples et inexpliquées.

*M4 : «Quand on vient pour des pathologies qui sont mal systématisées ou autres, on sent qu'il y a de la pression dernière, alors là, on va se dire avec le flair...»*

De plus, deux médecins ajoutent y penser en cas de facteurs associés comme ; l'abus d'alcool, le comportement du conjoint, une situation particulière à la maison ou dans l'environnement familial.

*M14 : «J'étais sûre qu'elle était frappée par son mari, parce qu'il venait en consultation avec elle et dans ma tête, euh...je voyais qu'il y avait des soucis. Ça se voyait, j'ai senti, j'ai senti et voilà... Mari très autoritaire, qui ne me laissait pas examiner sa femme de 35 ans.»*

*M15 : «Quand il y a des problèmes d'alcoolisme, euh... le mari qui gueule ou qui boit trop, je leur demande s'il la frappe et bien sûr, je demande.»*

### **b) Dépistage systématique**

Au final, seul deux praticiens m'ont fait part de la réalisation d'un dépistage systématique dès qu'une consultation s'y prête.

*M9 : « Moi personnellement, je pose des questions indirectement, les relations de couple, dès que j'en ai l'occasion ou que la consultation s'y prête. Pour moi dans tous les cas, ce qui est dépistage systématique c'est une évidence. Après il y a des consultations où on y pense plus facilement que d'autres et donc là ça dépend de la pratique du médecin généraliste.»*

L'un d'eux, réalise le dépistage pour tous les types de violences, non spécifique à la violence conjugale.

*M13 : «Le dépistage, je le faisais déjà des violences en général, pas des violences conjugales spécifiquement, pour tous les types de violences.»*

Les consultations favorisées sont ; lors d'un premier contact avec des patients, lorsqu'il y a eu un intervalle de temps long entre la dernière consultation pour la mise à jour des antécédents.

*M13 : «La première fois que je vois les patients, si ça fait un moment que je ne les ai pas vu.»*

Les consultations dites «simples», comme un bilan de santé ou un certificat médical, sont préférées du fait de l'absence de problématiques aiguës.

*M9 : «Donc après, les rendez-vous les plus simples qui sont ; certificats, bilans de santé quand tout va bien, croissance, grossesse. J'en profite pour poser la question des conflits du couple.»*

Les consultations sur la thématique psychologique, gynécologique (bilans IST) et les situations de vie à risque comme en post natale ou les suivis de grossesses sont également privilégiées.

*M9 : «Comme à chaque fois qu'il a une notion de nouvelle relation, bilan IST, pareil. C'est ça, des drapeaux rouges où j'essaie d'y penser effectivement pour certaines consultations. Par exemple, je me méfie beaucoup, c'est le contexte de la grossesse. Effectivement, qui il y ait quand même une situation de conflit potentiel, vérifié dans la réalité de notre profession. Des conflits qui ressortent dû au manque du sommeil lié au bébé. Et c'est là, qu'on voit quand même des exacerbations de conflits dans les couples qui sont normaux, bien sûr, et parfois qui s'aggravent.»*

*M13 : «Je les repose en fonction de certains critères. Ils sont finalement dans les critères qui sont mis dans les recommandations de l'HAS : Grossesse, des problèmes moraux, enfin voilà pleins de choses.»*

D'autres médecins parlent d'un dépistage global posé en consultation, s'intéressant sur la vie au domicile, sans vraiment penser à dépister spécifiquement les violences conjugales.

*M1 : «Il y a un dépistage globale, «comment ça va ?» que je fais. Ce n'est pas un dépistage comme celui des recos, mais j'en fais un du fait que cela n'est pas la même relation en rural.»*

*M2 : «Je pense que, ce dépistage, on le fait de façon implicite régulièrement. Aborder le sujet avec «Comment ça se passe à la maison ?», quand on pense qu'il y a un problème, «comment ça se passe au travail ?», oui ça évidemment.»*

*M15 : «Moi je la pose cette question-là, mais pas dans un but de dépistage. Tu vois, je le fais ouais : «Ça se passe bien à la maison? le couple ?». Sauf que tu vois, je pense plus aux trucs, euh, aux relations. S'il n'y en a pas un qui déprime, mais je ne pense pas aux violences conjugales. Mais c'est une question que je pose régulièrement. Tu sais : «comment ça se passe?». Les gens qui discutent vachement d'autres choses que du somatique.»*

Une démarche en deux étapes peut être utilisée, en recherchant en premier lieu, de la souffrance ou un problème particulier et secondairement explorer les différentes sphères comme le travail ou la famille

*M15 : «En fait à chaque patiente, en gros tu demandes même s'il vient pour un vaccin ou quoi, je fais : «Bon, comment va ?» quoi. Et puis euh, si j'ai des points d'appels: «Qu'est-ce qui ce passe ?». Et on parle de ça : «La maison, qu'est-ce qui ce passe ?», on parle... Voilà, on fait le point. Donc en fait, je sais comment ça se passe. Tu vois quand tu connais depuis 20 ans tes patients, tu vois s'ils ne vont pas bien, s'ils n'ont pas le moral ou quoi.»*

## c) Absence de dépistage

### 1. A la demande de la patiente

Deux généralistes ne réalisent pas de dépistage, mais abordent le sujet à la demande de la patiente.

*M10 : «Mais ça m'est arrivé d'avoir des femmes victimes de violences conjugales en consultation. Je ne pose pas de question, je n'ai jamais constaté.»*

*M11 : «Par contre, des femmes qui en parlent spontanément, j'en ai. Mais à posteriori, j'en ai pas beaucoup et je devrais lancer des perches, oui, généralement, elles le disent spontanément, je pose rarement la question et ce n'est pas bien. Elles viennent pour le dire, elles me le disent et elles écoutent ce que je dis»*

### 2. Sujet non abordé en consultation

Deux praticiens avouent ne jamais aborder le sujet en consultation.

*M8 : «Sincèrement, je ne suis pas soumis à ça au village.»*

*M12 : «Et là, sur l'année que j'ai passé sur le début d'installation, j'ai pas mal de femmes dont des jeunes, moins jeunes, et pour l'instant, je n'ai pas été amené à discuter de cela.»*

## **2. Outils actuels**

### a) Pour le dépistage

#### 1. Miser sur questions ouvertes

D'une manière générale, les praticiens interrogés vont poser une question assez «ouverte» pour le diagnostic. Des questions indirectes et subtiles à la recherche d'une conjugopathie.

*M1 : «Moi souvent, je leur demande comment elles vont, comment ça va globalement le travail, la famille... Je pense que ça permet de faire remonter les souffrances. Que ce soit large. Des violences dans le couple ou au travail. C'est : «Comment ça va ?».»*

*M2 : ««Comment ça se passe à la maison ?» quand on pense qu'il y a un problème. «Comment ça se passe au travail ?».»*

*M3 : «Interroger d'emblée en disant : «Est-ce que votre époux vous tape dessus ?», ce n'est pas la bonne méthode. Si les gens ne veulent pas se confier, ils ne le feront pas. S'il y a un problème, c'est plus de lors du psychologique et passer à la question ouverte : «Comment ça va à la maison ?».»*

*M9 : «Ça fait partie des questions, mais pas directement bien évidemment, mais de manière indirecte.»*

*M10 : «Combien de fois ça m'est arrivé pour une patiente : «Oh, ça n'a pas l'air d'aller vous ?».»*

*Et voilà, en disant cette phrase, j'ai déclenché une consultation.»*

*M15 : «Bah ouais, en fait les questions ouvertes c'est : «Comment ça se passe à la maison en ce moment ? Est-ce qu'il y a une bonne ambiance ? Il n'y a pas de problèmes tout va bien ?». Moi c'est une question que je pose souvent, soit : «Tout le monde va bien ?», soit : «Tout va bien en ce moment, ça va ?».»*

Un généraliste utilise un dépistage codifié avec un outil de trois petites questions ouvertes sélectionnées en amont et adaptées à sa pratique et au contexte.

*M9 : «J'ai déjà mon outil de mes trois petites questions à poser, j'utiliserai ça. Pour moi à ce niveau-là, c'est pour moi justement la nécessité de ces petites phrases à glisser comme pour l'arrêt du tabac, c'est comme le dépistage scolaire. Pour moi, c'est l'association, personnellement, c'est peut-être ça que vous appelez un outil au final, c'est l'association de trois petites questions que je pose en systématique et en fonction des réponses, je mets refaire le point à la consultation d'après. Des questions courtes et standards qui permettent d'ouvrir l'esprit de la patiente et se faire poser des questions sur sa situation.»*

## **2. L'écoute active**

Pour certains médecins, l'écoute active est un outil indispensable permettant le dépistage. Elle montre une attitude bienveillante pour amener la patiente à se confier.

*M1 : «Et je suis dans un bassin de vie où les patients racontent très facilement leurs vies, voir même intimes et sexuelles. Donc, je n'ai pas à aller creuser finalement parce que c'est une tradition de tout dire à son médecin. Donc je les écoute, en position d'écoute. C'est aussi une question d'attitude, comment on se positionne sur l'écoute bienveillante.»*

*M4 : «Bah vraiment, l'outil pour le dépistage pure, c'est la parole. Le ressenti qu'on a et puis quand elle témoigne... C'est vrai que pour les amener à témoigner c'est compliqué et on peut pas les forcer.»*

*M7 : «Ce qui peut, peut-être m'aider un peu, c'est l'écoute active. C'est apprendre à écouter et je pense que ça peut aider un peu à faire sortir les choses. Je pense que c'est surtout ça.»*

## **3. Un temps seul en consultation pour la création d'une relation de confiance**

On rappelle la nécessité de prendre le temps en consultation. En outre, certains n'hésitent pas à reconvoquer les patientes. En effet, cela crée une alliance thérapeutique et permet de mieux connaître ses patientes pour pouvoir repérer un changement de comportement.

*M13 : «Je pense qu'il faut bien connaître ses patients. Donc en fait, ça revient au fait de bien connaître ses patients, pour bien voir les changements quoi. Donc moi, je propose systématiquement un nouveau rendez-vous en lien avec ça. Mais je sais que le temps, il est hyper important à ce moment-là.»*

*M15 : « Il ne faut pas les envoyer bouler au bout de trois minutes, voilà quoi. C'est sûr que si tu*

*en vois soixante ou soixante-dix par jour, bah tu approfondis moins. Tu n'as pas le temps de parler de jardinage ou d'ambiance à la maison, voilà. En fait, il faut surtout prendre du temps. Si tu as une relation de confiance et puis que tu prends ton temps.»*

#### **4. Surveillance des paramètres cliniques**

Un médecin se sert également du poids comme signe indirect de l'état psychique de la patiente.

*M9 : «Je fais un suivi du poids systématique de tous mes patients à chaque consultation. La perte de poids, pour moi, fait également partie de mon panel d'outils. Si une patiente perd des kilos, je pose des questions indirectes sur un changement d'alimentation à la maison. Ça me permet une ouverture pour une perte d'appétit sur anxiété.»*

#### **5. Le violentomètre**

Un généraliste m'a fait part de l'utilisation du violentomètre pour aider ses patientes à se rendre compte de situations anormales (Annexe 5).

*M13 : «Je l'utilise sur les jeunes femmes, quand voilà... Parce que du coup, elles expliquent : «oui mais, c'est parce qu'il regarde mon téléphone, il regarde machin», hello, ce n'est pas normal, hein. J'ai une patiente, tous les soirs, elle montre qui elle a appelé sur son téléphone, qui est machin, pour vérifier que ça n'avait pas été effacé. Elle me dit : «Bah oui c'est normal, il a été trompé une fois, du coup il n'a pas confiance.» Alors du coup, en lui montrant ça, ça l'a marqué et elle s'est dit bah ce n'est pas normal. Ça aussi, c'est un petit outil, voilà.»*

#### **b) Pour la prise en charge**

##### **1. Recherches et références internet avec l'outil informatique**

Nombreux praticiens utilisent leurs ordinateurs pour s'appuyer dans leurs prises en charge avec des recherches Web sur la problématique. En premier lieu, les recherches servent d'abord à trouver les numéros et contacts utiles comme les associations, les numéros verts, dont le 3919.

*M2 : «Je regarde sur internet les numéros d'urgences : SOS femmes battues, je regarde sur internet. Moi après j'ai une conduite à tenir avec mes patientes qui viennent pour ça, mais le reste des éléments je les récupère sur internet.»*

*M6 : «Je vais voir sur internet, pas de site en particulier. Là, je chercherais plutôt les numéros de téléphone.»*

*M9 : «Moi, pour les seules fois où ça m'est arrivée, euh en fait, on a un numéro de téléphone là où je m'oriente, moi c'est le... (en tapant sur son clavier d'ordinateur sur internet pour le trouver), 3919. C'est le numéro des femmes battues et c'est là-dessus que je m'oriente en fonction de chaque cas.»*

*M10 : «Si elle venait à me demander des numéros particuliers, oui à ce moment-là, je ferais des recherches internet. Je pense qu'il y a des numéros verts, SOS femmes battues, etc... Ça doit exister, donc ça, je trouverais facilement sur internet.»*

Ils s'en servent pour les aider dans les démarches médico-légales comme par exemple la rédaction d'un certificat de coups et blessures.

*M12 : « Sur internet, je pense que je pourrais y aller en plus pour voir les démarches, les certificats éventuels qu'il faut fournir. »*

Ils y trouvent les informations sur la législation et la conduite à tenir pour déposer plainte.

*M1 : « Je recherche surtout ce qui va être légal. A partir du moment où on le sait, on va essayer de pousser la patiente à aller porter plainte. »*

Ils se renseignent sur les conduites à tenir en cas d'urgence, vécues comme des situations difficiles avec de nombreux questionnements.

*M6 : « Rechercher ou orienter et puis l'urgence... Est ce qu'il faut qu'elle soit isolée tout de suite ? Comment organiser ça ? »*

*M13 : « Bah pour le plan de sécurité, déclic-violence, il est vraiment bien. Ça avait été fait par le chef de clinique de Clermont-Ferrand. Il est bien, du coup, je donne tout plein d'infos de sécurité là-dessus. Les informations le CIDFF, il est très bien. »*

Les médecins orientent également leurs patientes sur des sites internet en complément des informations délivrées lors de la consultation.

*M11 : « Je chercherais une plate-forme d'aide sur Google. Là, je n'ai pas de support papier ou de structures à donner tout de suite à la patiente. »*

*M13 : « Je leur donne toutes les références que j'ai, toute une banque de sites internet vers laquelle je peux les tourner, de manière à ce qu'elles puissent prévoir leurs plans de sécurité. Leur donner les informations aussi juridiques. Le CIDFF, là-dessus, qui donne beaucoup d'informations sur leurs droits en lien aussi avec leurs enfants. Et les vidéos de stopviolences.gouv. Il y a quand même des outils qui sont très bien pour les patientes, ce n'est pas que pour les professionnels de santé. »*

Elles peuvent ainsi reprendre, à distance, toutes les informations pour mieux être sensibilisées. Le flux de renseignements pouvant être trop dense en consultation.

*M13 : « Parce qu'en fait ça leur permet de pouvoir lire à distance, de reprendre les choses et tout ça. C'est des patients qui sont dissociés, donc forcément, il y a un phénomène de sidération, de distanciation. Donc c'est difficile pour elles de totalement intégrer tout ce qu'on est en train de leur dire. Si on leur donne un flot d'informations, elles vont oublier la moitié. »*

## **2. Données médico-légales et traçabilité dans le dossier médical comme outil de preuve**

La traçabilité dans le dossier médical est essentielle pour les médecins afin d'aider la patiente dans les démarches judiciaires et médico-légales.

*M5 : «Après on connaît nos patientes, mais on essaie de le mettre dans leurs dossiers.»*

*M9 : «Après dans tous les cas, ce que je fais, c'est quoi qu'il arrive dans cet aspect-là, ça c'est pour le début de la prise en charge. Mais quoi qu'il arrive, une fois que j'ai un constat, je fais en sorte d'étoffer immédiatement mon dossier médical pour la valeur médico-légale.»*

Les preuves tracées dans le dossier, sont un outil tant pour le médecin que pour la patiente. C'est pourquoi, les médecins enrichissent au maximum toutes les preuves avec la rédaction de certificats, ITT, avis d'experts et prise de photos.

*M9 : «Donc, si j'ai une lésion physique, j'essaie de la faire constater par un expert. Si j'ai une blessure, je fais des imageries associées. Je fais tout de suite une traçabilité de prise en charge pour montrer la bonne volonté de ma patiente d'aller mieux, sans la mettre en difficulté, en explicitant la violence conjugale surtout quand elle n'est pas d'accord.»*

*M14 : «Alors évidemment, faire un certificat initial. Ça, ça ne me pose pas de problème, j'ai l'habitude d'en faire. Puis, je fais exprès de mettre les ITT au plafond, comme ça il sera forcément réévalué, ça c'est mon petit truc.»*

Ainsi en cas de retour en arrière, il y aura une traçabilité écrite dans l'historique du dossier pour le jour où, elle décidera et sera prête à franchir le pas.

*M9 : «Et la plupart du temps, elle n'est pas d'accord même si elle sait qu'il y a un risque pour sa santé. Mais moi, je mets une traçabilité systématique dans mon dossier au cas où elle n'irait pas.»*

Ensuite, la traçabilité sert à protéger les données en stockant les preuves au cabinet. Cela évite à la patiente de repartir chez elle avec, éliminant le risque que l'agresseur tombe dessus.

*M4 : «Certificats qu'on gardait. Elle ne les prenait pas chez elle, car elle avait peur qu'il tombe dessus. Mais elle n'a jamais porté plainte. On gardait les certificats, on avait la preuve au moins, ils étaient en sécurité.»*

On se sert également de l'informatique pour la rédaction des données médico-légales comme le certificat médical, à l'aide d'une trame type à remplir.

*M1 : «J'en ai un prêt à disposition dans mon ordinateur qui a été fait par un huissier qui partage son bureau avec un médecin expert donc... Il y a juste à remplir des chiffres.»*

### **3. Utilisation d'une fiche mémo**

Un médecin utilise déjà une fiche PDF informatisée créée par lui-même, où il a renseigné les numéros et contacts utiles de localité afin de l'aider pour la prise en charge, ainsi que quelques informations à délivrer aux patientes.

*M13 : «Alors moi j'ai mon outil, j'ai une fiche. Je mets tous dessus. Donc ça, c'est la fiche que je mets à disposition de mes internes pour qu'ils aient déjà toutes les informations.»*

### **4. L'aide par des réseaux compétents pour l'aspect médico-légal**

Face à ce genre de situations au cabinet, la majorité des généralistes s'entourent pour s'aider dans la prise en charge de la victime, l'outil étant de se créer un réseau pour ne pas rester seul. En premier intention, ils orientent la victime vers les autorités compétentes, dans le domaine de la justice, avec l'aide de la police ou des procureurs pour effectuer un signalement, dépôt de plainte ou en cas d'urgence.

*M7 : «On est aussi dans une région où il y a quelques années, il y a quand même eu une mise en place de pratiques par rapport aux violences conjugales. Au niveau justice dans le Douaisis, quand tu as une main courante, cela va directement au procureur. Ça commence peut être à être le cas ailleurs. Il y a vraiment une prise en compte judiciaire de la problématique, ce qui aide pas mal dans le discours pour essayer d'accompagner ses patientes.»*

*M11 : «Quand ça m'arrive, je lui dis de porter plainte pendant tout le temps de la consultation.»*

*M12 : «On peut faire un signalement, s'il y a des violences rapportées.»*

*M15 : «Bien sûr, si elle est en danger de mort, tu dois appeler le procureur.»*

Nombreux praticiens s'entourent de médecins légistes et du service de médecine légale pour la réalisation des certificats médicaux qui sont des éléments de preuves principaux pour déposer plainte.

*M3 : «Quand il y a coups et blessures, ce que je fais, c'est orienter les gens vers une structure spécialisée. Un peu comme le viol, au CHR. Faire un examen en médecine légale, ça a toujours son intérêt. Le certificat ça peut être fait mais souvent c'est une orientation en médecine légale. J'oriente.»*

*M9 : «Donc, si j'ai une lésion physique, j'essaie de la faire constater par un expert. C'est la médecine légale, on n'a pas le choix ici, c'est le médecin légiste. Je les oriente pour le certificat de vraies lésions physiques.»*

*M14 : «Mais après, il suffit d'aller voir un légiste et puis voilà.»*

*M15 : «Pour des trucs plus graves, j'envoie chez le légiste de toute façon. Il n'y a que ça qui a de la valeur.»*

## **5. Un numéro dédié avec le 3919**

Les participants utilisent la plate-forme téléphonique du 3919 dans leurs pratiques. Ils donnent, le plus souvent, le numéro à la patiente.

*M9 : « Moi pour les seules fois où ça m'est arrivée, on a un numéro de téléphone là où je m'oriente, moi c'est le 3919. C'est le numéro des femmes battues et c'est là-dessus que je m'oriente en fonction de chaque cas. »*

*M13 : « 3919, c'est un vrai truc. »*

*M14 : « Parce que, euh bon, la première chose que je donne évidemment c'est les numéros d'écoute. Là, je m'étais renseignée. J'avais trouvé, enfin là, je ne l'ai plus (parle du 3919). Je donne ce numéro-là. Mais ça, les numéros d'écoute, ils ont des solutions pour ça. »*

*M15 : « Je leur donne le numéro vert, violences conjugales. »*

Un médecin le compose directement avec la patiente, selon la situation.

*M9 : « Je le donne à la patiente, mais en fonction de la gravité ou pas, j'appelle moi-même pendant que je suis ici. C'est-à-dire, la dernière patiente, je lui fais téléphoner alors que j'étais là. Par exemple pour qu'elle se mette en lien, qu'elle voit ce que c'est et qu'ensuite, elle fasse son suivi directement. »*

Un autre l'utilise aussi pour s'informer dans ses propres prises en charge.

*M14 : « Je l'ai appelé en fait. Avant d'agir pour ma patiente. Je les ai appelés pour demander comment ils allaient faire. Je voulais vraiment savoir. Du coup, j'avais pu expliquer concrètement à la patiente ce qui allait se passer. »*

## **6. Aide sur la prise en charge psychologique**

Les professionnels de la santé mentale sont un autre réseau avec lequel les généralistes travaillent, comme les psychologues et les psychiatres intégrés ou non dans les structures de CMP.

*M5 : « Donc là, je peux me faire aider de psychologues ou de psychiatres, suivant le retentissement que cela aura eu sur la patiente. Je travaille pas mal avec le CMP conjointement ou avec une psychologue en ville, mais plutôt le CMP. »*

## **7. Associations, services sociaux et hébergements d'accueil**

Deux participants utilisent les structures d'accueil associatives pour orienter leurs patientes en cas d'exfiltration de la femme du domicile.

M1 : *«Par contre, je sais qu'il y a une maison des femmes à Lens. Ils font pas mal de boulot pour essayer de leur trouver un logement.»*

M13 : *«L'association SOLFA sur LILLE, l'association Louise Michel.»*

Un autre, est en contact permanent avec une assistante sociale.

M14 : *«J'étais en contact avec une assistante sociale de la Sécu. Elle était vraiment disponible et on pouvait l'appeler nous-même et je pense que je l'aurais appelé pour cette dame si vraiment j'avais pu. Si le numéro d'écoute n'avais pas été opérationnel.»*

## **8. Les urgences en cas de péril imminent**

Un médecin pense aux urgences comme dernier recours en cas de situations extrêmes.

M11 : *«J'ai jamais de femmes, vraiment, où j'ai eu peur pour leurs vies, où, je me suis dit : «Il faut absolument la sortir de cet environnement pour la mettre ailleurs et/ou l'adresser». Je n'ai pas encore eu. Mais ça oui, je pense qu'un jour si j'ai cette situation-là, je vais les envoyer aux urgences, je pense.»*

## **9. Avis des pairs**

Ensuite, plusieurs praticiens s'entourent de leurs confrères ou consœurs permettant un retour d'expériences sur des situations déjà vécues.

M12 : *«Si une patiente me parlait de violence? Bah, je pense que moi, j'ai jamais eu l'occasion d'étudier ça, mais je pense que si c'était le cas, je me renseignerai auprès de collègues qui ont plus d'expérience que moi là-dedans.»*

Cela permet de ne pas rester seul et de demander des conseils sur la prise en charge.

M9 : *«Et du coup, j'ai demandé à mes collègues vers qui l'orienter.»*

M12 : *«Je ne pense pas que je resterais seule pour gérer cela. Surtout qu'ici, on est plusieurs médecins et je pense que c'est toujours bien d'avoir un avis. En demandant à la patiente, si elle est d'accord pour que j'en discute avec les collègues pour voir un peu comment on peut l'aider.»*

De plus, pour un médecin, demander l'avis de ses pairs est l'occasion de renforcer et d'appuyer son discours de prise en charge pour aider la patiente à prendre une décision.

M10 : *«Les ressources que je peux avoir, j'ai de la chance de travailler en cabinet de groupe, donc les ressources que je peux avoir, c'est toujours faire appel à un collègue pour avoir plus de poids. Si je sens que j'ai des difficultés à lui faire comprendre, que cette situation ne peut pas durer et qu'il faut faire quelque chose pour sa santé... Et voilà les ressources se serait ça,*

*éventuellement mes collègues.»*

## **10. Avis du conseil de l'ordre**

En situation hypothétique, un généraliste pourrait demander un avis au conseil de l'ordre pour avoir les démarches à suivre.

*M8 : «Non, je ne sais pas... Si vraiment j'avais le doute ou la certitude d'une violence conjugale, je demanderais tout simplement au conseil de l'ordre l'attitude à suivre. Je pense qu'ils sont à même de savoir ce qu'il faut faire.»*

## **11. Le temps pour la sensibilisation aux mécanismes des violences**

Un participant utilise également le temps, mais cette fois-ci comme outil de prise en charge. Il convoque la patiente à distance pour suivre l'évolution de la situation, les violences étant un mécanisme cyclique et non linéaire avec une modification de l'intention de prise en charge dans le temps.

*M11 : «Et, je lui dis de revenir pour voir si ça a été fait.»*

Cela signifie également de prendre son temps en consultation pour l'explication du mécanisme des violences. On peut, dès lors, faire comprendre aux victimes que leurs réticences et leurs retours en arrière sur certaines prises en charge s'expliquent, les faisant ainsi déculpabiliser.

*M9 : «En explicitant la violence conjugale surtout, quand elle n'est pas d'accord, et la plupart du temps, elle n'est pas d'accord.... Même si elle sait qu'il y a un risque pour sa santé.»*

*M13 : «Je peux leur expliquer ce que c'est que la dissociation. Pourquoi elles sont venues auprès de leur agresseur plutôt que s'éloigner. Et de les remettre de toute la culpabilité que la société met en mode : «Comment ça se fait que tu es battue et que tu ne pars pas ?». Après, mais déjà rien que les répercussions que ça va avoir sur elle... Vraiment tous les mécanismes neurophysiologiques qu'on connaît maintenant et qui font qu'elles ne comprennent pas toujours pourquoi elles n'arrivent pas à sortir de cette situation là... Et, en leur montrant vraiment, qu'il n'y a pas de jugement que ce n'est pas de leurs fautes, de montrer qu'elles ne doivent pas ressentir de culpabilité.»*

## IV- Solutions apportées en consultation

### 1. Outil idéal en consultation

#### a) Pour le dépistage

##### 1. Item de rappel dans logiciel

Des médecins généralistes trouvent que l'outil idéal doit permettre d'intégrer le dépistage dans les habitudes pour y penser plus souvent en consultation.

*M3 : «Y penser et interroger. Quand vous voyez quelqu'un, ce n'est pas ce genre de questions que vous allez poser systématiquement. Vous voyez les gens pour un diagnostic.»*

*M7 : «En fait pour moi, la préoccupation c'est peut-être y penser plus.»*

Pour cela, ils proposent l'utilisation d'un item «violences conjugales» dans le logiciel.

*M4 : «Mais qu'il y ait une case, comme les facteurs de risque : «il y a-t-il eu de la violence ?», ça serait bien.»*

*M6 : «Quand on fait notre dossier médical, je pense qu'il y a toujours des onglets dans les antécédents ou dans les facteurs de risque, l'environnement. Je pense qu'il pourrait y avoir aussi un onglet : «Repérage des violences conjugales». Je pense que s'il y a ce type d'onglet, je pense que tous les nouveaux patients, je pourrais leur demander.»*

*M9 : «Mais c'est la répétition du rappel qui fait que ça fini par être pris en charge. Moi j'ai des alertes dans mon logiciel. J'ai des alertes dans ma conclusion de chaque consultation en elle-même. J'ai des alertes rouges pour les surveillances effectivement.»*

De plus, dans le cadre de la traçabilité dans le dossier informatisé, on trouve intéressant de créer un post-it ou item spécifique aux violences. Le tout doit être visible, ranger dans les antécédents et confidentiel pour éviter de l'imprimer lors de la création de courriers.

*M13 : «A force de faire des dépistages, c'est atroce mais il y a des fois où j'oublie... J'oublie que les gens ont vécu un truc. Donc, il faut que je me le note parce que sinon je vais oublier que c'est cette patiente-là, qui m'a dit ça. Ce n'est pas tolérable en fait et comme les gens qui me l'ont déjà dit : «vous vous rappelez?» et là oh là là ! Et ça du coup, dans le dossier médical, c'est difficile à ranger pour qu'on n'oublie pas et en même temps que ça ne soit pas non plus sur tous les courriers médicaux. Je ne sais jamais si je peux le mettre dans les antécédents... Je n'ai pas envie de ficher des gens là-dessus. Je ne veux pas qu'ils portent ça toute leur vie, mais en même temps, ça m'est hyper nécessaire de le prendre en compte, malgré tout.»*

##### 2. Aide au rappel par la diffusion de la recommandation

Les médecins déclarent l'importance de la communication sur l'existence de la recommandation HAS. Cette diffusion permettrait là aussi d'y penser plus souvent. Ils proposent ainsi la création

de fascicules à destination des médecins généralistes.

*M7 : «Bah diffuser les recommandations HAS... Moi je pense que le début du problème, c'est y penser. Diffuser la recommandation, avec envoi de petits fascicules... Oui, moi je verrais ça dans ce sens-là et pas trop long à lire.»*

On évoque aussi l'utilisation de rappels AMELI.

*M11: «Des rappels AMELI, c'est une bonne idée. Les petits rappels AMELI qu'on reçoit c'est bien.»*

Pour une aisance dans la pratique et une adhésion des médecins, il faut diffuser le dépistage avec l'appui d'une autorité compétente comme l'ordre des médecins.

*M10 : «Je pense aussi, idéalement, avoir l'appui de l'ordre des médecins.»*

### **3. Inclusion dans un dépistage de masse obligatoire pour le rendre légitime et l'intégrer à la pratique**

Un généraliste soumet la possibilité de rendre le dépistage «obligatoire», organisé en masse, pour une meilleure diffusion et ainsi permettre de l'intégrer dans l'habitude de consultation.

*M12 : «J'essaie d'aborder facilement, quand je vois une femme : est-ce qu'elle est à jour de ses dépistages, vaccins, contraception... J'arrive à aborder le sujet même si c'est hors sujet dans la consultation, du coup, pourquoi pas dans le cadre d'un dépistage un peu obligatoire.»*

Il propose la création d'une consultation dédiée aux dépistages chez la femme par la sécurité sociale. Ce dépistage organisé intégrerait différents thèmes de la santé féminine comme la contraception.

*M12 : «Comme des certificats d'examens obligatoires. Peut-être qu'on pourrait inclure, pour noyer le poisson, une contraception, le poids, je ne sais pas, les vaccins, mode de vie ? Si elle a des enfants, mariée ou divorcée... Si elle a... Je ne sais pas... Du coup déboucher sur quelques questions de la vie familiale, la vie conjugale, quelque chose comme ça et pourquoi pas, après, poser des questions directes : est-ce qu'elle se sent maltraitée ?»*

De plus, grâce à son caractère obligatoire, cela permettrait de légitimer le dépistage aux yeux des patientes qui pourraient ne pas se sentir concerner.

*M12 : «On met un peu sur le dos de la sécurité sociale que c'est obligatoire tout ça... Donc on en parle. Les choses qui sont rendues officielles, obligatoires, bon bah on n'a pas trop le choix d'en parler... Bon bah on se dit, (discours pouvant être donné à la patiente) : «ça ne vient pas*

*de moi personnellement, ce n'est pas de mon jugement, c'est comme ça, il faut que je vous en parle.». Ça, peut-être que ça aiderait à aborder et poser la question à tous types de femmes qui pourraient même ne pas se sentir concernées.»*

#### **4. Création d'une échelle validée**

Les participants proposent la création d'un outil de dépistage officiel avec un questionnaire rapide en quelques questions ouvertes.

*M9 : «Et moi concrètement, un outil qui pourrait m'être utile en médecine générale, pour ceux qui ont des difficultés à évoquer le sujet, leur donner directement deux, trois questions. Après, à tester pourquoi pas dans une thèse, pour avoir les retours. Est-ce qu'elles sont assez larges ?»*

*M10 : «Pourquoi pas quelques questions, comme un questionnaire comme Hamilton en consultation. Pourquoi ne pas avoir un test en 3-4 questions, qu'on peut poser de façon assez anodine... Mais s'il y a deux propositions sur 5, tiens, a priori dernière tout cela, il y a une femme qui est battue. Comme des questionnaires qu'on peut utiliser dans l'état d'équilibre de l'asthme, la BPCO. Et bah pareil.»*

*M12 : «S'il y avait un outil qui était rendu officiel, on pourrait peut-être avoir cette excuse là pour aborder le sujet : «Vous n'êtes peut-être pas concernée mais...». Avoir un petit questionnaire rapide un peu comme un certificat chez l'enfant où on aborde plusieurs choses.»*

Enfin, on propose de standardiser le dépistage et de créer un score en consultation. Il pourrait s'organiser sous la forme d'un organigramme, en fonction des réponses.

*M9 : «Pourquoi pas, en développant l'outil plus précisément. S'il y a des réponses «oui» à toutes les questions, on passe à l'étape d'après, pour comment orienter, que poser comme questions d'après si on voulait élargir par exemple. Un «oui» à une question implique plus celle-là, ou celle-là, et faire vraiment comme un organigramme d'orientation et des questions avec plus de tact.»*

*M11 : «Intégrer dans le logiciel médical des questions avec des scores.»*

Mais, l'utilisation d'un questionnaire ne fait pas l'unanimité chez les médecins. Un médecin ajoute qu'un questionnaire standardisé à type de score sur le sujet des violences lui paraît «inhumain».

*M14 : «Franchement c'est euh... Vraiment euh... Alors moi, ça ne me dérange pas, c'est vrai que ça m'arrive de me fier à des questionnaires, par exemple pour des dépressions parce que c'est pratique pour les gens qui en ont. Ce n'est pas que c'est hyper bien et que j'adore ça mais un questionnaire sur ce sujet-là, mais c'est complètement inhumain quoi !»*

#### **5. Pas d'outil matériel pour le dépistage mais une mise en condition**

Plusieurs médecins pensent qu'il n'y a pas d'outil idéal à matérialiser pour le dépistage.

*M2 : «Le dépistage, ce n'est pas un outil. C'est de connaître sa patiente. Peut-être qu'on peut faire ça chez des médecins qui ne suivent pas les patientes depuis longtemps. Ici, c'est des familles que je connais depuis 25 ans. Du coup, aborder le sujet ou être en alerte, ça, je le suis. Je n'ai pas besoin d'une plaquette pour ça.»*

*M9 : «Je ne pense pas qu'il y ait un outil idéal au dépistage, je pense que ça fait partie des dépistages qui sont compliqués.»*

Ils penchent plutôt pour une mise en condition au cabinet, propice à la divulgation des violences. Comme énuméré dans la partie « outils actuels », ils soumettent d'utiliser le temps comme allié pour permettre une alliance thérapeutique.

*M15 : «Je pense qu'il faut faire du mieux qu'on peut. Je pense qu'il faut bien connaître ses patients, il faut surtout prendre du temps.»*

On insiste pour respecter la durée d'initiation des démarches de la patiente.

*M9 : «Sauf en cas de péril imminent, où on peut se permettre de passer outre, mais sinon, j'ai des patientes qui ne vont pas bien mais qui ne veulent pas se prendre en charge. Je respecte, c'est dure, mais c'est mon travail de respecter son absence de prise en charge tant qu'il n'y a pas de risques immédiats pour sa santé.»*

De plus, les généralistes considèrent l'absolue nécessité de voir seuls ses patientes en consultation.

*M4 : «Je ne sais pas, après, j'ai lu quelque part de dire au mari : «Non, vous n'entrez pas».»*

*M6 : «De dire la prochaine fois : «Venez seule, je suis sensibilisé, venez sans votre conjoint.»»*

*M9 : «J'essaie de les inciter systématiquement à prendre au moins une fois rendez-vous. Je leur propose, à beaucoup de patientes, de prendre un rendez-vous pour elles. Et il n'y en a pratiquement aucune qui le fait.»*

*M14 : «Par contre, c'est sûr que voir le conjoint... On voit souvent des couples hein. Peut-être qu'il faudrait arrêter ça ? Par contre euh, c'est au niveau du temps où c'est compliqué quoi. C'est tellement simple de faire rentrer un couple !»*

Voir la patiente seule permet de créer un climat plus propice à l'écoute.

*M7 : «C'est apprendre à écouter. Je pense que ça, peut aider un peu à faire sortir les choses.»*

## **b) Pour la prise en charge**

### **1. Une fiche outil pratico-pratique**

L'outil idéal, approuvé par plusieurs participants, serait la création d'une fiche pratique avec des

contacts et des conseils de prises en charge.

*M2 : «Une petite plaquette avec tous les numéros par exemple 3919. Plutôt que de ramer tout seul. 3919, SOS femmes battues, contacter une avocate...»*

*M3 : «Des contacts. Ça je le verrais sur une forme de fiche ou sur internet ce genre de truc. Nous on peut faire du dépistage, du curatif, mais surtout un rôle de conseil, des numéros !!»*

*M5 : «Une fiche pourquoi pas, ça pourrait être utile, je ne sais pas si ça existe ?»*

Deux médecins proposent également une fiche interactive sous forme de plaquette à remettre.

*M1 : «Quelque chose que je puisse donner à la patiente, qu'elle puisse lire, qu'elle puisse ranger, le temps de cheminer. Un kit, où on n'est pas seul, un numéro et un endroit dédié.»*

*M2 : «Avoir une petite plaquette pour le médecin, que le médecin puisse la remettre à la patiente en lui expliquant bien évidemment. D'où l'intérêt d'avoir une petite plaquette et qu'on puisse donner également. J'ai besoin d'outils pour orienter la patiente par la suite, ça, j'en ai absolument besoin, en forme de fiche, qu'on puisse lui donner plutôt que d'envoyer un mail qui pourrait être vu par le conjoint. Si je pouvais leur donner une petite fiche, ça serait bien.»*

On conceptualise même le projet sous forme d'un pack ou boîte à outils à remettre.

*M1 : «Je pense qu'il faudrait leur donner un pack avec des associations sur les violences, d'avoir ça au cabinet. Leur donner pour qu'elles prennent l'initiative. Pour qu'elles puissent échanger et se sentir moins seules. Avec un numéro d'association, AS, psy, numéro vert...»*

*M2 : «J'insiste sur cette boîte à outils. Qu'on puisse la donner, parce que cela se déroule comme ça. Je les informe qu'il faut prendre rendez-vous en médecine légale, je leur donne les coordonnées d'avocats, numéros d'associations...»*

## **2. Réseau de contacts et répertoire téléphonique**

Les praticiens sont unanimes sur l'importance de la création d'un réseau ou répertoire de proximité avec lequel ils peuvent travailler et orienter les patientes.

*M1 : «Plus un réseau, qu'un outil.»*

*M3 : «L'outil principal, ça serait des adresses, des numéros de téléphone, SOS femmes battues, les sites metoo ou que sais-je... C'est avoir des adresses pour orienter.»*

*M6 : «Pour prendre en charge, c'est des numéros à connaître je pense, un répertoire.»*

## **3. Un numéro dédié aux professionnels de santé**

Plusieurs médecins évoquent la création d'un numéro dédié aux médecins généralistes et professionnels de santé.

M3 : «Un numéro de téléphone simple pour spécialiste de la santé.»

M4 : «Par exemple, un numéro dédié aux médecins généralistes, où appeler en disant: «j'ai vraiment une femme qui ne va pas bien, qu'est-ce qu'on peut faire pour elle ?».»

M6 : «Ça serait peut-être bien sous forme de centrale, centre d'appel, à la limite, qui regroupe et qui peut orienter sur les départements, les bonnes structures.»

M9 : «Pourquoi pas y ajouter un numéro pour le professionnel, pour aider le professionnel à prendre en charge ces situations-là. Ça oui, ça serait efficace.»

Un seul médecin insiste sur la place du 3919 pour les généralistes. Numéro, qu'il utilise déjà.

M14 : «Un outil de prise en charge, ah bah oui, si, si, c'est le 3919 clairement. Pour moi, il n'y a pas d'autre outil. Je pense que c'est vraiment le plus utile. Quand je les ai appelés, j'ai vu que c'était très complet. Je pense qu'on peut faire confiance.»

## **2. Avis sur les fiches pratiques de l'HAS (Annexe 1)**

### **a) Des fiches trop chargées**

Bien que certains participants trouvent les fiches pratiques fournies par l'HAS complètes.

M5 : «C'est déjà pas mal, c'est vraiment bien complet. Après c'est difficile d'être exhaustif et synthétique. Après je n'ai pas lu en détail, ils ont répertorié les questions les plus importantes.»

M9 : «Puis concernant cette fiche, déjà, c'est très pertinent tout ce qu'il y a dessus.»

La majorité considère, cependant, qu'elles sont beaucoup trop lourdes.

M2 : «Autant cette plaquette (fiches pratiques montrées par le MT) est trop lourde»

M3 : «Là c'est vraiment... (en regardant le nombre de pages).»

M4 : «Ah oui ! Il y a au moins 20 pages ! Là c'est trop long, c'est comme un cours.»

M6 : «La forme déjà là, tu vois... (dans le sens où il y a beaucoup de pages).»

M15 : «Euh... Sur les formations que j'ai faites, du coup, je les ai vu ces fiches là, mais..., c'est trop. Voilà quoi, c'est très, très vaste quand même.»

Elles ne doivent pas devenir «imbuables» et donc inutilisables en consultation. D'autant qu'ils en existent énormément pour tous les domaines de la médecine générale.

M5 : «Les fiches HAS sont bien faites mais, il y en a tellement pour toute la médecine et il y en a vraiment des imbuables.»

Il est donc indispensable de l'adapter à la consultation avec nécessité d'être plus direct et synthétique.

M3 : «Je verrais quelque chose de plus synthétique (en parlant de la fiche), pratico-pratique.»

M4 : «Nous, on n'a pas le temps non plus de tout lire, donc il faut que cela soit direct.»

M6 : «Du coup, pour synthétiser ... Plus synthétique.»

M8 : «Oui, comme c'est nouveau, c'est peut-être probablement à retravailler pour être plus synthétique.»

## **b) Première partie, comment repérer et évaluer**

### **1. Bien insister sur la notion de répétition du dépistage et la notion de systématique**

Un médecin insiste sur l'inscription de la notion de répétition et le caractère systématique du dépistage.

M13 : «Donc de toute façon, je pense qu'il faut poser la question. Revoir le patient, reposer la question. Donc en fait, il faut passer son temps à retenter de reposer la question. Mais en fait il faut juste se dire que ça doit être systématique.»

### **2. Adapter les questions de dépistage**

Quelques généralistes approuvent l'utilisation des questions types ouvertes de l'HAS.

M7 : «Alors celle-là, (en parlant de la première feuille du «comment dépister»), elle me plaît pas mal, parce qu'il y a toute une liste de questions, je peux prendre celle qui me plaît bien.»

M14 : «Moi, je pense que ça c'est vraiment intéressant, une question ou deux ouvertes pour essayer de rentrer dans le sujet.»

Mais pour la plupart, les questions adaptées au contexte peuvent parfois être trop intrusives.

M2 : «Inadaptées pour une relation patient- médecin.»

M3 : «On est quand même avec ce genre de question : «Comment se passe les rapports intimes ?» On rentre déjà sur des sujets très, très personnels...»

M6 : «(En train de lire) Tu vois là, quand il parle de viol, c'est que déjà t'as posé la question et que tu es quand même déjà allé bien loin.»

M9 : «Je trouve par contre, les questions inadaptées au contexte, elles sont trop directes. C'est trop direct, clairement, ça ferme directement le patient. On comprend où on veut en venir directement sur les questions : «Comment se comporte votre conjoint avec vous ?». Ça veut dire qu'elle serait déjà au stade d'être en capacité d'accusation, clairement ce n'est pas le cas.»

M14 : « On peut se demander, si les gens qui ont pondu ces questions, ont déjà fait une consultation de médecine générale. Parce que moi, clairement quand quelqu'un ne va pas bien, je dis : «Bon ça se passe comment au travail ? D'accord et votre copain ça va ? Il y a des problèmes de couple ? D'accord, problèmes de couple, qu'est ce qui se passe exactement ?». Enfin voilà, je ne vais pas dire : «Il vous frappe?» Non, ce n'est pas comme ça que ça marche.»

Certains médecins favorisent donc un dépistage plus subtil comme avec la première question : «Comment vous sentez vous à la maison ?». Cette dernière paraît la plus adaptée pour les participants.

M9 : La première question : «Comment vous sentez vous à la maison ?» à la limite oui. Mais après des choses plus subtiles. Que ça clairement non, si je dis : «Comment se comporte monsieur avec vous ?», là il faut être sûr : «Ça va, comme d'habitude». Là, c'est sûr c'est fermé, c'est fini, je n'ai pas de conversation. Donc, juste revoir ces questions, plus subtiles.»

M14 : «Je la pose très souvent, enfin : «Voilà, comment vous sentez vous à la maison ?». Mais c'est aussi pour voir comment ça se passe en ce moment : «est ce qu'il y a des nouvelles choses ? Comment vous vous sentez en ce moment, ça va ?». Je la pose systématiquement la question, tous les quarts d'heure. Par contre, ouais en cas de dispute : «Comment ça se passe les rapports intimes ?» bah pff... C'est un truc que moi j'aborde si elle en parle. Oui la première, est très bien effectivement : «Comment vous sentez vous à la maison ?».

### **3. Synthétiser la sémiologie clinique**

Pour plusieurs médecins, la partie sémiologie clinique, comme rappel pour y penser, est beaucoup trop exhaustive.

M8 : «C'est tellement générale qu'on a l'impression d'avoir une liste d'effets indésirables... A la fois la constipation et la diarrhée....»

M13 : ««Comment repérer», c'est trop vaste. Des troubles psycho-traumatiques, on va mourir.»

De plus elle peut être, parfois, trop peu spécifique aux violences.

M8 : «Je ne pense pas que ça apporterait quelque chose... Quand je vois «infections génitales à répétition», troubles somatiques, moi aussi j'en ai des troubles somatiques, je n'ai pas l'impression que ma femme me maltraite. Non franchement non... Après, c'est pareil : complications fœtales ou mort in utero, je ne sais pas j'avoue que non, elle est trop générale.»

M14 : «Euh, pff ...Infections génitales à répétition, je ne vois pas trop hein. Il y a des choses c'est un peu tiré par les cheveux. Mais c'est vrai oui, les troubles fonctionnels, plaintes itératives... C'est qu'en fait, avec plaintes vagues multiples et inexplicables, j'en vois trente patients par jour, c'est trente fois par jour, qu'est-ce qu'il croit, c'est un peu vague. Bon après, bah là, je vais surtout me fier aux lésions traumatiques à répétition parce que sinon, c'est vraiment trop général. C'est tout le monde en fait qui rentre là-dedans, c'est pas possible.»

M15 : «Bah tu vois, regardes, tu lis des trucs, tu vois en fait ce n'est pas vraiment spécifique. Tu vois, tout ça, il y a les troubles psychologiques, l'anxiété, troubles émotionnels, enfin tu vois.»

*C'est spécifique de rien ça.»*

Pourtant, certains participants considèrent que c'est une partie importante qu'il faut connaître, notamment pour les signes fonctionnels en lien avec un trouble d'ordre psychologique.

*M11 : «Certains petits trucs pour lesquels y penser, les multiples consultations itératives avec plaintes vagues.»*

*M13 : «De toute façon, tout ce qui va être troubles fonctionnels, il faut poser la question.»*

*M14 : «Par contre les signes fonctionnels, ça je n'y aurais pas pensé. J'ai eu une patiente qui a été victime de viol et en fait, je l'ai vue pendant 5 ou 6 mois pour des troubles fonctionnels intestinaux... Et après ça a été mieux le ventre, bizarrement. Oui, les troubles psychologiques, tous troubles psychologiques pour moi, c'est une porte d'entrée. Ça, je pense que c'est important de se remettre en tête que c'est important. De toute façon tout, trouble psychologique pour moi, fait l'objet d'une question sur le couple. Le couple, le travail, les enfants et les amis.»*

On suggère de la synthétiser.

*M11 : «Ça, bien on y pense, les dépressions, plaintes... Peut-être synthétiser les gros trucs. Troubles du sommeil éventuellement, parce que lésions traumatiques etc., on y pense. Donc, mettre vraiment, penser violences, si ça, ça, ça. Poser la question s'il y a des signes d'alerte.»*

*M12 : «Bon là, ça détaille tous les troubles somatiques. Mais ça, on peut mettre des listes et des listes.... Donc ça, pas forcément le détailler. Je pense qu'on peut avoir tout et n'importe quoi comme symptômes et ce n'est pas... (dans le sens spécifique).»*

Plusieurs participants proposent, en solution, l'utilisation des titres des grandes parties, en découlera le reste du raisonnement pour y penser.

*M6 : «Simplement les gros titres ça peut suffire. Après, c'est simplement du bon sens. Mais c'est vrai qu'il doit y avoir des mots clés, déjà là-dedans qui vont te..., et puis t'aider à te mettre la puce à l'oreille, ce genre de choses.»*

*M7 : «Mais les éléments synthétiques, ils sont là avec..., ils sont dans les titres en fait. Et ensuite rien qu'avec les titres, le reste sort tout seul.»*

*M9 : «Pour moi, chaque lésion physique fait partie des signaux d'alerte. Donc à partir de là oui, absolument, mais pas besoin d'un listing, donc juste les gros titres, éventuellement.»*

*M14 : «Les facteurs de risque, je pense qu'on peut juste mettre «facteurs de risque» parce que évidemment, hum... Ça me semble assez évident, tiens.»*

On conclue qu'il faut être systématique dans son dépistage, il y a peu d'intérêt à tout détailler.

*M13 : «Voilà quoi, c'est très, très vaste quand même. Tant que je ne comprends pas parce que ça nécessite d'être vaste... Mais en fait il faut juste se dire que ça doit être systématique.»*

#### **4. Appréciation de la dynamique familiale**

Des médecins soulignent et valident la mention de prise en compte du comportement du conjoint et des enfants.

*M6 : «Comportement des enfants, conjoint c'est pas mal. Les propos méprisants, disqualifiants, c'est des propos que l'on voit, donc quand on voit les gens seuls, on pose la question.»*

*M11 : «Certains petits truc pour lequel y penser... partenaire trop impliqué...»*

*M14 : « Oui, par contre c'est sûr que, oui c'est assez intéressant effectivement : «partenaire accompagnant trop impliqué». Ça, je n'y aurais pas pensé au départ, maintenant je le sais.»*

#### **5. Insister sur la violence psychologique**

On rappelle d'insister sur la notion des violences psychologiques qui peut être omis.

*M11 : «Violences psychologiques, j'avoue, je passe complètement à côté.»*

#### **c) Deuxième partie, comment agir**

##### **1. Accompagnement plutôt que le mot agir**

Un praticien nous interpelle sur l'utilisation d'une mauvaise sémantique dans la fiche pratique avec le mot «agir». En effet, le rôle du médecin généraliste n'est pas d'agir pour sa patiente, (vision paternaliste de la médecine) mais de l'accompagner dans ses démarches. C'est la patiente qui va entreprendre et mettre en action sa prise en charge.

*M1 : «L'accompagnement, pas le mot prise en charge sur la plaquette. Le mot c'est comment accompagner, et pas agir. Concrètement, on fait un certificat pour le commissariat, tous on accompagne. C'est elles qui font le boulot.»*

##### **2. Privilégier l'outil pragmatique**

On insiste pour avoir un outil utilisable en consultation, avec une prise en charge adaptée et une action concrète par rapport à la situation.

*M3 : «Je verrais quelque chose de plus..., pratico-pratique.»*

Un médecin m'avoue ne pas savoir accompagner, mise à part conseiller de porter plainte, il insiste donc sur les conseils pratico-pratiques.

*M11 : «Dans «Comment agir», conseiller de porter plainte, il faut le mettre, mais bien sûr qu'on y pense. Moi, je n'y connais pas grand-chose et voilà j'ai un dépistage qui est mauvais. Moi, comment agir ça s'arrête à ça... Vraiment des choses concrètes dans la pratique.»*

### **3. Insister sur la prise en charge pluridisciplinaire**

Dans la partie : « mise en place des mesures de protection », un généraliste précise d'insister sur la prise en charge pluridisciplinaire lors de la mise en place de ces mesures.

*M6 : «(En lisant la fiche) Ça, c'est des choses en pratique : décider de l'hospitalisation des enfants, tu ne fais pas tout seul. Tu t'entoures, tu décides d'appeler la PMI. C'est vraiment l'urgence de soin, tu protèges un peu tout le monde mais tu fais jamais ça tout seul.»*

### **4. Appuyer sur les numéros**

Une majorité s'accorde sur la place essentielle des numéros et contacts dédiés. Leurs visibilité et leurs mises en avant sont primordiales dans la fiche.

*M6 : «Les numéros, c'est vraiment essentiel, en plus gros pour les voir.»*

*M11 : «Ce qui me paraît indispensable, c'est les numéros, les mettre en avant.»*

Les praticiens recommandent de compléter la fiche par des numéros supplémentaires utiles, comme ceux des associations ou des services sociaux, et d'améliorer l'information en communiquant les numéros concernés.

*M5 : «Peut-être plus de numéros, associations...»*

*M10: «C'est une belle phrase les services sociaux mais les numéros concrets...»*

Les numéros d'urgences sont pointés du doigt. Deux participants indiquent qu'il faut insister sur la mention du 15 «en cas d'urgence», argumentant que les femmes, dans les mécanismes d'emprise, ne se sentent pas forcément légitimes de les appeler, services souvent saturés.

*M1 : «Ça, très mauvaise idée d'appeler le 15. Ce n'est pas des patientes qui se sentent légitimes, elles ne vont pas aller embêter le système qui après va être saturé.»*

*M4 : «Oui, après le 15 vraiment, c'est vraiment une urgence, euh... C'est vraiment qu'il y a eu... et qu'on est appelé en visite.»*

C'est le même constat avec le 115, avec un retour d'expérience négatif de ce numéro, peu spécifique aux violences conjugales.

*M14 : «Alors le 115, pff... Mais ici, c'est une catastrophe... Un jour, il faisait moins dix dehors, j'avais un clochard qui est venu pieds nus s'installer en salle d'attente... Bon bah du coup, on l'a gardé jusqu'à ce que le 115 arrive mais ils ne sont pas venus quoi...»*

## V- Création d'une fiche réflexe

### 1. Intérêt d'une fiche réflexe

#### a) Avis mitigés pour le dépistage

Les avis sont mitigés sur l'intérêt d'une fiche réflexe pour le dépistage. La majorité des médecins généralistes sont contres un dépistage standardisé dans leurs pratiques. Pour eux, cela va à l'encontre d'une relation médecin-patient.

*M1 : «Non, parce qu'une patiente qui va dire qu'elle ne va pas bien, elle va le dire. Ce qui me dérange dans ces fiches c'est que j'ai l'impression qu'on doit aller débusquer une patiente qui ne va pas bien, un patient qui ne veut pas parler, ne parlera pas.»*

*M2 : «Le dépistage, ce n'est pas un outil. C'est de connaître sa patiente. Peut-être qu'on peut faire ça chez des médecins qui ne suivent pas les patientes depuis longtemps. Ici, c'est des familles que je connais depuis 25 ans, du coup, aborder le sujet ou être en alerte, je n'ai pas besoin d'une plaquette pour ça.»*

*M8 : «Je ne comprends pas comment, sur ce genre de choses, on puisse faire une fiche, entre guillemets, technique pour aider au dépistage, non sincèrement je ne vois pas, je ne sais pas.»*

*M15 : «Non pas du tout, c'est au fil des discussions tu vois.»*

Vu que le dépistage consiste à la pose de simples questions ouvertes, chaque médecin généraliste possède sa propre pratique selon le contexte.

*M9 : «Comme j'ai déjà mon outil de mes trois petites questions à poser, j'utiliserais ça.»*

Pourtant en parallèle, un praticien y voit un intérêt d'efficacité sur le dépistage, si l'outil crée est rapide et standardisé.

*M7 : «Un peu comme un questionnaire, ce genre de chose là ? Alors oui, s'il est excessivement court, parce qu'il y a plein d'outils au-delà de 4/5 items, ça ne va pas vraiment... Quelque chose d'excessivement court.»*

#### b) Pour une prise en charge pratico-pratique

Contrairement au dépistage, la majorité des médecins trouvent qu'une fiche pourrait les aider dans la prise en charge pratico-pratique des violences.

*M5 : «Une fiche pourquoi pas, ça pourrait être utile, je ne sais pas si ça existe ?»*

*M10 : «Oui pourquoi pas, ça pourrait être possible de réaliser une fiche médicale. Pour la prise*

*en charge, peut-être une fiche avec un arbre décisionnel dessus.»*

*M13 : «Au niveau des fiches, c'est bien.»*

*M12 : «Bah si, ça peut toujours m'aider je pense.»*

On insiste sur la réalisation de fiches concrètes, dans l'intérêt de les utiliser sur le terrain.

*M2 : «Mais avoir une fiche bien synthétique plus concrète sur l'après.»*

*M4 : «Oui, très bien, voir ce qu'on peut faire au niveau juridique etc... Ça serait très bien.»*

*M6 : «Oui, avec les moyens d'actions, les numéros.»*

*M7 : «Pour la prise en charge réflexe, euh... Ça peut être une fiche sur internet et très courte et avec une difficulté... C'est que dans chaque région, chaque secteur, ça sera très différent.»*

*M11 : «Oui, moi dans l'idéal, avec des questions, des scores. Des numéros qui sortent, quelque chose d'intégrée.»*

*M15 : «Bah après, si t'as des adresses et tous les endroits, pourquoi pas. Bah au moins, je veux dire, au moins tu as quelque chose à proposer, si tu as une fiche voilà avec des réseaux, des adresses, tu as quelque chose, parce que sinon c'est dommages, c'est con. Euh, cela apporte un petit truc, ouais.»*

Un seul généraliste trouve un intérêt modeste, mettant en avant une prise en charge au cas par cas.

*M8 : «Non je ne pense pas, c'est vraiment cas par cas donc je ne pense pas qu'il y ait une attitude bien particulière à avoir.»*

## **2. Forme**

### **a) Pas d'avis tranché sur la forme papier vs informatique**

Les avis se divisent sur la forme que pourrait prendre la fiche réflexe. Des praticiens préfèrent une forme papier pouvant éviter la recherche internet.

*M3 : «Ça je le verrais sous une forme de fiche.»*

*M5 : «Une petite fiche à disposition dans le cabinet, parce qu'internet il faut aller la chercher.»*

*M14 : «Maintenant c'est vrai que moi, le format papier, j'aime bien.»*

Une forme de fascicule est pour cela proposé, amenant un aspect « ludique » lors des explications.

*M7 : «Comme un article, diffuser en recommandation, avec envoi de petits fascicules, oui moi je verrais ça dans ce sens-là et pas trop long à lire.»*

*M12 : «Moi, j'utilise facilement l'ordi et tout ça, mais je passe facilement au papier quand c'est des choses personnelles... Alors moi j'ai du mal, je trouverais ça plutôt ludique d'avoir quelque chose en main à mettre devant les personnes, leur expliquer.»*

Cela permettrait une remise de la fiche à la patiente comme proposé dans la partie «Solutions en consultation».

*M1 : «Quelque chose que je puisse donner à la patiente qu'elle puisse lire, qu'elle puisse ranger, le temps de cheminer.»*

*M2 : «Ça, j'en ai absolument besoin, en forme de fiche, qu'on puisse lui donner plutôt que d'envoyer un mail, qui pourrait être vu par le conjoint. Des fiches qu'on donne. D'où l'intérêt d'avoir une petite plaquette, qu'on puisse la donner également.»*

*M12 : « Pouvoir même leur donner.»*

Tout en prenant garde que l'agresseur ne tombe pas dessus au domicile.

*M9 : «Je pense, que cet outil-là serait utile si les gens se posent et le font à la maison. Mais jamais une femme sous violences conjugales ne va prendre un document qui est à risque d'entraîner une violence conjugale si son mari tombe dessus.»*

A l'inverse, d'autres intervenants préfèrent des fiches internet ou informatisées.

*M3 : «Ou sur internet, ce genre de trucs.»*

*M7 : «Pour une prise en charge réflexe, euh... Ça peut être une fiche sur internet car en forme papier, elles se perdent très vite.»*

*M10 : «Une fiche médicale et pourquoi pas directement sur internet, ouais. Plutôt forme dématérialisée.»*

*M11 : «Moi, dans l'idéal, tout ce qui est informatique c'est mieux, comme je fais tout sur l'ordi.»*

*M14 : «Il faut voir quel est le mode de distribution. Le plus simple, par exemple, s'il est informatique, vous avez genre... Un peu comme les sites répertoriés.»*

*M15 : «Informatisée, tant qu'à faire.»*

Un médecin propose de combiner les deux idées avec une courte fiche écrite avec complément sur internet.

*M7 : «A la limite, je mettrais qu'une seule fiche, très courte et l'autre peut être sur internet quoi. Mais à la limite pourquoi pas les deux, si elles sont courtes.»*

## **b) Outil synthétique de manière à le répéter**

Comme mentionné dans la partie «Avis sur les fiches pratique de HAS», les généralistes souhaitent un outil synthétique, cours et concis.

*M4 : «Je la verrais petite, pas des pages et des pages... Nous, on a pas le temps non plus de tout lire, donc il faut que cela soit direct.»*

*M7 : «Et très cours.»*

*M9 : «Je pense qu'il faut que ce soit court le plus possible, concis.»*

La répétition dans le temps s'en trouverait facilitée.

*M9 : « Et le répéter pleins de fois... Qu'avoir un outil développé à faire qu'une fois, où de toute façon tant que la patiente est en phase d'opposition ou de dénis, ça sera négatif.»*

## **c) Outil fonctionnel sous forme d'arbre décisionnel**

Plusieurs médecins proposent d'utiliser un arbre décisionnel, diagramme de prise en charge pour organiser les données en fonction du contexte.

*M9 : «Pourquoi pas en développant l'outil plus précisément, s'il y a des réponses «oui» à toutes les questions, on passe à l'étape d'après pour comment orienter ?»*

*M10 : «Pour la prise en charge, peut-être une fiche avec un arbre décisionnel dessus, est-ce que la patiente est d'accord ou pas? Si elle dit non, qu'est-ce qu'on peut faire ? Pour l'orienter.»*

*M12 : «Un organigramme, un diagramme, par exemple, suspicion de violences, avec les choses essentielles.»*

## **3. Le contenu**

### **a) La mise en condition pour le dépistage**

Il est important de préciser de venir seule ou d'amener vers la consultation seule.

*M4 : «De dire au mari : «Non vous n'entrez pas». Quand elle vient avec lui, s'il rentre, il rentre. Après petit à petit, moi je suis installée donc ces gens je les connais depuis longtemps, donc il faut aussi... (du genre maintenant je peux insister comme je les connais).»*

Si ce n'est pas possible, un participant propose de mettre en place une procédure en cas de consultation accompagnée.

*M6 : «C'est comment aborder les violences conjugales quand ils sont à deux quoi.»*

## **b) Des questions ouvertes de dépistage**

Les généralistes proposent de garder une aide pour le dépistage aux moyens de quelques questions ouvertes types.

*M4 : «Un petit questionnaire.»*

*M5 : «Je verrais bien les petites questions à poser.»*

*M7 : «Un outil, si c'est en une ou deux questions très courtes, oui pourquoi pas.»*

*M9 : «Pour ceux qui ont des difficultés à évoquer le sujet, leur donner directement deux, trois questions.»*

Les questions doivent rester ouvertes et subtiles pour ne pas fermer la discussion, comme par exemple : «Comment vous sentez vous à la maison ?».

*M3 : «Ça peut être des questions qu'on peut poser, moi la première question c'est la plus importante c'est : «Comment vous sentez vous à la maison ?». Je crois qu'à partir de ça vous pouvez faire défiler les questions. Il faut être le plus simple, c'est la question ouverte qui n'agresse pas trop les gens. C'est la première question et la plus importante puis après on peut faire défiler ce qu'il se passe : «Pourquoi vous ne vous sentez pas bien ? Quels sont les événements ?»*

*M4 : «Plutôt : «Comment ça va dans votre couple ?» ou «Est-ce qu'il y a des choses qui vous énerve ?» sans rentrer dans les détails.»*

*M9 : ««Comment vous sentez vous à la maison ?» A la limite oui, des choses plus subtiles.»*

Pour la mise en place, on suggère d'inscrire sur les fiches et d'utiliser une technique subtile de communication permettant de déculpabiliser la patiente, par exemple, comparer sa situation à la population générale.

*M9 : «Je partirais plutôt sur des questions types en déculpabilisant et en disant : «Il est normal qu'il y ait des conflits à l'apparition d'un enfant, est-ce que vous aussi, vous en avez à la maison ?». Déculpabilisation d'en avoir et elles se sentent comme les autres, donc elles peuvent dire sans culpabiliser : «Oui, il existe des conflits». Donc déjà, ça me permet de la positionner dans « à risque ». Mais alors qu'elles pensent que c'est une norme déjà, sans culpabiliser et sans attendre que l'on soit dans l'accusation. Donc ça par exemple c'est très subtil, parce que je les compare au reste de la masse de la population dans sa situation.»*

On peut également « aggraver » la situation en population générale pour prêcher la vérité sur la sienne.

*M9 : ««Et donc vous vous en êtes à quelle fréquence des disputes ? Souvent c'est tous les*

*jours, vous c'est comment ?». Justement aggraver la situation. «Ah non pas autant, plutôt tous les deux jours». Ce qui en soit est déjà grave, mais ça me permet d'avoir l'honnêteté en prêchant plus le négatif, c'est plus subtil.»*

### **c) Le violentomètre et l'évaluation de la gravité**

Déjà utilisé par un médecin dans ses outils de consultation (Annexe 5), celui-ci affirme que le violentomètre aurait également sa place dans la fiche réflexe, pour l'aide du diagnostic.

*M13 : «Oui, c'est ça alors il y a un truc qui est bien aussi c'est le violentomètre.»*

De plus, pour un médecin, la notion de gravité est encore difficile à définir, donc un outil dans la fiche serait également intéressant.

*M14 : «Évaluation des signes de gravité, parce que les signes de gravité sont toujours là en fait. C'est quelque chose de systématique. On ne sait pas jusqu'où il va aller, on n'est pas là.»*

### **d) Des contacts pour recours rapides avec les différents intervenants**

Il paraît fondamental de mettre à disposition dans la fiche réflexe des recours rapides avec numéros de téléphones et adresses pour l'orientation.

*M6 : «Les numéros.»*

*M10 : «Des numéros, et surtout qu'elle puisse être contactée rapidement.»*

*M11 : «Des numéros qui sortent. Et tout de suite après des numéros de téléphone, des adresses à qui l'envoyer.»*

*M12 : «En cas de diagnostic de violences, qui alerter et comment ? Des numéros, des adresses.»*

*M15 : «Si t'as des adresses et tous les endroits.»*

Les recours rapides les plus sollicités par les médecins sont les associations.

*M1 : «Numéros assos.»*

*M2 : «Numéros SOS femmes battues et associations.»*

*M3 : «Des adresses, des numéros de téléphone, SOS femmes battues, les sites metoo...»*

*M4 : «S'il y a des associations etc., après ça, ça dépend du lieu où on est aussi... Mais ça serait bien quand même qu'on puisse sortir les associations.»*

*M5 : «Des associations, pour donner les coordonnées aux patientes.»*

*M11 : « Je ne sais pas s'il y a un numéro d'écoute entre femmes victimes de violences. »*

Puis, on énonce les hébergements d'urgence.

*M1 : « Déjà, je ne savais pas qu'il y avait des logements en urgence pour les reloger rapidement. »*

*M4 : « Les foyers, qui on peut prévenir en cas d'urgence ? Où ces femmes peuvent aller en cas d'urgence ? »*

*M6 : « C'est les centres d'hébergement, les centres d'hébergement temporaires, ce sont des choses qu'on a du mal à avoir. Toujours des difficultés à appeler et à avoir les bons interlocuteurs. Ça, je pense que cela serait bien. »*

*M10 : « Et on peut aller plus loin, pourquoi pas des numéros pour la mairie, lui trouver un logement, qu'elle se protège elle et ses enfants. »*

On détaille ensuite les intervenants principaux à citer dans la fiche avec les groupes de paroles.

*M15 : « Des adresses de groupes de paroles ? »*

On énumère également les acteurs sociaux.

*M1 : « Assistantes sociales. »*

*M4 : « Les numéros, les acteurs sociaux. »*

*M10 : « D'assistantes sociales, des numéros. »*

Puis, on détaille les intervenants dans la santé mentale avec les psychologues et les psychiatres.

*M1 : « (...), psy. »*

*M15 : « C'est de la psychothérapie, trouble anxieux, c'est du suivi post-traumatique. Des psychiatres, des psychologues et tout. »*

Enfin, pour la prise en charge médico-légale, on cite les coordonnées juridiques avec les avocats et la médecine légale.

*M2 : « Lui donner les numéros d'avocats, on a le droit ? Pour prendre rendez-vous en médecine légale. »*

*M3 : « Contacts, quels sont mes droits, quelles sont mes possibilités ? C'est surtout ça qu'il faut. »*

### **e) L'importance d'un numéro unique de référence, le 3919**

L'une des difficultés, est d'avoir des contacts de proximité selon les secteurs géographiques.

*M5 : «Les numéros, c'est peut être difficile... Comme ça dépend des secteurs où l'on exerce... C'est difficile, si c'est une fiche que l'on veut diffuser.»*

*M7 : «Avec une difficulté, c'est que dans chaque région, chaque secteur, ça sera très différent.»*

On rappelle la pertinence d'un numéro unique dédié aux patientes et aux professionnels de santé avec le 3919.

*M1 : «Créer quelque chose qui leur soient propres, qu'elles n'aient pas le sentiment d'être illégitimes et surtout qu'elles aient quelque chose qui les attendent.»*

*M2 : «3919»*

*M14 : «C'est vraiment le 3919.»*

On cherche un numéro qui puisse servir de point d'appel central pour orienter selon la région.

*M3 : «Le principal, c'est un numéro de téléphone avec un correspondant point.»*

*M6 : «Ça serait peut-être bien sous forme de centrale, centre d'appel, à la limite, qui regroupe et qui peut orienter sur les départements, les bonnes structures.»*

### **f) La personne de confiance**

Un praticien estime intéressant de désigner une personne de confiance, avec qui il peut se mettre en lien facilitant la communication en cas de difficultés liées à la situation particulière au domicile.

*M2 : «Informations sur une personne de confiance avec qui on pourrait échanger.»*

### **g) Protocoles de prise en charge selon situation**

Un participant rappelle l'importance de fixer des objectifs concrets selon la situation.

*M1 : «C'est d'avoir un truc qui puisse explorer tous les pans, c'est à dire quand elles sortent, qu'elles sortent avec des missions, c'est à dire avoir des objectifs actifs.»*

Pour cela, il est intéressant d'avoir un protocole de base de prise en charge des violences avec les différents moyens d'actions.

*M6 : «Avec les moyens d'actions. Une fois que l'on a repéré, quelles sont les chose à faire tout de suite ?»*

*M12 : «Bah, peut-être justement, euh... En cas de diagnostic de violences, qui alerter et comment ? Des numéros, des adresses. Surtout qui appeler.»*

On peut y intégrer une conduite à tenir en cas d'urgence.

*M2 : «Avec la conduite à tenir ? Nous, dans l'urgence, qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'elle peut quitter ou non le domicile ? Doit-elle appeler la police ? Toutes les choses comme ça, de pratique parce que nous, on est en première ligne.»*

*M4 : «Qui on peut prévenir en cas d'urgence ? Où ces femmes peuvent aller en cas d'urgence ? Parce qu'on ne sait pas.»*

Pour un praticien, il est également pertinent de mentionner la prise en charge en cas de refus.

*M10 : «Dessus, est-ce que la patiente est d'accord ou pas ? Si elle dit non, qu'est-ce qu'on peut faire pour l'orienter ?»*

#### **h) Informations juridiques et conseils pour préparer le départ**

Les médecins soutiennent l'importance d'apporter des conseils concrets sur l'après.

*M2 : «Mais avoir une fiche bien synthétique plus concrète sur l'après.»*

*M12: «Et quelques conseils à donner à la patiente surtout.»*

Ils peuvent être de l'ordre du financier, pour les aides au départ.

*M2 : «Puis, les problèmes financiers pour partir... Mais après, cela est de l'ordre de l'avocat.»*

On évoque également des informations juridiques pour porter plainte, préparer le départ du domicile ou bien encore la place des enfants.

*M2 : «Est-ce suffisant pour la patiente pour aller porter plainte ? Ou est-ce qu'il faut un certificat de médecine légale ? On conseille de prendre des photos, prendre rendez-vous en médecine légale pour avoir un autre certificat qui aurait plus de valeur ? Est-ce que j'ai le droit de quitter le domicile avec mes enfants ? Est-ce que ça ne va pas se retourner contre moi ? Parce que la plupart du temps, cela se fait sans témoin.»»*

*M3 : «Contacts... Que puis-je faire, quels sont mes droits ? Quelles sont mes possibilités ? C'est surtout ça qu'il faut.»*

*M12 : «S'il y a un certificat particulier à fournir et pourquoi ?»*

### **i) Communication sur la spécificité des violences conjugales**

Un généraliste alerte sur la nécessité de sensibiliser les femmes victimes de violences avec explications du phénomène d'emprise et la reproduction du schéma familial possible.

*M2 : « Les femmes qui se font frapper, restent le plus souvent. Elles se font frapper, elles culpabilisent, soit en trouvant des excuses pour leurs conjoints : problèmes au travail, jalousie, boisson... Comment briser et expliquer cette emprise ? Leur expliquer que ce n'est pas naturel. C'est plus d'informations qu'on veut sur ces fiches. Bien leur expliquer que les enfants, qui vivent avec leurs parents, le voient et risquent de reproduire le schéma familial. »*

### **j) La place du certificat médical comme outil de preuve**

La place du certificat médical est discutée. Plusieurs médecins sont d'avis qu'il risque de «surcharger» la fiche pratique.

*M6 : «Les certificats, je pense que c'est quelque chose qu'on maîtrise bien. Après, il faudrait voir avec les autres, mais je pense que ça va surcharger ta fiche et qu'il y aurait peut-être d'autres choses plus intéressantes à mettre.»*

*M11 : «Non, le certificat, ce n'est pas la peine. Parce qu'on le fait déjà, non c'est pas la peine.»*

Pourtant, on retient plusieurs éléments positifs à sa mise en place dans la fiche réflexe. C'est une «piqûre de rappel» sur les choses essentielles à inscrire, avec possiblement l'utilisation d'une trame type.

*M1 : «Mais pourquoi pas une trame ? Car tout le monde nous demande des certificats.»*

*M4 : «Ça fait longtemps que j'en fais donc, normalement ils sont bons (rires). Après c'est bien de le remettre, c'est bien de le remettre dans la fiche réflexe.»*

*M12 : «Le certificat oui, oui, ça pourquoi pas, ça peut être utile.»*

*M14 : «Je conseillerais même, de mettre un truc type sur internet, on met un fichier WORD type avec des petits points qu'on imprime et qu'on remplit à la main quoi. Ouais, c'est ça quelque chose de vraiment hyper facile à mettre. Nous c'est ce qu'on a. C'est comme ça que je le remplis mon truc moi. Ça me permettrait de ne rien oublier et de ne pas faire de bêtises.»*

Un participant insiste sur son utilité du fait du caractère médico-légale pouvant être source d'angoisse pour certains médecins.

*M1 : «Mais, on en fait tellement que cela serait bien d'avoir un certif qui nous couvrirait aussi.»*

*M14 : «Oui, je pense. Parce que ça, c'est un truc que les généralistes...On n'est pas très, très bien formé à ça. C'est ce qui fait le plus peur aux jeunes médecins. On a toujours peur de faire*

*un certif. Donc, je pense que c'est intéressant.»*

Pour d'autres, les intérêts supplémentaires sont les conseils qui en découlent : sur la valeur de rédaction par le généraliste, l'importance des ITT et la notion de preuve avec la prise de photos.

*M2 : «Un certificat de coups et blessures avec quelques informations simples sur ce qu'on peut mettre, ITT son importance ? A mettre ou non ? On conseille de prendre des photos.»*

*M11 : «Les photos, je le dis aussi.»*

*M13 : «Par rapport aux certificats avec des ITT.»*

*M14 : «On n'a pas tous la chance d'avoir un médecin expert qui nous fait des certifs tout fait. Donc, c'est hyper important. Et puis, bien rappeler que les ITT sur cette fiche, il faut vraiment rappeler, on met ce qu'on veut, donc il faut mettre le plus, c'est hyper intéressant en fait.»*

La possibilité de notifier sa réalisation pour des troubles psychologiques est aussi évoquée.

*M13 : «On peut faire un certificat psychologique, c'est à dire, quand on a véritablement des reviviscences, des angoisses, des choses comme ça, avec tous les symptômes de dissociations... Donc, on peut faire un certificat qui est QUE psychologique sans forcément avoir... (sans finir, dans le sens des signes physiques) et ça c'est top. Mais moi, je ne le savais pas par exemple. Ça m'a pris quelques années avant de savoir qu'on pouvait le faire. Moi, je pensais qu'un certificat c'était vraiment coups et blessures même si le terme n'est pas bon. Alors que finalement, le certificat ça peut être aussi juste quelqu'un qui est angoissé, qui pleure, qui se fait mal, qui a des comportements de mise en danger et tout ça... Et ça montre bien qu'il y a lieu d'un psycho-traumatisme.»*

### **k) La place de l'agresseur**

Un généraliste propose d'aborder le sujet de la prise en charge des hommes en tant qu'agresseur, car il est souvent suivi par le même médecin traitant que la femme victime.

*M4 : «Et comment aborder le personnage ? Et des numéros vert pour les hommes aussi !»*

## **3. La diffusion**

### **a) Sensibilisation**

Comme énoncé dans la partie «outils idéals», pour une utilité de la fiche réflexe, il faut commencer par rappeler l'importance du sujet en diffusant la recommandation. Premièrement, pour ne pas méconnaître son existence, deuxièmement pour servir de rappel à sa réalisation.

*M7 : «Bah diffuser les recommandations HAS... Moi je pense que le début du problème c'est y penser. Déjà, nous rappeler que c'est un sujet important, c'est déjà vachement bien.»*

## **b) Système de rappel grâce à l'informatique**

Grâce à l'informatique, on propose l'utilisation des mails professionnels pour diffuser la fiche.

*M9 : «Des mails professionnels associés à l'HAS. Pourquoi ne pas faire un bilan relatif des adresses mails professionnelles. Par contre, il n'y a pas d'obligation de l'enregistrer... Donc tous les médecin ne sont pas ou plus à jour...»*

Ou de l'intégrer par un système de rappel dans le logiciel pour accroître sa fonctionnalité.

*M9 : «Des alertes dans mon logiciel.»*

*M11 : «Et un truc intégré dans le logiciel médical avec des questions, des scores. Des numéros qui sortent, quelque chose d'intégrée.»*

## **c) Accessibilité simple sur internet**

Un médecin suggère une accessibilité facilitée sur les moteurs de recherche, le jour où le professionnel sera confronté à la situation.

*M9 : «Et ça, les médecins ne vont pas lire, parce qu'ils n'ont pas le temps, ils s'orienteront le jour où ils seront face à... Ce qui m'est arrivée. Donc, tant qu'on n'est pas face à une situation compliquée, euh, on n'enregistre pas forcément l'information. Donc, donner facilement accès à cette information, aux médecins au moment où ils en ont besoin. Effectivement, là, sur internet, j'ai trouvé en deux secondes le 3919, parce qu'ils l'ont mis en évidence. Ça, ça m'a été utile.»*

On évoque une diffusion sur un site internet répertoriant les outils utiles en consultation ou sur la plate-forme AMELpro.

*M9 : «Donc à partir de là, pourquoi pas le faire passer par des systèmes de santé nécessaires comme AMELpro. qui est le logiciel avec lequel on travaille particulièrement. Quitte à faire aussi, ils ont des fiches préenregistrées pour certaines situations, mais du coup pourquoi pas faire par exemple une fiche en cas de suspicion de violences sur AMELpro.»*

*M14 : «Il y a un site qui est très bien qui répertorie tous les sites médicaux. Si vous arrivez à rentrer là-dessus, effectivement c'est une super idée.»*

## **d) Outil à travailler avec les autres professionnels de santé**

Un travail multidisciplinaire avec d'autres professionnels de santé semble nécessaire pour affiner l'outil du fait de la grande diversité des intervenants et l'état de connaissance actuel.

*M8 : «Moi, je veux bien qu'on me trouve une fiche, or je ne suis pas apte à savoir ce qu'il faut mettre. Peut-être que les psychologues ou des psychiatres seraient peut-être les plus à même de nous proposer différents modèles de fiche. Et que nous, on les essaie, on tire la meilleure.»*

## VI- Solutions apportées en terme de santé publique

### 1. Sensibiliser la population aux violences conjugales

#### a) L'importance de la sensibilisation

Les médecins sont en accords pour dire que la sensibilisation des femmes aux violences conjugales est la clé pour un meilleur dépistage.

*M3 : «L'information, pour moi c'est une bonne chose.»*

*M9 : «L'information est à faire par l'état, pour moi. Toute la question. On devrait encore une fois, pas forcément rentrer dans les détails, le but n'est pas de choquer, mais de rappeler régulièrement à l'esprit et à la mémoire que ça ne se fait pas. C'est facile d'oublier ce message-là. Il l'a forcément entendu un jour dans sa vie, mais ce message a été oublié. C'est le rappel qui marche chez les gens. Que ce soit le patient ou la population, c'est le rappel.»*

Elle permet également de cibler l'entourage qui assiste à la problématique.

*M5 : «Et puis, non seulement pour les femmes qui recherchent du secours mais aussi pour alerter l'entourage, faire prendre conscience.»*

Les informations transmises donnent lieu à une prise de conscience sur le fait de l'anormalité de leur situation et non de leur(s) faute(s). Ainsi, on les fait déculpabiliser sur leur condition et l'on fait porter la faute sur l'agresseur.

*M2 : «Améliorer l'information de la patiente. Bien lui faire entendre que ce n'est pas normal. Bien expliquer, notamment sur la violence conjugale, qui peut parfois être banalisée, expliquée et excusée par la patiente. Bien expliquer que ce n'est pas parce qu'il est énervé, pas parce qu'il est jaloux ou pas parce qu'il a bu, qu'il peut frapper ou être un tyran domestique. Mais c'est plus au niveau de la femme battue ou violentée, lui expliquer qu'il n'y a rien de normal et logique là-dedans.»*

*M10 : «Oui sensibiliser, parce que les victimes de violences conjugales, souvent culpabilisent et ont du mal à se positionner en victimes. Donc ça serait pour lutter contre ça. Ça montre la difficulté de prise en charge. Sensibiliser pour déculpabiliser les victimes.»*

De plus, on explique que les enfants sont les victimes collatérales des violences et qu'ils risquent également de reproduire le même schéma.

*M2 : «Bien leur expliquer que les enfants, qui vivent avec leurs parents, le voient, risquent de reproduire le schéma familial.»*

La sensibilisation met également en évidence l'accessibilité des solutions de prise en charge.

Elle montre aux femmes, qu'elles ne sont plus seules.

*M12 : «Rendre ça, un peu plus accessible... Fin, que les patientes, elles puissent ressentir qu'elles ont des outils accessibles.»*

Enfin, cela permet de marquer les esprits. Il n'existe pas de gradient social ou culturel évitant la stigmatisation. Tout le monde est concerné, d'où l'importance de l'utilisation des campagnes de sensibilisation.

*M12 : «Bah, peut-être un peu plus de publicitaire entre guillemets. Peut-être, comme on voit un peu plus pour les dépistages. Pour essayer de marquer l'esprit que cela peut concerner tout le monde, qu'il n'y a pas de population stigmatisée.»*

### **b) Utilisation des campagnes de sensibilisation**

L'ensemble des généralistes reconnaissent l'importance de communiquer et de sensibiliser avec les campagnes nationales.

*M3 : «Ça peut valoir le coup de faire une campagne : «Si vous subissez des violences, parlez-en avec le médecin, appelez 3919. Directement.»»*

*M10 : «Il faudrait que la caisse fasse une campagne de sensibilisation.»*

Ils désignent différentes méthodes de communication comme la télévision et la radiodiffusion. Cela permet l'utilisation de spots publicitaires et d'émissions pour faire passer les messages de préventions ainsi que les numéros clés (le 3919).

*M2 : «Améliorer l'information de la patiente. Que ça passe à la télé, spots publicitaires, émissions.»*

*M5 : «Il y en a déjà des numéros de téléphone dans les médias : «appelez le «...» en cas de détresse, d'urgence.»*

*M9 : «Toujours évidemment je pense qu'en France, faire des messages de prévention à la télévision... Qu'on le veuille ou non, à chaque fois il y a la télé. Autant les gens ne lisent pas forcément les publicités qui sont dans leurs boîtes aux lettres, mais par contre, la télévision ça reste un outil de communication principal en France.»*

*M10 : «Qu'il y ait des campagnes publicitaires, aussi bien à la télé, qu'à la radio.»*

On propose ensuite des affiches, fournies par les ministères concernés, ou des plaquettes à distribuer aux patientes.

M2 : «Affichages. Ce n'est pas à mon niveau de, changer les choses, sauf peut-être une plaquette à donner.»

M4 : «Des affiches par exemple, dans les cabinets médicaux. Aussi chez le gynécologue, pleins d'endroits où on s'occupe des femmes.»

M10 : «En termes de santé publique, il faudrait encore une fois qu'on ait des affiches fournies pas InVS, par exemple, ou par le ministère de la santé pour justement sensibiliser.»

M12 : «Des affiches.»

M14 : «Ouais bah déjà le 3919 et le faire afficher vraiment partout. En fait, je trouve qu'ils sont vraiment efficaces et qu'il n'y a pas besoin de passer par moi forcément. Enfin, un super numéro, il faut vraiment l'appeler, donc il faut vraiment le diffuser.»

On évoque également la possibilité de réaliser des conférences.

M2 : «Il faudrait faire des conférences pour leur expliquer que ce n'est pas naturel.»

Enfin, on propose des accès simples et rapides sur internet, dans les moteurs de recherche, pour aider les patientes mais aussi les médecins, avec la mise en évidence des informations essentielles comme le 3919.

M9 : «Le 3919. Donc par contre, je recommande, s'il y a quelque chose à faire au niveau médical, c'est quand même mettre en évidence au moins ce numéro de téléphone. Donc, donner facilement accès à cette information, aux médecins au moment où ils en ont besoin. Effectivement, là sur internet, j'ai trouvé en deux secondes parce qu'ils l'ont mis en évidence. Ça, ça m'a été utile.»

### **c) Rôle du médecin généraliste dans l'information**

La sensibilisation de la patiente passe aussi par le médecin généraliste lui-même.

M2 : « Que le médecin le dise. Moi, j'apporte l'info régulièrement.»

M6 : «Et nous, on est quand même acteur de proximité avec les gens et donc si l'on peut être un bon interlocuteur, il faut qu'on le soit, donc, il faut le dire.»

M7 : «Communiquer sur le fait qu'il y a des choses à faire, on peut rompre cette violence sans culpabiliser l'autre.»

Il est donc important que le praticien soit lui-même sensibilisé au sujet.

M3 : «Pour moi, le dépistage ce n'est pas suffisant ça pourrait être mieux. Informer les patients et les médecins.»

M13 : «De diffuser auprès des médecins généralistes.»

L'outil principal de communication en médecine générale, pour les participants, se trouve dans la salle d'attente avec la mise en place d'affiches.

*M4 : «L'information, faut qu'elle passe, parce que les femmes, elles ne sont pas forcément au courant des numéros de téléphone, faut qu'elles le sachent. Des affiches, par exemple dans les cabinets médicaux: «Vous êtes victimes de violence, appelez le ...»»*

*M9 : «Après, tout ce qui est publicité au cabinet pourquoi pas. Quand il y a des affichages... Mais après, pourquoi pas des affiches à mettre dans tous les cas au cabinet, ça aussi pour la communication, ça fait toujours des petits rappels.»*

On insiste sur le message : le généraliste est un interlocuteur de confiance.

*M2 : «Peut-être avoir une affiche dans le cabinet médical, rien qu'une seule pour montrer que le médecin est sensibilisé à ça.»*

*M6 : «Une affiche que l'on met en salle d'attente, de dire : «la prochaine fois venez seule, je suis sensibilisé, venez sans votre conjoint.» Moi, je pense justement que, tu vois cette affiche dans la salle d'attente, ça peut être bien aussi, comme cette petite phrase où l'on doit être sensibilisé en début de consultation ou en début de nouveau patient.»*

*M10 : «Aussi au cabinet, des sensibilisations par affiches. En signalant, qu'une femme peut en parler à son médecin traitant spontanément des violences conjugales.»*

Certains médecins proposent également de la documentation à disposition en salle d'attente.

*M2 : «Des feuilles dans la salle d'attente, documentations... Que ce médecin généraliste là, il est ouvert à la discussion concernant les violences.»*

*M9 : «Par contre maintenant qu'il y a le COVID, on ne laisse plus de prospectus en salle d'attente, donc c'est un outil en moins, ça c'est une certitude.»*

#### **d) Prévention et éducation en médecine scolaire**

Pour certains médecins, la prévention est le maître mot dans la lutte contre les violences. Elle se fait dès le plus jeune âge avec l'éducation.

*M1 : «De parler de la violence chez les femmes et les hommes qu'on a maintenant en miroir. Il y a un vrai travail sur la violence envers l'autre et jusqu'où on a le droit d'aller ? Et où est le stop ? La prévention ce n'est pas à nous de la faire, c'est déjà depuis l'école.»*

*M7 : «C'est aussi le dire très jeune. Je pense que la parole, c'est très jeune. Je pense que l'éducation nationale doit se majorer là-dessus. Ça ne va pas tout régler, mais je pense que c'est un rôle vraiment énorme. Je pense que c'est une éducation à faire beaucoup plus tôt chez les enfants, à l'école, ça me paraît hyper important l'éducation.»*

*M14 : «Je pense qu'après c'est sur l'éducation des jeunes dès l'école. Commencer, rabâcher tout le temps. Je pense qu'on n'a pas, euh, on n'a pas cette prévention sur ces gamins-là. C'est vrai franchement... On pourrait introduire ce genre de sujets beaucoup plus facilement que trop tard, une fois que le gamin il a vu sa mère se faire battre toute sa vie.»*

Pour eux, la médecine scolaire a donc son rôle à jouer.

*M1 : «Puis, il y a des problèmes de mauvaise éducation, il faudrait de la vraie prévention. Ça peut-être des consultations scolaires pour les filles et les garçons. Médecine scolaire qui doit passer : IST, contraception, le harcèlement sur les réseaux sociaux... Des garçons qui ne comprennent pas : «J'étais juste amoureux.»»*

*M14 : «On pourrait parler aussi avec l'infirmière scolaire, pourquoi pas. Elle même pourrait détecter des problèmes à la maison, si le gamin il dit : «bah ouais, ma mère, elle se fait frapper.»»*

Les participants demandent également l'adaptation des programmes de l'éducation nationale, notamment avec l'ajout d'un module dans les cours d'éducation civique.

*M4 : «C'est une question d'éducation. Exemple de l'histoire à l'école, c'est que des hommes en général qu'on apprend.»*

*M14 : «Je sais que les profs ont beaucoup à faire, ce n'est pas la question. Mais parce que... Par exemple en éducation civique, pourquoi ne pas introduire le sujet ? C'est hyper intéressant et euh, peut-être que ça remettrait des choses, en place.»*

Cela pourrait permettre de rompre le schéma familial et culturel.

*M7 : «Aussi, il y a les aspects culturels qui jouent, aspects familiaux... Je pense qu'il y a des cycles à couper. Je pense que l'éducation le permet. Il y a des petites choses aussi, apprendre à un enfant à dire non. L'éducation.»*

*M14 : «Mais je vous parle des gamins, où c'est juste un manque d'éducation ou parce qu'à la maison, c'est déjà comme ça.»*

On défait ainsi les grandes aberrations et croyances véhiculées dans la société sur la place de la femme.

*M4 : «C'est tellement entré dans les mœurs... Surtout sur le milieu hospitalier. Milieu extrêmement misogyne, où nous sommes des «utérus sur pattes». Mais, on dit rien et c'est pas normal.»*

*M9 : «La population générale n'est pas très à jour de ce qui est toléré dans le couple. Mais j'ai été choqué d'un présentateur télé, qui avait considéré qu'il n'existait pas de viol à partir du moment où les gens étaient mariés. Ça, ça m'a choqué. C'est passé sur une chaîne de grande écoute. Si cette personne, qui était là, présentateur sur une émission de grande écoute, n'avait pas conscience que c'était possible, ça veut dire que la population générale n'en a pas*

*conscience non plus. Ça reste dans les mœurs, et là du coup, il faut travailler sur ça.»*

*M14 : «Et ne pas laisser passer certains comportements qui à mon avis ne sont pas voilà... euh.... Je m'en rappelle moi déjà au collège, lycée, il y a avait des gamins qui avait des comportements pas forcément... (dans le sens réglementaires), envers les femmes.»*

Pour les praticiens, c'est un combat qui concerne aussi bien les hommes que les femmes.

*M1 : «Même chez les filles, certains discours : «Je suis une bonne femme, la maison est toujours propre et je fais à manger.»»*

*M4 : «C'est un combat. Et, il y a beaucoup d'hommes qui prennent conscience aussi, que le travail se fait sur les deux.»*

*M7 : «L'enfant, homme ou femme, je pense que c'est la même problématique ou très proche.»*

## **2. Formation des professionnels de santé**

### **a) Formation magistrale sur la spécificité des violences**

On rappelle que la plupart des médecins généralistes ne sont pas formés aux violences conjugales au cours de leurs études.

*M5 : «Moi, dans les études, on a rien eu de ce côté-là.»*

*M8 : «Je pense qu'un médecin généraliste lambda, ne sait pas prendre en charge, ça demande réellement une formation. Ça demande de prendre du temps, de l'investissement.»*

Un généraliste, maître de stage, qui réalise le dépistage systématique fait le même constat chez les internes.

*M13 : «Parce que du coup à chaque fois que je vois mes internes, ils sont ébahis de ce que je leur explique. Chaque semestre, alors c'est chouette parce que du coup au moins ça leur ouvre un pan du truc, mais c'est super dommage que ce ne soit pas dans les modules de la fac.»*

Pour eux, Il est donc impératif d'avoir des formations pour connaître la prise en charge et permettre de dépister plus facilement.

*M3 : «Formations pour les médecins pourquoi pas. Pour savoir comment agir. Et comment dépister en premier, c'est pas toujours évident.»*

*M9 : «Après, proposer des formations aux médecins, éventuellement ça oui. Parce que pareil, un médecin qui a été formé se sent plus capable de prendre en charge, donc le dépistera plus facilement.»*

*M15 : «Enfin, c'est comme tous les problèmes de santé, comme toutes les maladies, il faut de*

*la formation.»*

Deux médecins insistent sur la prise en charge psychologique et sur la neurophysiologie des violences conjugales ainsi que ses mécanismes (l'emprise, la dissociation, la mémoire traumatique ou l'ambivalence), qui provoquent encore beaucoup d'incompréhension chez les généralistes.

*M1 : «Je pense qu'il faudrait une formation, parce qu'on est pas formé niveau psy. Pas formé à l'accompagnement psy. On n'est pas des psys, mais on ne nous apprend pas à gérer ça. On nous apprend les démarches administratives, les traitements mais pas ce qui est management du patient.»*

*M13 : « Expliquer ce que c'est que la dissociation. Tous les mécanismes neurophysiologiques qu'on connaît maintenant.»*

### **b) Intégration dans les modules de 3eme cycle des études médicales**

On propose différents moyens et types de formation. Un praticien insiste sur l'intégration du thème dans la formation universitaire, module manquant dans les études.

*M13 : « Sur la Fac, il n'y a pas de modules liés à ça et sur la transversalité des cours qui sont donnés pour les internes. Du coup c'est abordé ponctuellement... Du coup, ça dépend de l'enseignant. Mais je trouve qu'il faut une formation universitaire, ça devrait être enseigné et je suis très déçue que ça ne le soit pas. Ce n'est pas inscrit dans le programme national.»*

Il suggère ainsi de l'intégrer dans le troisième cycle des études de médecine, chez les internes.

*M13 : «Quand j'ai essayé de le mettre chez les internes, on m'a clairement dit non. Et ils m'ont dit que ça doit être fait dans l'enseignement de deuxième cycle. Et du coup, en parler plutôt quand ils sont externes, je trouve que c'est beaucoup moins concret.»*

Cela, permettrait de sensibiliser un maximum de généralistes, puisque la formation des internes serait diffusée également aux maîtres de stages.

*M13 : «J'ai des médecins, les maîtres de stages, au fur et à mesure, ils emmènent tout ça. Donc ça serait une façon eux de les nourrir et de nourrir aussi les autres. Je suis sûr qu'il faut partir de la base, mais c'est compliqué.»*

Mon intervention dans le cadre de cette étude a d'ailleurs sensibilisée les participants à la problématique des violences.

*M6 : «Rien que d'en parler, je me rends compte que je pourrais le faire beaucoup plus fréquemment que je le fais déjà. Donc, c'est quelque chose que je vais prendre peut être déjà*

*maintenant, le fait que tu m'aies sensibilisée. Sensibiliser les médecins.»*

*M7 : «Je pense déjà que venir m'interroger sur ce sujet-là, me rappeler qu'il y a une recommandation de l'HAS et qu'il faut essayer d'être systématique... Et nous, si l'on peut faire un peu bouger les choses, oui rappeler que oui, il faut y penser.»*

*M11 : «Non, il faut du rabâchage comme ça, (en parlant de notre entretien). Ne pas oublier de penser à ça. Sensibiliser les médecins au dépistage des violences conjugales. Pourtant, je suis une femme, mais je n'y pense pas de façon systématique.»*

*M12 : «Pour essayer de marquer l'esprit que cela peut concerner tout le monde. Qu'il n'y a pas de population stigmatisée. Essayer de rendre ça un peu plus accessible.»*

### **c) L'importance de la formation médicale continue**

On propose d'intégrer le sujet dans plus de revues médicales.

*M7 : «Peut-être de temps en temps un point flash dans les revues de médecine générale.»*

Un médecin soumet un autre type d'apprentissage, avec la formation par des cas pratiques et des mises en situation.

*M1 : «Des vrais formations, pas faites de manières magistrales ou des recommandations, des vrais formations sur des cas pratiques, mises en situation.»*

Celle-ci, est plus adaptée dans le cadre de groupes d'échanges de pratiques et des groupes de pairs.

*M1 : «Des échanges de pratiques ou des partages, des groupes de pairs. Encore faut-il que cela soit des groupes où les gens n'aient pas honte de parler. De dire : «Je ne sais pas où j'ai fauté», parce qu'on rate tous».*

On mise également sur la proximité des intervenants sur la zone d'exercice du médecin pour informer des acteurs locaux, faisant partie d'une équipe pluridisciplinaire.

*M1 : «Il faut des formations où on est accompagné par du médical et du paramédical.»*

*M13 : «Et puis, de faire une solution un peu locale. En disant les références que vous pouvez avoir c'est ça, ça, ça. Il y a des références nationales et puis sur le plan local, vous avez telles ou telles associations par exemple SOLFA.»*

Deux généralistes parlent également d'expériences positives lors de la participation aux congrès de médecine générale et dans le cadre de la formation médicale continue (FMC).

M5 : «Après, il y a deux ans, j'ai participé à une formation dans le cadre d'un congrès de médecine générale et là, il y a eu une intervention très bien. Plus sur la prise en charge : problèmes d'inceste et de violences chez les femmes en générale... Et le fait de poser simplement la question, on est surpris des réponses, elles peuvent être vraiment surprenantes.»

M13 : «Pour favoriser justement le repérage auprès des médecins généralistes, par l'intermédiaire d'un congrès de médecine générale, on avait eu la chance d'avoir le Docteur Muriel SALMONA qui était venue faire une intervention devant deux cents médecins généralistes. Donc, j'étais trop contente, des formations pour des structures de formations médicales continues sur les violences, dépistage des violences...».

Pourtant, un participant considère que les FMC risquent de sensibiliser les médecins déjà dans l'optique de le faire, puisqu'ils peuvent choisir les cours auxquels ils participent.

M11 : «Parce que ça va sensibiliser qu'une petite tranche.»

### **3. Renforcement des structures d'accueil et d'orientation**

#### **a) Des accès gratuits et subventions des structures associatives**

Un praticien accuse l'état de décharger la responsabilité de prise en charge sur les associations, ces dernières étant souvent le principal recours pour les patientes et les médecins.

M15 : «Tu vois, souvent c'est les associations qui les aident. Tu vois, qui peuvent les accueillir, logements d'urgence et tout ce n'est pas...Je pense que bah ouais, l'état se décharge un peu de ces choses-là. Tu vois, là aussi il faut des places, souvent c'est les assos qui gèrent ça.»

Pour lui, il y a urgence à réagir, en donnant les moyens et les fonds nécessaires aux associations, en majorant les subventions de l'état.

M15 : «Mieux subventionner les assos qui gèrent les situations de crises et d'urgence quoi... Vraiment, il faut exfiltrer la victime. Il faut des moyens quoi... Parce que tu vois, ceux qui font ça, ils font du bénévolat la journée ou quoi. Ce genre d'asso, ça repose sur pas beaucoup de personnes ils font un travail énorme... Quand il y a quelqu'un qui lâche, ça repose sur pas beaucoup de personnes avec beaucoup de volonté... Il faut de l'aide de l'état quoi.»

De plus, il faut permettre l'applicabilité de la recommandation. Pour cela un généraliste pense à l'accessibilité de la prise en charge par la gratuité des soins.

M10 : « La possibilité de lui donner des accès gratuits. Prise en charge par la caisse de psychologues.»

## **b) Création de structures d'urgence comme un SAS de sécurité**

Les médecins appuient sur la création de structures d'urgence comme un SAS de sécurité.

*M4 : «Il faudrait un SAS de sécurité. Parce que vraiment quand ça ne va pas, qu'elles sont tabassées, si elles doivent se sauver, dans ce cas-là, où est-ce qu'elles vont ?»*

*M15 : «Je pense qu'il n'y a pas, il n'y aura jamais des services à l'hôpital pour ces cas-là. Tu vois, souvent c'est les associations qui les aident, qui peuvent les accueillir : logements d'urgence et tout ce n'est pas....»*

On suggère un SAS dans le cadre d'un foyer ou d'une structure pluridisciplinaire spécialisée dans les violences.

*M4 : «Maison de la femme en urgence ça, ça serait géniale. C'est pouvoir faire un signalement tout en étant protégé. On n'a pas peur, mais si le mari sait qu'on a fait un signalement, on ne sait jamais ce qui peut arriver. Mais être protégé de ce côté-là, en ayant vraiment une structure solide... On en a pas encore ce genre de structure.»*

*M8 : «Bah à mon avis, sur des femmes battues qui ne savent pas où aller avec leurs gosses, il faudrait faire des maisons d'accueil avec une équipe qui les prennent en charge.»*

## **c) Création d'un réseau ambulatoire pluridisciplinaire**

Le généraliste ne doit pas rester seul pour la prise en charge des violences conjugales.

*M1 : «Et qu'on soit plusieurs, on ne peut pas gérer ces patientes seule. On peut les gérer pour pleins de trucs, mais pas ça toute seule. En consultation, on ne va pas travailler sur l'estime personnelle, sur le positionnement social, familial. Ce n'est pas notre rôle. Retourner à notre métier de médecin et pouvoir la suivre sur le physique et le psychique, et rebasculer la patiente pour qu'elle ait toute la partie autre que le somatique et psychique.»*

D'où l'intérêt d'un réseau spécialisé aux violences conjugales. Les participants proposent d'y intégrer une équipe mobile pluridisciplinaire pour permettre un relais ambulatoire avec une dimension sociale, juridique et psychique.

*M1 : «Qu'on ait de vrais réseaux avec des paramédicaux, des psys et psychiatres. Parce qu'il y a tout un travail à faire. Que ces femmes, qu'elles sortent de l'emprise, prennent de l'autonomie, travaillent sur leur estime personnelle.»*

*M10 : «Il faut que ce soit une prise en charge pluridisciplinaire par contre. Tout seul, on ne peut rien faire. Pourquoi pas la création de réseaux ?»*

*M12 : «Après, je pense que c'est pareil, il ne faut pas rester seule en tant que praticien et voir comment on peut faire à plusieurs.»*

Ils insistent sur le besoin d'un recours rapide, simple et accessible pour les démarches administratives.

*M1 : «Toujours créer ce réseau, mais rapide : convocation et visite. Recours rapides, où elles ne se sentent pas seules. Un réseau qui les convoque dans les 2/3 jours pour poser la situation individuelle de la patiente : pour ce qu'elle prévoit de faire, comment faire, pour pouvoir les aider et comment réaliser la demande de la patiente.»*

*M10 : «Mais je me méfie toujours parce que c'est d'une lourdeur administrative incommensurable... Donc, il faut que ce soit simple.»*

#### **d) Création de structures spécialisées à la spécificité des violences conjugales**

En association aux réseaux, les médecins trouvent une importance à la création d'une structure solide pour la prise en charge pluridisciplinaire et spécialisée des violences : un centre multidisciplinaire avec des professionnels formés sur la spécificité des violences, semble adapté pour accompagner les patientes dans leurs démarches.

*M1 : «Pour tout ce qui va être soutien psychologique, social, financier, sanitaire, il faudrait qu'on ait une sorte de structure sur qui on pourrait rebasculer et gérer ça. Je pense qu'il faut vraiment du travail avec les psys et assistantes sociales. C'est du social, c'est un enjeu collectif.»*

*M4 : «Ce qu'il faudrait, c'est qu'on ait vraiment une structure solide pour dire : «Cette femme-là, on déclare, on fait un signalement et après, c'est plus nous.» Donc, si c'est des acteurs sociaux, etc... Ça serait bien. En ayant vraiment une structure solide. On n'en a pas encore de ce genre de structure : foyers, assistantes sociales... C'est très flou encore.»*

*M8 : «On a qu'à faire des maisons d'accueil. On a qu'à faire au moins une structure.»*

*M11 : «Un centre.»*

Les praticiens pourront ainsi, à chaque situation, travailler et adresser leurs patientes vers ces structures. Ils pourront donc se recentrer sur l'aspect médical de la prise en charge.

*M1 : «Nous, on est un relais pour les renvoyer vers des gens qui sont compétents. Quand on est épaulé, ça dilue la responsabilité et recadre le patient au milieu de la prise en charge. J'ai fait mon taff de médecin généraliste. Et que nous, on continue à gérer la patiente sur tout ce qui va être médical : les syndromes anxieux, l'accompagnement...»*

#### **e) Création d'un lieu d'échange et de partage comme une maison de la femme**

Certains participants abordent la création d'une maison de la femme, plutôt comme un lieu d'informations sur toute la problématique se rapportant à la féminité et pas forcément spécifique à la violence conjugale.

*M1 : «Comme on a rien, il faut centraliser, genre une maison des femmes.»*

*M2 : «J'avais une idée aussi, la création d'une maison des femmes qui serait un lieu réservé aux femmes. Où elles auraient toutes les informations concernant les violences, contraception, inégalités salariales, comment faire quand on divorce, avoir un logement... Qui saurait informer sur toute les problématiques féminines.»*

*M4 : «Une structure comme la maison des femmes.»*

Cela pourrait s'organiser avec les mairies au niveau du CCAS de chaque ville.

*M2 : «Il faudrait, peut-être, dans chaque maison au niveau du CCAS, un lieu, un service dédié aux problématiques féminines. Créer un lieu dédié à ça. Avec des assistantes sociales qui soient briefées là-dessus dans chaque mairie.»*

Pour éviter d'étiqueter l'endroit comme un centre de difficultés sociales, avec seulement les aspects péjoratifs, on propose d'y apporter une dimension culturelle.

*M2 : «Un lieu qui ne soit pas marqué aux yeux de tout le monde. Un lieu culturel. Il y a un tout, pas que du péjoratif. Particularités de la maternité, conception, fatigabilité... Un lieu sans qu'elle soit étiquetée quand elle rentrerait. Que ce soit un lieu d'information, d'offres d'emplois, d'activités, d'associations.... Qu'elle puisse y aller sans qu'on lui dise : «bah pourquoi tu es allée là-bas ?».»*

Un des bénéfices thérapeutiques attendus par les généralistes grâce à ce type de structure, est la mise à distance du foyer de la patiente. Cela, permettrait de la faire sortir de son quotidien pour se ressourcer et réfléchir à sa situation.

*M4 : «Pas forcément pour quitter le domicile. Mais par exemple, si elles restent, avoir une journée ou le week-end pour qu'elles se ressourcent et qu'elles arrivent à réfléchir à la situation. Parce que quand elles sont toujours dedans, elles n'ont qu'une peur, c'est de se faire tabasser ou d'avoir du harcèlement. Elles, c'est la survie. Donc, les sortir un peu de là, pour qu'elles puissent réfléchir un peu à la situation et leur avenir.»*

On additionne à cela, le bénéfice de l'écoute, de parler simplement avec quelqu'un qui puisse la comprendre et l'aiguiller sur la situation, lui permettant ainsi de retrouver de l'assurance.

*M4 : «Il faudrait quelqu'un de l'extérieur pour leur dire : «Mais non, vous êtes victimes.» Mais juste une journée par semaine, avoir quelqu'un à qui parler, se détendre, du bien-être. Je pense que ça cela serait bien. Et il faut énormément de temps pour récupérer de l'assurance. Même après, quand elles sont séparées... Ça devient normal à la fin. C'est pour ça, les faire sortir une fois par semaine de ce milieu-là, comme je disais tout à l'heure, pour leur faire reprendre confiance. Ça prend du temps, pas du jour au lendemain.»*

## **4. Renforcement de la prise en charge psychologique**

### **a) Consultations psychologiques remboursées par la CPAM**

Un généraliste suggère qu'on permette des soins gratuits en psychologie pour une accessibilité à toutes. Pour lui, si les consultations de psychologie étaient remboursées, il serait légitime de les proposer à toutes les femmes en consultation, quelle que soit sa situation financière.

*M10 : «Des consultations remboursées par la caisse, c'est important. On vit dans une société où on évolue, il y a des belles choses qui sont faites. Là, je ne sais pas si t'es au courant mais maintenant les préservatifs sont remboursés. Et le fait que cela soit remboursé, même moi, j'ai changé mon attitude à chaque fois que j'ai un ado, bah je lui propose.»*

### **b) Prise en charge psychologique adaptée à la violence conjugale**

Pour un participant, il est fondamentale d'avoir une prise en charge complète sur les vécus traumatiques des violences et sur les phénomènes d'emprise, spécifiques aux violences conjugales. Il considère que les professionnels intervenants doivent être formés spécifiquement sur ces violences pour permettre un travail adapté sur la mémoire traumatique, sur l'estime de soi et une reprise d'autonomie.

*M1 : «Qu'il y ait tout un travail à faire, pour que ces femmes sortent de l'emprise, prennent de l'autonomie, travail sur leur estime personnelle. En consultation de médecine générale, on ne va pas travailler sur l'estime personnelle, sur le positionnement social familial.»*

### **c) Encadrement psychologique pour les médecins**

Un praticien propose également un encadrement psychologique pouvant être réalisé lors des formations, pour que les médecins apprennent à se protéger du transfert des émotions liées à leurs patientes.

*M1 : «Et des formations avec des psys... Notamment, qui nous apprennent à nous protéger. Mais qu'on ait des choses pour nous servir de rempart parce que le transfert se fait très vite. Et surtout quand on est une femme, parce que par moment on douille, on s'inquiète pour la patiente, pour qu'elle fasse les démarches. Et nous nous protéger.»*

## **5. Renforcement du système judiciaire**

### **a) Des recours rapides et efficaces**

Un participant accorde une attention particulière sur le changement du système judiciaire.

*M7 : «Je pense que c'est surtout la justice à améliorer, sur la prise en charge.»*

Il encourage d'ailleurs les changements récents dans sa localité avec un système de justice plus direct : le procureur est sollicité directement après une main courante et les mesures d'éloignements sont directement mises en place. Cela permet au généraliste d'appuyer son discours pour l'initiation de la prise en charge de sa patiente.

*M7 : «On est aussi dans une région où, il y a quelques années, il y a quand même eu une mise en place de pratiques par rapport aux violences conjugales. Au niveau justice, dans le Douaisis, quand tu as une main courante, cela va directement au procureur. Ça commence peut être à être le cas ailleurs. Il y a vraiment une prise en compte judiciaire de la problématique. Ce qui aide pas mal dans le discours pour essayer d'accompagner ses patientes. C'est quand même quelque chose, je pense que c'est une avancée majeure.»*

La nécessité de démarches directes et rapides, est appuyée par d'autres médecins.

*M1 : «Quand je veux l'orienter, je veux qu'on convoque la patiente dans les jours qui suivent pour pas que la démarche tombe à l'eau, qu'elle se décourage.»*

*M2 : «On aimerait que ça aille plus vite. Que le mec soit entendu plus vite.»*

*M10 : « Et surtout, qu'elle puisse être contactée rapidement.»*

Cela mettrait la patiente en confiance pour oser franchir le pas de la dénonciation.

*M7 : «Et pour les femmes, c'est peut-être aussi plus facile d'oser parler. Sachant que de un, ça devrait être pris en compte et de deux, derrière il va vraiment y avoir des choses qui vont être mises en place, des mesures.»*

### **b) Signalement administratif et création d'une information préoccupante**

Des généralistes proposent de faciliter les démarches avec la création d'un signalement administratif. Il permettrait des recours plus rapides et plus efficaces avec une facilitation d'entrée dans les structures adaptées pour la prise en charge.

*M1 : «Je pense que c'est comme les enfants, qu'il faudrait une sorte de signalement un réseau, qui redonne et dispatche la tâche. J'ai saisi le procureur pour signaler un enfant et j'ai envoyé un mail, cela ne m'a pas pris beaucoup de temps.»*

*M10 : «Et pour la prise en charge, ça serait bien que la personne s'investisse avec nous et pourquoi pas, faire comme le COVID, un signalement sur un site. Pour que la personne puisse être contactée par l'assistante sociale de la caisse, avoir une psychologue, ça serait bien ça.»*

Un praticien propose de créer une information préoccupante avec la possibilité d'une évaluation de la situation, sans caractère d'urgence et au même titre que chez l'enfant.

*M6 : «Ça je pense, sur l'orientation, dire : «Oui, il faudrait qu'elle soit vue». Pour essayer de sécuriser un peu l'environnement, quand il n'y a pas d'urgence absolue. Ça, je pense qu'on peut le faire mais sans trop en dire non plus. Dire : «Là, il y a une situation à risque, il faut qu'elle soit évaluée par des acteurs compétents».»*

### **c) Sensibiliser les forces de l'ordre**

Un participant considère que les forces de l'ordre doivent se former à l'écoute, à la prise en charge et être sensibilisés à la spécificité des violences conjugales.

*M4 : «Voilà, il faut que la police les écoute, ça c'est important. Quand elles appellent pour dire qu'elles se font tapées dessus, ils ne viennent pas toujours. Donc ça aussi, il y a du changement à faire... : «Vous êtes sûr que ce n'est pas mérité ?» Mon dieu ! (air exaspérée) Ça se dit encore. C'est en train de changer c'est bien, mais il y a encore des choses à faire.»*

### **d) Majoration des sanctions**

Le manque de sanction des agresseurs est pointé du doigt par les généralistes.

*M2 : «Et qu'il y ait plus de conséquences.»*

*M4 : «Tant qu'il n'y aura pas de sanction, le mec reste intouchable.»*

Un médecin rappelle l'importance des mesures d'éloignement. Il insiste sur le départ du domicile de l'agresseur et non celui de la victime, pratique déjà utilisée dans sa localité.

*M7 : «Sur ce qui est fait dans le Douaisis, la femme est la victime, c'est l'homme qu'on écarte. Ce qui n'est pas le cas ailleurs. Ou, s'il y a une problématique, c'est pas la femme qui va être mise dehors, mais l'homme qui va être éloigné avec des mesures d'éloignement.»*

### **e) Protection des enfants**

Le dernier point abordé par un praticien est sur le thème judiciaire, est la place des enfants lors des périodes de séparation. Il est primordial de protéger les enfants.

*M4 : «C'est protéger les enfants. Oui, ça aussi, parce que partir, divorcer, elles savent que, bah... Si c'est une garde alternée, elles savent que cet homme va garder les enfants pendant une semaine. Qu'est-ce qu'il va faire avec eux ?»*

## 6. Prise en charge du bourreau

### a) Un meilleur dépistage

On propose de mieux dépister les agresseurs.

*M2 : «J'ai pensé aux bourreaux. Déjà, les détecter.»*

### b) L'accompagnement et l'éducation

On rajoute à cela, le besoin d'accompagner le conjoint pour sa prise en charge et son éducation vis à vis de la violence.

*M7 : «Quelqu'un à accompagner pour changer sa pratique, sa façon de faire, etc... Pour permettre d'arrêter les violences et bien sûr, si ça va trop loin, il y a aussi l'action de la justice en plus. L'homme, certes est violent, mais on essaie de l'accompagner pour calmer le jeu.»*

L'éducation pourrait passer par la réalisation de fiches explicatives pour les sensibiliser à ce que l'on peut et ne peut pas faire.

*M2 : «Et surtout créer des fiches pour leur expliquer ce qu'il a le droit de faire ou non, faire un point sur ce qu'on ne peut pas faire en couple. Avec cette culture du machisme endurée... Que ses actions sont répréhensibles. Quelque chose pour informer «les mâles dominants» perdus.»*

On rappelle l'importance de l'écoute. Même si les violences sont impardonnables, il faut essayer de comprendre. Pour un généraliste, la solution est d'aider les deux.

*M4 : «Parce que la violence faites aux femmes, ce n'est pas tout blanc tout noire. C'est aussi que lui, est peut-être très mal aussi. Il a peut-être besoin d'aide aussi. Donc, il faut l'écouter pour essayer justement de comprendre : «Comment ça se fait que vous êtes irritable avec votre femme ou que vous ne la comprenez pas ?». Il faut aussi essayer de comprendre, même si parfois c'est incompréhensible. Il faut essayer d'aider les deux à la limite.»*

## VII- La levée du secret médical

### 1. Suscite de nombreuses interrogations

#### a) Pas d'avis tranché

La levée du secret médical en cas de péril fait débat et suscite beaucoup d'interrogations.

*M2 : «Est-ce qu'on a le droit ou pas, c'est à double tranchant. Ça serait lever le secret médical ? (Hésitant dans sa réponse)»*

*M7 : «Bah ça fait partie toujours des débats... C'est à dire à partir du moment (en réfléchissant), c'est vachement compliqué...»*

*M10 : «C'est une arme à double tranchant (ton ironique). C'est bien et ce n'est pas bien parce qu'à la base quand même euh... (sans finir sa phrase).»*

Certains médecins ne se prononcent pas en raison du caractère nouveau de cette situation, attendant d'avoir les tenants et les aboutissants pour trancher.

*M2 : «C'est quelque chose de violent, il n'y a pas de réponse pour l'instant.»*

*M8 : «Il faut voir, la loi, les détails. Là, je n'ai vraiment pas d'opinion. Connaître les limites de la divulgation du secret médical... Pas assez d'élément pour me prononcer. Lever le secret professionnel quand on pense qu'il y a réellement des violences conjugales, peut-être que oui mais donnez-moi les limites de cette loi.»*

Du fait du manque d'expérience, il est complexe pour les participants de se projeter et d'avoir une opinion.

*M5 : «C'est délicat, je n'ai pas eu encore de cas concrets. Mais c'est difficile de se projeter sans exemple.»*

Un médecin éprouve même des difficultés à concevoir cette situation, où une patiente vient nous parler et refuse la prise en charge, au point d'aller agir à sa place contre son grès.

*M12 : «C'est à dire qu'elle a quand même consulté pour nous le dire, qu'elle était en souffrance. Je pense que les dames qui ne veulent absolument pas que cela se sache, je ne pense pas qu'elles viennent consulter pour le dire. Après, si elles viennent et qu'elles me le disent et ne veulent pas qu'on le dise...(en réfléchissant). Après, j'ai du mal à visualiser cette situation.»*

Selon certains généralistes, la « négociation » est toujours possible.

M2 : «*Si elle ne veut pas, c'est qu'elle a une crainte derrière. Peut-être l'inciter plus, en lui donnant les personnes qu'elle va pouvoir aller voir ou autre.*»

M12 : «*Tout ça, je pense qu'il faut essayer de jouer avec notre relation de confiance justement et essayer de négocier. Après, j'ai du mal à visualiser cette situation. Quelqu'un qui vient demander à l'aide et qui bah non... Je pense qu'il y a toujours moyen de négocier.*»

### **b) Questionnements sur le mode de fonctionnement**

Les principaux questionnements, sur la potentielle levée du secret médical, sont sur son mode de fonctionnement et sur les intervenants clés.

M2 : «*De façon à faire quoi ? Qui interviendrait dans cette histoire ? Ce serait à l'encontre de la volonté de la femme... C'est à réfléchir. Et à partir de quel moment il faudrait lever ? Et surtout vers qui, la justice ? On la préviendrait par mail ?*»

M6 : «*Avec qui comme interlocuteur ?* »

M14 : «*La dame n'est pas d'accord, mais je sais qu'elle est en péril imminent, donc je vais quand même faire une déclaration, mais à qui ?*»

### **c) Questionnements sur la définition du péril imminent**

De plus, les généralistes jugent complexe de cadrer la définition du péril imminent. Les violences peuvent être réalisées sur un coup de folie. De plus, une femme qui ne veut pas parler ou qui se met sous son meilleur jour lors d'une consultation, rend difficile la détection.

M11 : «*Sachant que c'est difficile de savoir péril imminent, c'est quoi ? C'est parce qu'il y en a qui font des menaces, des menaces de mort, qui dise ça et qui... on n'arrive pas... Comment juger est-ce que c'est un péril imminent ou pas ? C'est toujours un péril imminent quelque part. Une première fois ça peut voilà... et la deuxième fois, ça peut être direct... (d'un air du style devenir très grave). On ne peut pas savoir combien, fin, comment ça va évoluer. Dans tous les cas, ce n'est pas normal. Sur un coup de folie.*»

M15 : «*Tu crois que tu peux réellement évaluer un risque suicidaire ? Est-ce que tu crois que tu peux évaluer réellement un péril imminent de violences conjugales ? C'est flou. Est-ce que le gars, il picole ce jour-là, ou non ? Est-ce qu'il a arrêté de picoler, ou non ? Tu ne vas pas passer une semaine chez eux pour voir comment ça se passe. Ce que tu vas en voir en fait, ce n'est pas grand-chose. En fait, si elle n'a pas envie de parler ce jour-là, en soit elle va te dire : «Non, ça va, ça va mieux.» Et tu la revois avec un coquard... Tu ne sais pas. Les limites, c'est l'appréciation, comme partout. Tu vois, l'appréciation du danger de péril imminent.*»

### **d) Questionnements sur les intervenants concernés**

#### **1. Sort du cadre des compétences d'un généraliste**

Outre la difficulté à définir le cadre de péril imminent, ils considèrent que ce n'est pas leurs rôles de l'appliquer. Cela, deviendrait un jugement de valeurs et sortirait du cadre de leurs

compétences (de juger et d'apporter des preuves).

*M1 : «On se retrouve à juger une situation où ça devient un jugement de valeurs et plus une vraie situation de fait concret.»*

*M6 : «Parce que c'est juste un jugement, alors est-ce que notre jugement est bien fondé ? Est-ce que c'est à nous de le faire ? Nous, on rapporte simplement, on constate alors...»*

*M13 : «Et en même temps du coup, ça impose sur nous une véritable responsabilité. C'est à dire, il faudra qu'on soit sûr, entre guillemets, des faits et pour autant, je ne suis pas enquêtrice.»*

Ils ont peur de relayer une mauvaise appréciation de la situation et craignent de faire un signalement trop tôt, avec le risque de ne pas avoir assez d'éléments de preuve pour inculper l'agresseur.

*M8 : «Il faudrait savoir réellement s'il y a violence. Ce n'est pas parce qu'on a une personne qui va venir avec des hématomes de partout et qui dit que c'est son mari qui l'a battue. Est-ce que réellement elle est battue? Nous on n'a pas assez d'éléments quoi. Faut voir, qu'est-ce que ça veut dire de lever le secret médical. Moi, je ne sais pas, je peux tout imaginer. La dame elle est tombée, son mari la trompe, il n'y a pas de violences et elle veut se venger. Elle vient me voir : «Mon mari me bat», alors que c'est peut être totalement faux. On ne sait pas. Et puis, je fais un signalement et on s'aperçoit que la dame a menti. Moi je serais plutôt dans l'embarras quoi. En tout cas, c'est pas à nous de faire le signalement.»*

*M13 : «Mais après, peut-être que j'aurais plus de réticences dans une situation qui pour l'instant est à peu près contenue. Parce que je vais me dire, là si on n'a pas assez de matos pour que l'autre il soit totalement éloigné de la patiente... J'aurais trop peur pour elle je pense.»*

Un participant pense également aux retombées judiciaires qui s'en suivent.

*M5 : « Il ne faut pas que cela se retourne contre nous.»*

## **2. Responsabilité des forces de l'ordre**

Un généraliste considère que le gouvernement défausse la responsabilité sur les médecins.

*M10 : «Donc, tu vois ça prouve bien que le gouvernement ne prend pas ses responsabilités, se décharge sur nous, comme d'habitude.»*

Pour un autre, c'est en effet à la police de juger du péril imminent. Elle est souvent le premier intervenant dans les situations d'urgence. De plus, elle a un impact réel par la protection des patientes, en les mettant à l'abri et en intervenant directement sur l'agresseur pour l'empêcher de nuire.

M15 : «Je veux te dire, s'il y a un cas de péril imminent, moi je pense que tu peux aller chez les flics, ouais. Mon mari veut me tuer, tu vois, voilà. Moi, je ne pense pas qu'un jour, je vais voir une dame qui va venir me voir et va me dire : «Mon mari a essayé de me planter». Tu vois, je sais que ça existe. A l'époque, il y a eu une que j'ai vu avec des traces de strangulations... Elle a vraiment flippé, bah elle est allée chez les flics. C'était l'homme. Ouais, et quand elle est venue après, mais après, d'abord elle est allée chez les flics.»

### **3. Plus adapté aux urgentistes**

Plusieurs médecins admettent que la notion de péril imminent est plus adaptée dans la spécialité des urgences. Pour eux, ce sont les premiers interlocuteurs en cas de gravité.

M9 : «Pour moi, on n'est pas forcément les interlocuteurs principaux. Parce que s'il y a péril imminent, c'est qu'il y a déjà gradation dans la gravité. Parce que la violence conjugale, on a dans tous les cas plusieurs étapes. Et pour moi, c'est plutôt les urgentistes du coup, qui sont les premiers interlocuteurs dans ce cadre-là.»

M10 : «Et puis, péril imminent, péril imminent, honnêtement au cabinet ça n'arrive jamais.»

En cas de lésions graves au cabinet, deux participants nous avouent qu'ils passent par l'intermédiaire des urgences pour la prise en charge (service pluridisciplinaire avec possibilité de l'intervention d'un médecin légiste).

M9 : «Moi de toute façon, si je vois une patiente avec une lésion physique grave, je trouverais toujours un argument pour l'envoyer aux urgences pour ensuite que la prise en charge soit faite. Parce que, je sais qu'il y a les légistes associés aux urgences et qu'on peut faire appel à la police si besoin. Autant, je ne suis pas adaptée en cabinet médical pour le péril imminent autant, les urgentistes, oui. Si, on en voit avec des lésions graves, oui. Mais, par contre je ne ferais pas de déclaration. Fin, en réfléchissant, je pourrais faire, mais après ma patiente je l'orienterais aux urgences. Je n'en ferais rien derrière. Donc pour moi, ça c'est le travail des urgentistes.»

M11 : «Même pour les enfants. Quand j'ai une suspicion de maltraitance, moi ce que je fais quand je ne fais pas trop confiance et que je ne veux pas qu'ils fuient, généralement j'invente un motif, truc aux oreilles, voilà. Et je les envoie aux urgences. Pour que cela ne soit pas moi entre guillemets et un médecin neutre. Ce n'est pas notre rôle en tant que généraliste.»

## **2. Contre la levée du secret médical**

### **a) La rupture de confiance**

Le frein le plus impactant soulevé par les médecins généralistes est la rupture du lien de confiance si divulgation des violences contre l'avis de la patiente.

M1 : «Si la patiente nous en parle, c'est qu'elle a créé un lien avec nous.»

M3 : «On doit le respecter. Il y a une relation de confiance dans un cabinet et ce qu'il y a ici,

*reste ici et ne part pas ailleurs. Sauf quand coups sur enfant mais sinon, pas à le faire.»*

*M5 : «Il faut avoir une relation de confiance avec le patient, à partir du moment où il vient nous voir, c'est qu'il y a quand même une confiance.»*

*M10 : «La levée du secret, c'est un moment donné faire comprendre au patient qu'il appuie sur le bouton. Que moi honnêtement, je me suis un peu défaussé et protégé par le secret médical. Et que le risque, c'est que le patient perde confiance en moi.»*

*M12 : «Bah forcément, il y a une rupture de confiance.»*

*M14 : «C'est sûr que d'un point de vue pratique, je vois très bien ce que ça amène. C'est à dire que cette dame-là, je ne lui aurais même pas parlé, que cette dame est en danger. Les flics débarquent et puis voilà. Enfin la rupture de confiance, pff.»*

Symboliquement dans l'opposition à cette mesure, deux praticiens insistent avec le serment d'Hippocrate et l'éthique.

*M10 : «Et de toute façon dans tous les cas, je ne pense pas qu'on puisse au final. On a quand même prêté serment.»*

*M14 : «Déontologiquement, je ne peux pas faire ça moi ! D'un point de vue éthique, c'est une horreur !»*

### **b) L'atteinte à l'ouverture de la parole**

Pour les généralistes, ils ont un rôle de confidentes et d'exutoires pour la patiente. Le risque, serait que les patientes ne viennent plus se confier de peur d'une rupture du secret médical.

*M1 : «Moi je suis contre le fait de devoir briser le secret médical. Je ne suis pas pour, car, si la patiente vient, on est souvent la seule personne qui le sait. Et j'ai des patientes qui se font battre qui ne veulent pas partir. Qui viennent de temps en temps pour soulager leurs consciences. Je sais que je suis juste un exutoire. Les femmes ne vont plus se confier.»*

*M4 : «Parce que déjà, qu'elles fassent la démarche de venir vous en parler, c'est difficile. Parce que, quand elles viennent chez le médecin, elles savent qu'il n'y a rien qui sort, donc ça les sécurise. Elles peuvent parler. Si on leur dit : «Bah voilà le médecin il peut aller raconter.»»*

*M7 : «C'est vachement compliqué. A partir du moment où tu lèves le secret médical, on va plus te parler. Dans ces cas-là, elles ne viendront pas me voir. Tout ce que je sais, c'est que si j'avais la possibilité et si j'ai même l'obligation de lever le secret médical dans ces cas-là, elles ne seraient pas venues me voir.»*

*M11 : «Peur ! (ton étonné). Peur, que les femmes n'en parlent plus du tout, et à personne. Parce qu'elles supplient de ne rien dire.»*

*M14 : «Ce que vous voulez, le jour où les dames vont savoir que j'ai le droit de les dénoncer à un procureur, qu'est-ce qui va se passer quoi ? Alors là, pour rechercher les violences conjugales, merci bien.»*

Cela, deviendrait contre-productif, voir délétère pour la patiente.

*M7 : «A la limite, c'est peut-être pour certaines personnes, les mettre encore plus sur le bas de la route. Donc ça m'inquiète, peut-être à tort. A voir si c'est vraiment une bonne chose ou pas. Ce n'est pas le secret médical, je m'en fous de ça, mais à partir du moment où on le lève, on coupe la parole. Et l'espoir aussi.»*

*M4 : «Je pense que c'est plus délétère qu'autre chose.»*

De peur que les patientes ne viennent plus se confier, un médecin préférerait prendre la responsabilité de lever le secret médical, au même titre qu'une assistance à personne en danger, plutôt que cela soit inscrit comme dérogation dans le code.

*M7 : «Ça, c'est compliqué, sacrément, euh... (en réfléchissant). Limite, je préférerais peut-être presque à l'occasion, si j'en ressens la nécessité, violer le secret médical. C'est scandaleux ce que je dis (d'un ton ironique), plutôt que ce soit inscrit dans la loi et que les femmes ne viennent plus discuter. Je préférerais prendre la responsabilité et risquer une patate par derrière et assumer ma patate. Je préférerais à la limite faire ça. Mais, je ne sais pas du tout si j'aurais le courage de le faire. Attention c'est autre chose ! (en rigolant)»*

### **c) Les patientes actrices de leur santé**

Les praticiens jugent que la prise de décision revient à la patiente, qui est responsable et en capacité de décider. Ils ont un rôle de guides sans substituer.

*M1 : «C'est la patiente qu'on veut prendre en charge. Si la situation passe à côté d'elle, qu'on décide pour elle... On peut l'accompagner dans une démarche de porter plainte mais pas décider pour elle.»*

*M3 : «Je pense que le secret médical doit être respecté ! (avec un ton d'exclamation). Les femmes sont considérées comme adultes pouvant prendre leurs responsabilités. Et lever le secret médical, c'est pas à nous de le faire. Ça peut poser des problèmes et doit être respecté. Quand vous êtes majeur, vous devez prendre vos responsabilités à téléphoner et puis à agir. On peut quand même conseiller et prendre le téléphone, mais il faut que la personne soit quand même responsable de ce coup de fil, sinon ça serait... (sans finir, avec ton grave).»*

*M4 : «Sachant que, quand il y a une violence et qu'on fait un certificat médical avec elles, porter plainte, le secret est levé. C'est-à-dire qu'elles vont à la police et vont raconter.»*

*M10 : «On n'est pas là pour les assister non plus. On n'est pas là pour décider à leur place. Je ne suis pas sûr, qu'au final, ça leur rende service. Comme toute action curatrice, c'est toujours mieux quand ça part du patient et pas de moi.»*

*M14 : «Je ne suis pas sûr qu'on ait le droit de faire ça. Je n'en reviens pas que ça passe. Éthiquement, je n'en reviens pas. Non, pour moi, ces femmes, même si elles sont battues, elles ne sont ni psychotiques, ni suicidaires, ni tout. Sur un patient psychotique ou qui n'est plus apte à réfléchir, je trouve que tout ce qui est hospitalisation sous contrainte, c'est justifiée. Parce qu'il n'a plus son jugement. Ces femmes-là, elles ont leurs jugements, on ne peut pas faire ça enfin,*

ça va vraiment passer ?»

#### **d) Les conséquences d'une femme non prête**

Les généralistes considèrent qu'il y a un risque à la divulgation, notamment lorsque les femmes ne sont pas prêtes à agir. Cela peut entraîner des conséquences d'ordre psychique.

*M1 : «En plus, la question c'est au niveau psychique, où elles en sont... Si on lève le secret professionnel mais que la patiente n'est pas dans le même timing que toi, tu es responsable.»*

*M2 : «Moi, en soit cela ne me gêne pas, ce qui me gênerait, serait les conséquences de la femme qui ne serait pas prête.»*

*M6 : «Je mets quand même quelques réserves, parce que c'est des infos qui sont quand même trop personnelles, qui peuvent être même, destructrices.»*

Sur le plan judiciaire, les femmes peuvent nier la situation et donc supprimer les éléments de preuve ainsi que les accusations. Pour un participant, cela reviendrait à un arrêt de la prise en charge avec pour conséquences derrière, la majoration possible des violences.

*M9 : «La patiente, face à une prise en charge d'une personne extérieure, si elle n'était pas d'accord ou pas prête à cette étape, qu'elle nie, ça entraînerait dans tous les cas un arrêt de la prise en charge. Parce que s'il n'y a pas de preuves ou pas de confirmations, la parole n'est pas suffisante. Une fois qu'il y aura une trace de prise en charge, la patiente sera considérée comme étant la dénonciatrice des violences. Donc ça risquerait presque d'aggraver les violences à la maison et que le mari soit au courant, qu'il y a une démarche. Cela entraînerait une majoration de la violence à domicile.»*

#### **e) Saturation d'un service judiciaire précaire**

Deux médecins éprouvent des difficultés à concevoir une généralisation d'un signalement devant des services judiciaires déjà saturés et fragiles à l'heure actuelle.

*M13 : «Bah que cela ne fonctionne pas, je suis désolée mais je n'ai pas une super grande confiance en la justice et donc, c'est ça qui m'embête en fait. J'ai des patients, tous les jours, et tous les jours où il y a des démarches judiciaires qui sont en cours ça ne marche pas ! Ça ne marche pas et les patientes sont toujours en danger.»*

*M14 : «C'est une catastrophe. Et les procureurs, ils sont bien gentils mais, ils n'ont même plus assez de moyens pour faire des procès normaux et pour s'occuper des maris qui sont violents avec les femmes. Si on veut développer des moyens, il faudrait déjà travailler là-dessus.»*

Selon eux, il y a un risque qu'il n'y ait pas de justice immédiate derrière ou que cela ne soit pas correctement pris en charge, faisant peser sur les patientes un risque de représailles des agresseurs.

M13 : «C'est bien beau, mais on sait très bien que la séparation c'est un moment aiguë. Où il y a un risque de féminicide énorme. Si c'est pour que ce soit moi qui vienne lever le secret médical et que rien ne soit fait correctement et qu'il n'y ait pas de justice immédiate. Voilà, je mets en risque majeur mes patients.»

M14 : «Ce qui risque de se passer, imaginons, je dis : «Bah voilà monsieur le procureur, il y a cette femme-là». Enfin, ils vont peut-être... Mais derrière il n'y aura certainement pas les moyens puisqu'on ne les a déjà pas. C'est encore plus dangereux, c'est une catastrophe. D'un point de vue pratique, c'est impossible.»

### **3. Les quelques retours positifs**

#### **a) Les motivations**

##### **1. Le devoir de protection des patientes**

Quelques praticiens y sont favorables, dans le but de protéger les patientes sous emprise.

M4 : «C'est toujours pareil, c'est protéger cette femme qui est violentée.»

M5 : «Après, si c'est pour sauver des vies...»

M12 : «La levée du secret en cas de péril imminent ? Bah je pense que je ne suis pas contre. En tant que médecin, et femme, on se doit de protéger nos patientes.»

M13 : «Il y a des cas de figures extrêmement précis, bah là, cela m'aurait aidé. Parce que j'avais des patientes qui étaient dans des situations vraiment inextricables du coup, si on prend la main dessus. Par contre, je ne sais pas dans quel état on les récupère. Mais en même temps elles sont vivantes. C'est déjà une situation qui met en péril leur vie de toute façon.»

En tant que citoyen et dans notre rôle civique, un participant signale qu'en danger de mort imminente, le fait qu'il existe une loi ou non, on se doit de signaler pour porter assistance à une personne en danger.

M15 : «Bah non, ça ne me choquerait pas. Mais bon, parce que de toute façon, c'est un truc qui arrive une fois ou deux, voilà. Mais bon, pourquoi pas, on va dire. C'est plus du judiciaire quoi. Après, voilà, s'il y a quelqu'un qui est en danger de mort, de toute façon même sans loi, tu le signales à quelqu'un. Quand tu es dans un immeuble et que tu l'entends entrain de la bastonner, tu vois taper sa femme, moi j'appelle les flics.»

Pour un autre, cela devient un devoir du fait de son caractère légal.

M13 : «Bah, si la loi le permet, on fait entre guillemets, notre devoir.»

##### **2. Décharger la responsabilité sur le médecin**

L'autre intérêt pour les praticiens est de décharger la responsabilité sur le médecin pour servir d'alibi aux patientes face à l'agresseur.

M2 : *«Pourquoi pas l'imaginer comme la femme n'osant pas. On lui indique qu'on peut le faire, et cela soulagerait la patiente que le médecin le fasse, et pas elle. Mais il faut vraiment quelque chose de carré. Pour les femmes qui ne voudraient pas faire la démarche, de peur que le mari le sache. De mettre sur le dos du médecin, cela ne me gênerait pas que le mari soit convoqué sur un signalement que j'aurais fait. De ce fait là, la femme pourrait dire qu'elle n'a rien dit et cela pourrait éventuellement la protéger. Moi, je veux bien assumer cette responsabilité-là.»*

M11 : *«Et qui peuvent décharger la responsabilité sur le médecin.»*

M13 : *«Mais si on prend la main dessus, l'agresseur ne va pas leur en vouloir à elle. Peut-être qu'on limite le risque de féminicide.»*

## **b) Mais sous conditions**

### **1. Convaincre malgré tout**

Pour un généraliste, la condition est d'essayer, malgré tout, de convaincre la patiente.

M12 : *«S'il faut répondre, je pense que ça serait plutôt oui. Mais avec une réserve, il faut essayer de tout faire, en tout cas, pour avoir sa coopération.»*

### **2. Communication et preuves d'efficacité**

Un médecin insiste sur la communication auprès des femmes, sur le fait que cette solution n'est pas une fatalité en soit : en prouvant et en diffusant, si tel est le cas, son efficacité.

M7 : *«Si ça doit se faire, il faut vraiment qu'il y ait de la communication. Certes, comme quoi ça existe. Et aussi comme quoi, c'est utile et que ça a vraiment permis de faire bouger les choses. Et que ça a vraiment permis que l'homme en cause, soit pris aussi en compte et que l'on ait réellement pu protéger les femmes. Faudrait vraiment prouver et surtout faire diffuser l'info comme quoi c'est utile et qu'on peut les protéger.»*

### **3. Réalisation auprès d'une autorité compétente avec prise en charge judiciaire adaptée**

Une autre condition pour les participants, est la réalisation du signalement auprès d'une autorité compétente représentant la justice, avec de vraies protections derrière.

M6 : *«Au moins, avec des représentants de la justice, des procureurs comme quand on fait avec des enfants. Je pense que là, ça peut se faire.»*

M13 : *«Si on me disait sûr de sûr, vous faites ça et vous sauvez la femme évidemment, n'importe qui peut dire ok, je suis open et tout ça.»*

### **4. Protection judiciaire des médecins**

Enfin, un médecin veut s'assurer de sa protection en cas de représailles judiciaires.

M5 : *« Dans l'absolu pourquoi pas. Si la loi nous protège.»*

## VIII- La médiatisation du sujet

### 1. Les encouragements de la médiatisation

#### a) La libération de la parole des femmes

##### 1. Ouverture de la parole

Les généralistes s'accordent sur l'importance de la médiatisation du sujet, permettant l'ouverture de la parole aux patientes.

*M1 : «Je pense que c'est bien, que les femmes parlent, parce que ça permet de témoigner de choses horribles qui se passent encore et c'est important.»*

*M2 : «Je pense que certaines femmes vont plus facilement parler, puis dans un monde machiste à tout niveau...»*

*M6 : «Diffuser l'ouverture de la parole, je pense que c'est vraiment le repérage. C'est vraiment la clé du succès en fait.»*

*M7 : «Non, mais c'est vrai en parler. Je pense que la parole c'est vachement bien, la parole.»*

*M9 : «Dans tous les cas pour moi c'est pareil, c'est une bonne chose. Je pense que c'est une nécessité. Est-ce que c'est suffisant ? Probablement pas. Mais ça permet d'ouvrir beaucoup de portes. Donc nécessaire oui, suffisant, pas forcément.»*

*M15 : «On en a jamais autant parlé que maintenant. C'est clair : des numéros, des émissions, des associations, des réseaux, sur les réseaux sociaux, des groupes comme pour toutes les maladies. Je pense que la communication là-dessus, c'est bon.»*

Pour eux, les femmes qui s'expriment publiquement sur le sujet, permettent aux victimes sous silences de s'identifier et d'avoir le courage d'initier le dialogue.

*M2 : «Il faut qu'elle soit diffusée partout, que les femmes connues, reconnues, puissent prendre la parole, actrices, etc...»*

*M3 : «Tout ce qui s'est passé au niveau de la presse, tout ce qu'on a entendu avec les meetoo, les féminicides, je pense que c'est une excellente chose. Ça permet aux femmes, qui ont ce type de problèmes, d'en discuter avec leurs médecins.»*

*M15 : «Les femmes, elles se battent. Et que ça parle, ça a avancé. Je veux dire la dénonciation enfin, c'est bien quoi. C'est facilité par les réseaux aussi. Voilà, il y a des points positifs. C'est facile en un tweet, tu dis : «Ouais, il y a quinze ans ...». C'est bien, il faut. Je pense que ça fait parler.»*

##### 2. Réalisation de l'ampleur de ce sujet tabou

Pour les participants, la médiatisation fait prendre conscience de l'ampleur du sujet, souvent sous-estimé par la population générale.

*M13 : «C'est bien de parler des violences. C'est pour ça, je prends toujours les violences en termes générales, parce que les violences faites aux femmes, elles sont plus nombreuses.»*

*M15 : «Médiatiser, bah ouais, c'est informer. Mais bon, tout le monde sait que ça existe, mais peut-être que tout le monde sous-estime.»*

Un praticien explique cette sous-estimation par le fait qu'il y a encore quelques années, les femmes se taisaient devant les difficultés à aborder ce sujet tabou.

*M4 : «Justement, ça remue la merde, et il faut la remuer. Comme les viols, etc...Pourquoi on n'en parle pas ? Parce que ça change tellement les choses quand on en parle que voilà. Par exemple, le patinage artistique, pourquoi ça fait 30 ans qu'elles ne parlent pas, faut se poser la question ? Parce que déjà là, ça remue énormément de choses, donc si elles l'avaient dit il y a 30 ans, ça aurait été encore pire.»*

## **b) Valorise l'émancipation et affirme les démarches**

### **1. Émancipation de la femme**

Pour les médecins, la médiatisation peut appuyer l'initiation des démarches des patientes.

*M3 : «Des couples où il a des conflits, les femmes, je pense, savent de plus en plus répondre à ce genre de problèmes. Il y a une indépendance financière, de plus en plus, sans passer nécessairement par le médecin. Cela n'est plus accepter, les femmes sont plus indépendantes.»*

*M4 : «J'espère qu'elles auront assez de force pour quitter tout ça. C'est l'enjeu, leur donner la force.»*

Le témoignage d'anciennes victimes apporte également des arguments supplémentaires, en plus de ceux du généraliste, pour les inciter à partir.

*M5 : «C'est quelque chose de bien. Parce que quelques fois un message qui passe par un autre billet que par le nôtre, ça appuie aussi notre démarche. Quelques fois, on peut essayer d'apporter nos arguments et etc... Mais ce n'est pas entendu. Et le fait que ça vienne d'autres côtés, et bien cela peut porter ses fruits.»*

### **2. Faire prendre conscience**

Pour deux participants, cela fait prendre conscience que la situation n'est pas normale.

*M9 : «Mais, ça permet déjà aux femmes qu'elles prennent conscience, pour certaines, qu'elles sont dans la situation.»*

*M13 : «Finalement, regarder dans son portable ce n'est pas normal ou être dans le contrôle de ton salaire, ce n'est pas normal. Ils arrivent en disant ça. Donc oui, ça diffuse. C'est bien la pédagogie faite par les médias. Ce n'est pas toujours parfait, mais ça touche plus de monde.»*

Cette prise de conscience peut permettre de briser le schéma familial.

M9 : *«Parce que c'est facile de ne pas se rendre compte. Surtout quand ses parents étaient dans la même situation. Le modèle familial est considéré comme une norme jusqu'à preuve du contraire. Donc, si sa mère était violentée, pour elle, c'est une norme d'être dans la même situation. Et du coup, d'avoir conscience de ne pas être dans une situation normale.»*

M13 : *«Et : «Je crois que du coup, j'écoutais une émission l'autre soir, et en fait en écoutant l'émission, bah des fois j'ai une gifle. Bon je me disais, voilà... Mais en fait, il paraît que moi, ma mère, c'était un peu pareil entre mon père et ma mère.» Et donc du coup, leurs curseurs ne sont pas les mêmes. Et puis finalement, ils regardent un truc à la télé. Ils en discutent avec des potes et puis finalement, une gifle ce n'est pas normal.»*

### **3. Informer sur les démarches et les acteurs de proximité**

Pour les généralistes, la médiatisation permet d'informer sur les conduites à tenir, le jour où les femmes souhaiteraient partir, en mettant en avant les acteurs de proximité.

M3 : *«Ça permet aux femmes qui ont ce type de problème d'en discuter avec leurs médecins.»*

M6 : *«Et nous, on est quand même un acteur de proximité avec les gens. Et donc, si l'on peut être un bon interlocuteur, il faut qu'on le soit. Donc, il faut le dire.»*

M9 : *«Et après, de savoir comment se prendre en charge. Oui, le jour où je le souhaiterais. Donc oui, c'est utile effectivement pour ça.»*

M12 : *«Bah tout le monde regarde la télé, les réseaux sociaux, etc... Donc, je pense que le message peut vite passer quoi, je pense.»*

M15 : *«En plus, c'est facile d'en parler au mieux. C'est au mieux, ils sont informés au mieux...»*

.Ainsi, on rompt l'isolement en montrant qu'elles ne sont pas seules.

M6 : *«Et la médiatisation, c'est bien. Je pense qu'il faut le faire parce qu'encore une fois, ça leur montrent qu'elles ne sont pas seules aussi. Et souvent, c'est ce qu'elles ressentent et donc montrer qu'il y a des acteurs, des gens avec qui, elles peuvent parler.»*

M11 : *«C'est très bien, c'est une bonne chose qu'on en parle. Parce que je pense que celles qui sont victimes de ça, doivent se sentir moins seules.»*

### **c) Apports en termes de santé publique**

#### **1. Prévention médicale**

Pour certains praticiens, la médiatisation sert de prévention médicale à grande échelle.

M3 : *«Moi je trouve ça très bien. Le fait de parler des violences au niveau famille, couple et enfants, c'est une excellente chose. C'est un truc qu'on ne doit pas accepter, dépister et traiter.»*

M10 : «100% d'accord, c'est bien de véhiculer tout ça. Pour moi l'éducation, c'est répéter, répéter et répéter. C'est pour cela qu'on enseigne. Donc, je suis complétement d'accord pour tout ce qu'on peut faire dans la prévention médicale.»

Elle se fait dès le plus jeune âge et pour les deux sexes.

M13 : «C'est surtout pour les enfants. Parce que sur les enfants, on a quand même beaucoup de jeunes garçons dans l'histoire. Donc ce n'est pas que féminin et je trouve ça bien d'élargir. Parce que je n'ai pas envie d'entendre dire : «Ah oui, mais c'est encore un truc de nana.». Non, c'est un problème de société et c'est pour ça qu'il faut en parler pour qu'on éteigne tous ces gens qui se permettent de dire des âneries.»

Grâce à la médiatisation, un participant reconnaît une vraie modification des mentalités.

M14 : «Moi, je suis féministe convaincue, je trouve ça génial. Et puis, il y a eu vraiment un vrai changement de mentalité, enfin je trouve. Vraiment, il y a eu quelque chose qui s'est passée. C'est à dire qu'avant voilà, j'étais dans le métro, on me met une main au cul et on ne réagit pas forcément quoi. Alors que maintenant, je pense que je réagis. C'est fou la différence de mentalité que l'on peut avoir sur des sujets comme ça. C'est vraiment intéressant.»

Ce même praticien fait remarquer qu'il reste encore beaucoup à faire, suite à certains retours d'expériences.

M14 : «C'est les gamines, elles se rasent intégralement. Vous n'avez jamais vu ça avant. Elles sont pleines de furoncles parce que dans les films de cul, c'est comme que ça que ça se passe. Et leur éducation sexuelle, c'est fait là-dessus. Alors, je ne sais pas si c'est une soumission à l'homme ou un effet de mode ? Il y a quand même un sacré problème, qu'est-ce qui se passe dans leurs têtes? Je ne comprends pas.»

## **2. Pédagogie vis à vis des hommes**

Des généralistes considèrent que la médiatisation amène de la pédagogie sur les hommes.

M15 : «Bah ça, c'est indispensable. Si t'en fais changer d'avis, même seulement cinq sur les cent, tu vois c'est déjà pas mal on va dire.»

Ils sont éduqués sur des attitudes qui ne sont pas normales et encore banalisées.

M14 : «Après, j'ai eu une discussion avec mon mari qui n'est pas du tout d'accord : «Ouais n'importe quoi, on ne vous traite pas comme ça.». Enfin lui, il est gentil mais, on ne lui a jamais touché le cul dans le métro. Il ne s' imagine pas hein. Donc non enfin, on n'est pas des petites choses, mais quand même on subit plus qu'eux.»

Pour un praticien, il faut adopter une attitude bienveillante car certains hommes souffrent de ce changement et ne savent plus comment se positionner.

*M1 : «Pédagogue, car à côté de ça, il y a beaucoup d'hommes qui souffrent et qui ne savent pas se positionner. Mais il faut être pédagogue. Et que les hommes n'aient pas peur, ne veulent pas ressembler à ce genre de mecs dégueulasses. La question, c'est le positionnement et c'est éducatif, des deux côtés.»*

### **3. Avancer à deux vers un équilibre et une égalité**

Pour les médecins, le changement doit se faire à deux. Les hommes doivent également faire leur révolution pour se dégager de cette image de virilité qui les emprisonne, allant ainsi vers un équilibre et une égalité homme/femme d'intérêt commun.

*M1 : «Je pense que l'homme doit aussi faire sa révolution. C'est bien pour la femme, mais l'homme doit aussi faire sa révolution et se dégager de cette pseudo virilité de merde qui, eux même, les emprisonne. Il faut que les deux avancent ensemble. Il faut y aller avec les hommes. C'est bien ça ouvre la parole. Il faut qu'il y ait un équilibre, à faire à deux.»*

*M2 : «Il y a un retour positif vers une égalité, même salariale. Parité sur liste électorale, moi qui devait me présenter aux municipales... Oui, il faut mettre en place tout ça.»*

## **2. Mises en garde de la médiatisation**

### **a) Messages erronés**

Pour deux participants, l'information a une portée si elle est faite de façon concise. Ils se méfient des médiats qui peuvent donner des messages erronés de certaines situations ou de certaines démarches.

*M9 : «Mais, j'ai été choqué d'un présentateur télé, qui avait considéré qu'il n'existait pas de viol à partir du moment où les gens étaient mariés. Ça, ça m'a choqué, c'est passé sur une chaîne de grande écoute. Alors il s'est excusé, je pense que quelqu'un lui a fait remarquer que c'était une énorme aberration, par contre c'est déjà trop tard. Les gens qui n'ont pas vu l'émission d'après, ça reste dans les mœurs.»*

*M12 : «Pas forcément une mauvaise chose, tout dépend comment c'est fait. Non, c'est bien d'informer les gens. Et si c'est sérieux, vérifié et pas des informations qu'on peut entendre à la télé avec les médias ou quoi. Que ce soit quelque chose de concis.»*

### **b) Stigmatisation des victimes**

Un praticien met en garde sur le risque de la stigmatisation que pourrait subir les femmes médiatisées, les définissant involontairement comme victimes.

*M4 : «Parce que derrière qu'est-ce qu'il va se passer ? Les conséquences. Quand on est médiatisé comme là, bah voilà, on sait qu'elle a été violée. Elle n'a pas envie fin, ça ne la représente pas. Ce n'est pas ça sa personne. Mais voilà, comme on parle d'elle, elle a été violée... Donc, libérer la parole, oui, mais sous quelles conditions?»*

### **c) Sujet politisé**

Un seul généraliste ne voyait pas d'intérêt à la médiatisation. Il trouve que l'on politise le sujet, en y ajoutant des sentiments.

*M8 : «Que du mal, je ne pense pas que ça apporte quelque chose en plus. Je trouve que ce n'est pas bien, c'est du bling-bling. C'est de la communication qu'on fait depuis bien longtemps. Ça ne sert à rien. On médiatise, on met des sentiments. Et on n'est peut-être pas dans la réalité des choses. C'est un travail intéressant, mais il faut approfondir. Et le fait de médiatiser la chose, je pense que ce n'est pas bien, car on y met de l'affectif et ce n'est pas bien.»*

### **d) Féminisation du sujet**

Une participante met en garde sur le risque de rendre le sujet «trop féministe» avec le risque de faire l'amalgame. Le but est d'intégrer les hommes dans la médiatisation et dans le changement de mentalité.

*M13 : «L'idée, ce n'est pas non plus d'en faire un sujet féministe et tout ça. Parce que du coup trop d'énergumènes pourraient le réduire à ça, et ce n'est clairement pas le but.»*

## **3. Modifications au cabinet**

### **a) Peu de répercussions sur l'incidence de dépistage**

Seuls deux médecins ont vu une augmentation de l'incidence au cabinet grâce à la médiatisation. Des patientes se rendent compte rétrospectivement de situations anormales.

*M9 : «Oui, une femme qui est venue me voir et qui s'est mise à pleurer tout simplement.»*

*M13 : «Donc du coup, ça j'ai. Mais après oui, les refus de consentements.»*

Pour un autre, ce n'est pas la médiatisation qui a modifié l'incidence, mais la période de confinement lors de la crise sanitaire de la COVID-19.

*M11 : «Mais, j'ai eu beaucoup plus de plaintes comme ça pendant le confinement. J'en ai eu beaucoup plus. Rien à voir avec les proportions habituelles.»*

Au final, pour la majorité, la médiatisation n'a pas modifié l'incidence du dépistage.

*M2 : «Moi, ça va rien changer. Mais, il y aura peut-être plus de dénouements. La fréquence de dépistage de femmes battues n'a pas vraiment augmentée, car moi, c'est récurrent, c'est les mêmes avec des conjoints différents.»*

*M3 : «La fréquence n'a pas vraiment augmentée dans mes consultations.»*

M4 : *«Pour l'instant, pas remarqué de différence pour l'instant. On verra. On est là pour les soutenir, les aider avec notre parole.»*

M5 : *«A mon échelle, dans le comportement des patientes, je ne peux pas dire. Je n'ai pas suffisamment de cas pour objectiver un changement de comportement chez mes patientes.»*

M6 : *«Non, pas vraiment de modifications.»*

M8 : *«Je pense que ces femmes-là, elles ne viennent pas forcément voir leur généraliste.»*

M10 : *«Pour l'instant non, je n'ai pas de retour.»*

M11 : *«Je n'ai pas de femmes qui sont venues en me disant : «J'ai vu ça à la télé, ce n'était pas normal». Je pense que la majorité des femmes le savent au fond d'elles, que ça ne l'est pas.»*

M14 : *«Non, pas du tout. Non, parce que c'est trop lent. Ça ne peut pas se passer en deux mois, ce n'est pas possible. C'est une révolution que l'on mène depuis 1968. Et même avant le vote des femmes en France... Ce n'est pas glorieux. On est un pays latin !»*

M15 : *«Pas du tout.»*

### **b) Peu de modifications en pratique**

Deux généralistes nous confient être plus en alerte du fait de la médiatisation.

M5 : *«En tout cas, sur un plan personnel, on est un peu plus en alerte.»*

M9 : *«Non, c'est juste que j'essaie de les faire pleurer en consultation (sur ton ironique).»*

De plus, comme indiqué dans les avantages de la médiatisation, cette dernière permet d'appuyer le discours médical pour l'acceptation de la prise en charge.

M5 : *«Quelques fois, on peut essayer d'apporter nos arguments et etc... Mais ce n'est pas entendu. Et le fait que ça vienne d'autres côtés, et bien cela peut porter ses fruits.»*

Pourtant, la majorité des praticiens n'ont pas changé leurs habitudes en consultations.

M2 : *«Ça n'a pas changé ma pratique ou ma vision.»*

M3 : *«Ma pratique n'a pas extrêmement changée.»*

M6 : *«Non, pas vraiment de modifications.»*

M11 : *«Les campagnes etc... Moi, ça n'a pas changé ma pratique.»*

M12 : *«Pas de répercussions dans la pratique.»*

M15 : *« Bah non, non.»*

# DISCUSSION

## I- Rappel des objectifs de cette étude

Le premier objectif de ce travail de recherche était d'obtenir le point de vue des médecins généralistes sur la problématique du dépistage systématique des violences conjugales chez les femmes, mettre en lumière leurs difficultés et leurs besoins depuis la recommandation HAS. Dans un deuxième temps, il était proposé la création d'une fiche réflexe, se basant sur les données recueillies et les fiches pratiques de l'HAS. Ceci devant permettre un meilleur dépistage en consultation, avec la possibilité pour les femmes d'être entendues et prises en charge.

## II- Forces de l'étude

### 1. Validité interne

Les forces de l'étude se situent dans son approche centrée sur le vécu des médecins. En effet, la recherche qualitative est particulièrement adaptée lorsque les données sont difficilement quantifiables et subjectives. Cette approche a permis de décrire quels sont les mécanismes freinant et facilitant la mise en place du dépistage des violences faites aux femmes, mais également permettre de laisser une plus grande liberté d'expression pour trouver les solutions.

De plus, la réalisation des entretiens semi-dirigés a permis de garder la spontanéité et la liberté de réponse des interviewées. Les focus group nous semblaient non adaptés à cette étude, notamment parce que certaines questions pouvaient porter sur l'expérience professionnelle avec un risque de jugement des autres participants.

Le guide d'entretien a été testé au préalable sur une personne, non médecin et non chercheur, afin de tester son intelligibilité

L'analyse des données se fait sans idées préconçues, permettant ainsi de formuler des hypothèses par induction avec la théorisation ancrée. La suffisance des données a été atteinte et consolidée par 1 entretien supplémentaire. La triangulation des données a été faite par l'analyse d'un investigateur externe à l'étude. Cela a permis de limiter les biais d'interprétation et d'augmenter la validité interne de l'étude grâce à la diminution de la subjectivité. En effet, la double analyse a pour objectif de diminuer l'influence de nos propres représentations et de nos hypothèses préalables, pouvant constituer un biais d'analyse.

Enfin, ce travail répond aux critères de la grille COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research), grille méthodologique standardisée permettant d'évaluer les validités internes et externes d'une étude qualitative pour juger du caractère reproductible (Annexe 6).

## **2. Validité externe**

En raison du faible nombre d'entretiens et de leurs réalisations sur un territoire précis, à savoir le département du Nord et du Pas-de-Calais, les données ne sont pas extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes.

Néanmoins, l'échantillonnage initialement basé sur le réseau de connaissances s'est associé à un échantillonnage raisonné à variation maximale afin de garantir la plus grande diversité sur les critères : âge, sexe, département. Le caractère extrapolable des résultats sera donc à réfléchir et à décider selon sa pratique personnelle.

## **III- Limites de l'étude**

### **1. Biais de sélection**

Une des limites de l'étude concerne la méthode de recrutement de l'échantillon par «snowball» qui a été dictée par le caractère relativement sensible du sujet qu'elle aborde.

Cependant, cette technique de recrutement expose à un biais de sélection. Les médecins sensibles à cette thématique sont plus enclins à accepter de participer à cette étude, en raison d'un investissement niveau temps.

### **2. Biais de désirabilité**

Un biais de désirabilité sociale peut exister, les médecins pouvaient sélectionner leurs réponses de peur d'être jugés devant le caractère relativement sensible du sujet qu'ils abordent.

Pour limiter ce biais, il était rappelé aux médecins, avant les entretiens, qu'il ne s'agissait pas de juger les pratiques professionnelles, ni de l'application ou non de la recommandation. Je me suis également posée la question de l'influence de mon genre sur le discours de certains participants, avec la peur d'être politiquement incorrecte face au thème.

### **3. Biais d'intervention**

C'est à l'occasion de cette thèse, que j'ai réalisé mes premiers entretiens semi-dirigés. La formulation des questions et les relances ont pu influencer les réponses des médecins interrogés lors des premières rencontres. Ce biais d'intervention est expliqué par un niveau novice, à titre personnel, et est tenté d'être limité par des reformulations de contrôle afin de rester neutre.

### **4. Biais d'interprétation**

Il est arrivé que des participants construisent leurs raisonnements au fil des entretiens et changent parfois de discours, pouvant dire une chose et son contraire au cours de nos échanges. Cela peut-être dû à 'un biais d'interprétation. Cependant, nous avons travaillé en triangulation pour réduire ce biais.

### **5. Biais externes**

Des facteurs externes à l'environnement, du chercheur et des participantes, lors des entretiens, peuvent entraîner des biais. Certains entretiens ont été interrompus par une tierce personne ou des appels téléphoniques. Ces interventions ont été signalées dans le verbatim. Cette limite est liée aux choix de rencontres du participant, souvent au cabinet d'exercice, pour épargner une contrainte d'horaire ou de lieu. Ils ont été limités autant que possible.

## IV- Discussion des résultats

### 1. Faible intégration du dépistage systématique malgré le rôle à jouer

A l'issue de cette étude, on peut constater que la majorité des médecins généralistes (MG) interrogés, soit 14 sur 15, n'a pas connaissance de la nouvelle recommandation HAS. En conséquence, on note un taux de dépistage systématique faible dans notre étude à 2 médecins sur 15 (soit 13,3%). Ce taux est comparable avec les données moyennes au niveau national avant la recommandation (7 à 8% dans le rapport HENRION ou la littérature (4-51), et entre 11% à 22% dans des travaux de thèse (10-61)). Cette méconnaissance est justifiée par une pratique très vaste couvrant tous les secteurs de la santé et au manque de diffusion de la recommandation. Le tout, associé à un manque de sensibilisation aux violences conjugales afin d'y penser et de l'intégrer dans les habitudes du quotidien. Cela, constitue un des freins principal au dépistage, par défaut d'automatismes et de mémorisations (4-10-62-63-64-65). C'est pourquoi, la majorité des médecins interrogés misent sur un dépistage ciblé sur point d'appel.

Pourtant, les MG apprécient la prise en charge globale et l'ouverture sur la vie à la maison. Poser la question sans signes d'alerte, permet de mettre en avant le dépistage des violences dites « invisibles » et psychologiques (11). Ensuite, un médecin entend la découverte des violences comme une solution pour comprendre et expliquer des pathologies somatiques et psychiques des patientes en consultation (22-23-24-27).

A la pose d'une simple question, ils apprécient la protection des victimes notamment, avec la mise à disposition d'informations sur la prise en charge (11). Certains MG voient le questionnement sur les violences comme une solution pour sortir la victime de l'isolement. Tout d'abord, en permettant à la femme sous emprise de se questionner sur sa situation. Puis, ils évoquent le questionnement comme une aide à l'ouverture de la parole : même en cas de réponse négative, le dépistage montre que le médecin est sensibilisé, concerné et accessible à la discussion à n'importe quel moment. Dans cette étude, la majorité des MG se sentent donc concernés par le sujet, ayant un rôle de premier recours, d'interlocuteur, et une responsabilité de la santé psychologique de ses patientes. Rôle confirmé par la littérature, où le généraliste est un maillon clé du réseau de prise en charge des violences conjugales, c'est un acteur de première ligne (4-5-29-33-34-35). La prise en charge centrée sur la patiente, inhérente à l'exercice de la médecine générale, permet une approche globale. La relation de confiance et la continuité des soins sont des atouts (4-6-66).

S'impliquer dans la prise en charge des violences, c'est aussi améliorer la santé des patientes de manière générale (12-13-14). Ce pourquoi, un médecin propose d'étendre la

recommandation à tous les autres types de violences envers les femmes, autre que la violence conjugale (viols, incestes...).

Pour la majorité des participants, la recommandation est applicable à tous, mais aussi à l'ensemble des spécialités de la profession médicale, on parle d'enjeux de santé publique.

On propose d'intégrer le dépistage dans les consultations de médecine du travail où il y a un rôle de prévention et dont les consultations sont souvent obligatoires.

Rappelons que l'HAS adresse la recommandation aux professionnels de santé intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention comme les généralistes, urgentistes, pédiatres, gynécologues, psychiatres, médecins du travail, sage-femme ou maïeuticiens, infirmier(e), etc... (9).

Néanmoins, en termes d'organisation, des questions subsistent sur la définition du cadre systématique. Sur la fréquence de réalisation, les médecins ont des difficultés pour déterminer et fixer un intervalle approprié au questionnement.

Ensuite, un MG ne voit pas comment aborder la problématique en consultation.

Puis, suit l'instant approprié à aborder le sujet et là les avis peuvent diverger. Entre la première consultation, dans le cadre de la recherche des antécédents, ou au contraire, attendre de mieux connaître son patient pour créer une relation de confiance. Dans la littérature, la relation médecin-patient est un facteur facilitant pour la divulgation des violences (4-6-66-67-68).

Dans la recommandation HAS (9), on préconise la réalisation du dépistage dans le cadre de la recherche des antécédents personnels, lors d'une première consultation ou lors d'une actualisation du dossier médical, ainsi qu'aux moindres signes d'alerte ou facteurs de risque (8).

Les médecins qui réalisent le dépistage systématique dans cette étude, fonctionnent par consultations thématiques, comme un motif gynécologique (bilans IST, contraception, suivi de grossesse ou post natale). Lors des consultations dites «simples», (bilans de santé, certificats, vaccinations...) et quand il n'y a pas de problématique aiguë. La seule condition est de voir la patiente seule en consultation.

## **2. Explications de la résistance du corps médical à la réalisation du dépistage**

### **a) Impression d'un manque de qualité relationnelle de ce sujet tabou**

Un si faible taux de dépistage systématique, témoigne d'une certaine résistance du corps médical à s'approprier cette pratique. En plus du défaut d'automatisme, cela résulte d'une impression de manque de qualité relationnelle.

Les MG considèrent que la relation médecin-patient ne rentre pas dans le cadre d'un

questionnement systématique. En outre, le sujet est difficile à aborder au quotidien pour les participants, avec un sentiment d'intrusion dans l'intimité provoquant de la gêne, un malaise ou un malentendu vis à vis des patientes non concernées.

Parallèlement, la position du médecin de famille est jugée encore plus « délicate », quand il est amené à suivre le conjoint violent et le reste de la famille, ayant un positionnement central, complexe à manager. C'est pourquoi, il paraît plus adapté, pour un généraliste rural, de l'intégrer en médecine de ville ou dans une consultation chez le spécialiste. Ces notions sont retrouvées dans les travaux de recherche sur les freins en consultation (62-63-64-65).

Pourtant, les études démontrent que les patientes, victimes ou non, reconnaissent le rôle du MG et sont favorables à un dépistage avec un taux d'acceptabilité excellent (68-69-70).

### **b) Doutes de l'intérêt liés à la sous-estimation et à la difficulté du repérage**

Certains MG remettent en cause le bénéfice réel du dépistage, néanmoins reconnu par les sociétés savantes (4-11-23-32-45-47-48-49). Ils déclarent également connaître suffisamment leurs patientes pour questionner de manière systématique. Ils indiquent être à peine ou jamais confrontés aux constats des violences dans leurs pratiques.

Quelques participants considèrent que cela ne concerne pas toutes, voir aucune de leurs patientes. Deux généralistes nous avouent ne jamais avoir été confrontés à la problématique en consultation. C'est le même constat dans une étude, où des MG interrogés estimaient ne voir qu'une à deux femmes victimes par an, toutes violences confondues (71).

Pourtant l'Enveff, montre que les femmes consultent en moyenne 5 fois plus que la population générale, sachant que près de 10% des femmes sont concernées et ce quel que soit le statut socio-économique, l'âge, l'orientation sexuelle, l'origine culturelle et l'état de santé (1). Il y a donc une sous-estimation du problème chez les MG.

On peut expliquer ce phénomène par le fait que les patientes ne parlent pas spontanément des violences subies au MG, notion constatée dans la littérature (6-67). En effet, la patiente éprouve la peur d'être jugée ou non prise au sérieux à la divulgation. Elle peut percevoir un manque d'intérêt et de temps du médecin pour discuter des questions non médicales (6). Cela confirme donc, que le repérage doit être une démarche active.

De plus, la diversité des motifs lors des consultations initiales, la variété et l'absence de signes cliniques spécifiques participent à cette mésestimation (1-23-24-32-51-72). Cela, est majoré par la difficulté du repérage des violences «non visibles» (de type psychologiques) (4-13-51).

Elles représentent pourtant 1 femme sur 4 en couple selon l'Enveff (1) et CSVF (73). Un médecin nous confie passer complètement à côté, et c'est le même constat dans la littérature (22-63-64-74).

Enfin, pour les participants, le fait de connaître les situations familiales peut également les faire

manquer d'objectivité, avec un a priori : que la problématique ne concerne pas leurs patientes.

### **c) Manque de formations et difficultés d'orientation**

Le manque d'expérience est mis en avant par les MG, avec des difficultés sur le repérage et la prise en charge. La majorité des praticiens n'a eu aucune formation durant leur cursus et ils reconnaissent une carence pouvant expliquer leurs difficultés. C'est une observation déjà retrouvée (63-64-65). Dans une étude, près de deux tiers (60,3 %) des MG déclarent ne pas se sentir suffisamment formés (51). Dans un travail de thèse, on montre que près de 81,4% des MG interrogés se sentent en difficulté (62). Une enquête menée en 2006 auprès de 41 MG a montré que 55% d'entre eux n'avaient jamais eu de formation sur le sujet (74).

Un participant à l'étude nous avoue ne pas voir l'intérêt de dépister comme il ne sait pas prendre en charge. Les MG insistent sur certains points délicats. Premièrement, le versant psychologique, qui est complexe et spécifique aux violences conjugales. Deuxièmement, on appuie sur le contexte des violences aiguës, avec un manque d'informations sur les démarches socio-judiciaires (10-11-62-63-64-65).

De plus, les MG se heurtent à des difficultés d'orientations : trouver les bons contacts, les bons interlocuteurs pour la prise en charge. Cela ayant pour conséquence une notion d'isolement. Ils ont l'impression d'un manque de structures sociales, psychologiques, ou bien encore d'hébergements d'urgence. Ceci est majoré dans le milieu rural d'exercice. Pourtant, les MG sont les acteurs centraux du réseau et du parcours de suivi des victimes (4-5-29-35).

A ces carences, s'ajoutent la lenteur des recours, les échecs des démarches administratives, banalisées par les autorités compétentes, ce qui peut aboutir à un découragement de la victime et une perte de confiance.

Ces freins auxquels sont confrontées les MG et les patientes sont retrouvés dans la littérature (62-63-64-65). Une étude de 2006 montrait que près de 3/4 des MG n'avait aucun contact avec les autres professionnels susceptibles d'aider la patiente (social, police, santé, psychologues...) (51). Pourtant, en 2019, au cours d'un travail de thèse, on montre que l'orientation des victimes vers un partenaire social, médical ou judiciaire est réalisée par 99,1% des médecins et internes. Ce taux, bien supérieur et prometteur, révèle une majoration du travail en réseau des généralistes (62). Effectivement, il ressort de la littérature que les victimes ont besoin d'une prise en charge multidisciplinaire couvrant les aspects médicaux, psychologiques, judiciaires et sociaux (4-54-75).

#### **d) Difficultés émotionnelles des praticiens**

Tous les participants reconnaissent qu'il s'agit d'un sujet impliquant inévitablement des émotions et des sentiments. L'impuissance revient le plus souvent, face aux refus de prises en charge liés à l'ambivalence et à l'emprise de certaines patientes. Elles refusent de parler et ont des difficultés de verbalisation, du fait d'une culpabilité vis à vis de la situation et/ou pour protéger leurs bourreaux (54). Il y a ensuite la déception face aux retours de certaines démarches, s'expliquant par le cycle des violences (17). On ressent une certaine résignation de la situation dans le discours des MG, avec une incompréhension dans la prise de décisions des patientes. Parfois, les récits rapportés et les retours d'expériences sont décrits comme choquants, même si cela est toujours respecté.

Certains, expriment une remise en question de leurs pratiques avec un sentiment d'échec de la prise en charge : ils ont pour habitudes de répondre rapidement et efficacement aux problèmes médicaux. S'ajoute à cela, le risque de transfert des émotions comme la peur ressentie vis à vis de leurs patientes dans certaines situations. Ces notions sont retrouvées dans les travaux de thèses qualitatives (62-63-64-65).

L'éclairage sur ces stratégies de défenses et sur la physiopathologie spécifique des violences conjugales, permettrait aux médecins d'envisager la victime autrement et ainsi mieux appréhender et diminuer ce sentiment de frustration et d'angoisse face à l'échec.

Effectivement, cela faciliterait la compréhension puis l'acceptation des différents mécanismes d'adaptation qui habitent ces femmes et déstabilisent les soignants (27-53-54). La prise en charge des violences conjugales implique d'autres méthodes pour aboutir à une «guérison», ce que les professionnels de santé ont, parfois, des difficultés à accepter.

De plus, afin de prévenir de l'épuisement professionnel ou d'un traumatisme par procuration, il est important de ne pas rester seul et de respecter ses propres limites. Le soutien par des confrères, consœurs et/ou des psychologues doit être envisagé. Il existe un dispositif d'écoute téléphonique, anonyme, animé par des psychologues pour l'accompagnement dédié spécialement aux professionnels de santé. Il a été créé par l'association AAPML (aide aux professionnels de santé et médecins libéraux) (76). Travailler en équipe, intégrer un groupe de pairs ou un groupe Balint, organiser des débriefings, sont des pistes de réflexion.

Après coup, c'est la crainte de la responsabilité médicale lors de la découverte de violences qui est exprimée, avec la peur de sanctions professionnelles ou pénales, provoquant une limitation inconsciente à dépister.

Enfin, les avis divergent concernant le risque de représailles du conjoint sur les MG. On y pense, du fait d'expériences personnelles, mais la majorité ne le considère pas comme un frein au dépistage contrairement aux autres études (4-63-64-65).

### **e) La mise en condition et le facteur temps en consultation**

Les MG trouvent qu'il est plus simple, pour une patiente, de se confier à un généraliste femme plutôt qu'homme. Ce constat est démenti dans la littérature (6-22). On souligne également le statut de remplaçant comme moins bien placé pour pratiquer le dépistage des violences conjugales. Ce point de notre étude concorde avec la thèse de Boismain et Gaudin (65). De plus, l'accompagnement lors des consultations (conjoint et/ou enfants) est une autre problématique soulevée par les MG pour le diagnostic et le suivi des violences. La contrainte horaire et le manque de temps sont également verbalisés. On retrouve ces notions dans d'autres recherches qualitatives (62-63-64-65). Cependant, les MG considèrent que la question du temps reste un faux problème, une organisation est nécessaire, comme redonner un rendez-vous en cas de réponse positive par exemple.

Les motifs multiples dans une consultation limitée en temps, sont également perçus comme une contrainte. Ceci, est amplifié par la présence d'un problème aigu, surtout si le motif initial est tout à fait différent. L'étude ECOGEN montre qu'on retrouve 2,6 demandes en consultation en moyenne (77). En sachant, que le MG se doit, en plus, de pratiquer d'autres dépistages de routine.

### **f) Liés à la patiente**

En plus des phénomènes d'emprise et d'ambivalence, on retrouve des difficultés à intégrer la possibilité d'un autre schéma familial, avec une persistance et reproduction du schéma modèle, majoré en ruralité par la précarité et la proximité familiale.

Plusieurs études nous montrent que les femmes ayant assisté pendant l'enfance à des violences sont 4 fois plus victimes, et 10 fois plus quand c'est elles qui les ont subies (1-78).

Les MG relèvent également des difficultés de compréhension et de langage pour définir la différence entre la violence conjugale et une relation de couple conflictuelle. Deux médecins ajoutent à cela, la complexité d'identifier «la frontière» entre cultes religieux et contexte de violence, surtout dans le cas de violences non physiques.

Dans l'étude de l'Enveff (1), l'indicateur global des violences est multiplié par 3 chez les femmes de certaines confessions religieuses. Les autres facteurs, limitant la divulgation des patientes, soulevés par les MG sont retrouvés dans la littérature ; la crainte des représailles, le devoir de protection des enfants, l'isolement socio-économique (avec les restrictions financières du conjoint) (6-63-79). Sur ce dernier point, en 2016, une enquête montrait que 17% des victimes ayant contacté le 3919 déclaraient avoir une situation résidentielle précaire et 6% une situation économique précaire (surendettement, dépendance financière...) (80).

### **3. Solutions apportées en consultation**

#### **a) Outils actuels**

La majorité des MG interrogés utilisent des questions «ouvertes» pour diagnostiquer une conjugopathie. Puis, ils emploient l'écoute active avec une attitude bienveillante, pour que la patiente puisse se confier (en respectant la confidentialité par une consultation individuelle). Ensuite, le temps est indispensable pour l'alliance thérapeutique et connaître ses patientes. Certains n'hésitent pas à convoquer la patiente pour suivre l'évolution de sa situation. Devant le risque de modification de l'intention de prise en charge, du fait du mécanisme des violences, une participante informe ses patientes de la spécificité des violences conjugales (réticences, retours en arrière, ambivalence, etc.), les faisant déculpabiliser. Ces outils, nécessaires, sont décrits dans la littérature avec l'HAS et le rapport Henrion (4-9). Un médecin utilise le violentomètre (Annexe 5) pour l'aide au diagnostic de ses patientes. Simple et utile, il peut «mesurer» si la relation amoureuse est basée sur le consentement sans comportements violents, et a été conçu fin 2018 par le Centre Hubertine Auclerles, l'association En Avant Toute(s), la Mairie de Paris et l'Observatoire des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis et de Paris. Il prévient les différentes situations de violences vécues principalement par les jeunes femmes. Il a également pour objectif d'inciter filles et garçons à refuser leurs banalisations. De nombreux MG utilisent également leurs ordinateurs pour effectuer des recherches internet afin de trouver les numéros (3919), les contacts et les démarches médico-légales (rédaction du certificat de coups et blessures). Ils s'en servent pour la traçabilité du dossier médical et pour l'aspect médico-légal, permettant ainsi de protéger les patientes en stockant les preuves au cabinet pour éliminer le risque que l'agresseur ne tombe dessus. Enfin, cet outil est exploité pour compléter les informations délivrées lors de la consultation en dirigeant les victimes à distance, vers les sites internet dédiés. Une participante, dispose d'un fichier Word les référençant pour le remettre à ses patientes. Face à ce genre de situations au cabinet, la majorité des médecins s'entourent pour s'aider dans la prise en charge. L'outil étant de se créer un réseau pour ne pas rester seul. Ils orientent vers des autorités compétentes, (police ou des procureurs) pour effectuer un signalement et/ou dépôt de plainte. Ils utilisent ensuite les légistes et les services de médecines légales pour la réalisation des certificats médicaux. Ils intègrent les psychologues, psychiatres, travailleurs libéraux ou des structures de type CMP. Un autre médecin travaille en collaboration direct avec une assistante sociale. De plus, un généraliste utilise des structures d'accueil, type maison de la femme, pour l'exfiltration de la victime du domicile. Un autre pense aux urgences comme dernier recours, en cas de situations extrêmes.

Les outils décrits, correspondent à la prise en charge des MG dans la littérature, avec principalement : la délivrance de conseils, l'orientation et la rédaction des certificats médicaux (33). Dans des travaux, on décrit les mêmes interlocuteurs avec : les services de police/gendarmerie (dans 56,3 % à 84,5% des cas), les associations (22,7% à 68,1%), les prises en charge psychologique (52,3% à 51,7 %), les unités-médico-judiciaire (19,4 % à 40,3%) et les services sociaux (21,5% à 34,2%) (51-62).

Enfin, plusieurs généralistes s'entourent de l'avis de confrères ou consœurs permettant d'entendre leurs retours d'expériences et ainsi renforcer leurs discours pour aider à la prise de décisions des patientes.

En situation hypothétique, un généraliste demanderait l'avis au conseil de l'ordre pour les démarches à suivre. Une seule participante demande directement conseil auprès de la plateforme téléphonique du 3919.

## **b) Outils idéals en consultation**

### **1. Pour le dépistage : des moyens de rappels et d'intégration du dépistage**

Des MG trouvent que l'outil idéal doit permettre d'intégrer le dépistage dans les habitudes pour y penser plus souvent en consultation. Pour cela, les médecins proposent l'utilisation d'un item ou post-it «violences conjugales» dans le logiciel comme système de rappel mais également pour la traçabilité du dossier informatisé.

Le tout, doit être visible, rangé dans les antécédents et confidentiel, pour éviter l'impression écrite lors de la création de courriers.

Ils ajoutent également l'importance de la communication sur l'existence de la recommandation HAS et la sensibilisation comme une solution au rappel de la problématique. Mon intervention dans le cadre de l'étude a d'ailleurs sensibilisé les MG à la problématique des violences. Un médecin juge que c'est le rôle de l'ordre des médecins d'aider à la diffusion. On propose l'utilisation de fascicules à destination des MG ou encore les rappels sur AMELIpro.

Un autre praticien, soumet la possibilité de rendre le dépistage obligatoire, avec la création d'un repérage de masse organisé, pour une meilleure diffusion, intégration et adhésion par les généralistes dans leurs habitudes de consultations. Il propose donc, la création d'une consultation dédiée aux dépistages chez la femme par la sécurité sociale. Ce dépistage, organisé, pourrait intégrer différents thèmes de la santé féminine comme la contraception et les autres dépistages (frottis, mammographie). Ainsi, grâce à son caractère obligatoire, cela permettrait de le légitimer aux yeux des patientes, qui pourraient ne pas se sentir concerner, et aux yeux des médecins se sentant moins seul à le réaliser.

Dans cette étude, les avis sont mitigés sur l'utilisation d'échelles validées pour le dépistage. Plusieurs MG pensent que cela n'est pas adapté à la relation médecin-patient. Pour eux, il n'y a pas d'outil idéal à matérialiser pour le dépistage, mais plutôt, comme énuméré ci-dessus, d'utiliser le temps et l'écoute active pour permettre une alliance thérapeutique tout en respectant la durée des schémas cycliques, l'ambivalence de la patiente, la culture, les croyances et la vision du couple (4-9-27-53-54).

Un seul médecin propose la création d'un outil de dépistage officiel avec un questionnaire de dépistage rapide en quelques questions ouvertes.

Ces échelles existent comme le score HITS (outil validé et étant le plus sensible et le plus spécifique des tests) et le score WAST-fr (seul outil de dépistage des violences conjugales validé en langue française). Elles ont prouvé leurs efficacités dans le dépistage, leur intégration et leur acceptabilité dans la pratique grâce à leurs facilités d'application. Cependant, elles semblent avoir une adhésion supérieure dans les structures salariées (PMI, les centres de planification, les hôpitaux), leur caractère formel pouvant être un frein à leur réalisation (66-81-82-83).

## **2. Pour la prise en charge : création d'un réseau ambulatoire et d'un répertoire téléphonique**

Les MG sont unanimes sur l'importance de la création d'un réseau de proximité spécialisé aux violences conjugales, pour ne pas rester seuls et les aider à l'orientation. On propose pour cela la création d'une équipe mobile pluridisciplinaire avec une dimension sociale, juridique et psychologique pour permettre un relais ambulatoire. Il est nécessaire d'avoir un recours rapide et simple pour les démarches administratives.

De plus, les généralistes proposent la création d'un répertoire de numéros utiles. Sur le site du gouvernement, on retrouve ce répertoire dans la rubrique «j'ai besoin d'aide», avec l'utilisation de différents critères de recherche comme la localisation et l'activité recherchée (accueil, écoute, informations juridiques, accompagnement, hébergements, etc.) (84).

Plusieurs médecins évoquent la création d'un numéro dédié aux généralistes et aux professionnels de la santé. Le 3919, est le numéro national de référence pour les femmes victimes de violences, soutenu par le ministère en charge des droits des femmes. Il est adressé aux femmes victimes mais également adapté aux MG, puisque qu'il oriente et informe vers des dispositifs d'accompagnement et de prises en charge (85).

Dans notre étude, on rappelle qu'un seul médecin l'utilise directement pour la demande de conseils en consultation. Il serait intéressant de renseigner sur sa légitimité d'emploi pour les professionnels de santé.

### **3. L'intérêt d'une fiche outil pratico-pratique**

Comme dans la littérature (11), la majorité des MG de notre étude trouvent qu'une fiche pourrait les aider dans la prise en charge pratico-pratique des violences. On insiste pour avoir un outil pragmatique en consultation, pour une prise en charge adaptée, avec l'importance de fixer des objectifs concrets selon la situation.

Pour cela, il est intéressant d'avoir un protocole de base avec les différents moyens d'actions : des conseils sur le plan médico-légal, des contacts, des adresses pour orienter... La difficulté serait de l'adapter à chaque secteur géographique. Sur le terrain, son utilité se présenterait dans l'explication des démarches à réaliser et les réponses aux questions que pourraient se poser les patientes pour leurs départs. Un seul médecin trouve un intérêt modeste, privilégiant une prise en charge au cas par cas. Il existe actuellement pour répondre à cette demande les fiches de bonne pratique de L'HAS (Annexe 1).

### **4. Vers la création d'une fiche réflexe**

#### **a) Forme**

Cette étude est la première à s'intéresser à l'intégration de la recommandation et des fiches de bonne pratique de l'HAS (Annexe 1).

Bien que des MG trouvent les fiches complètes, la majorité considère, qu'elles sont beaucoup trop lourdes et peu utilisables en consultation. D'autant plus, qu'il en existe énormément pour tous les domaines de la médecine générale.

Il est donc indispensable de l'adapter à la consultation, de manière à le répéter plusieurs fois dans le temps, avec la nécessité d'être direct, synthétique, court et concis.

Plusieurs MG proposent d'utiliser un arbre décisionnel ou diagramme de prise en charge pour organiser les données, les rendre plus fonctionnelles et codifiées.

Il n'y a pas d'avis tranché sur la forme que pourrait prendre la fiche réflexe. Certains MG préfèrent une forme papier, pouvant éviter la recherche internet. On propose, pour cela, l'aspect d'un fascicule, plus ludique lors des explications. On conceptualise le projet avec une fiche interactive sous forme de plaquette, de pack ou de boîte à outils, à remettre à la patiente en prenant garde que l'agresseur ne tombe pas dessus.

A l'inverse, les autres intervenants préfèrent des fiches internet ou informatisées, avec l'éventualité de l'intégrer dans le logiciel pour accroître sa fonctionnalité.

Un médecin propose de combiner les deux idées par une fiche courte, écrite, avec compléments sur internet.

Nous avons décidé de créer la fiche réflexe sur la base d'un PDF, sous un format A4. Cet outil a été travaillé avec un professionnel de design et de communication informatique pour améliorer et faciliter l'expérience de l'utilisateur. Par soucis de visibilité, l'utilisation d'un diagramme n'a pu être mise en place. Il a donc été décidé, pour faciliter la lecture, de créer des items essentiels de prise en charge répertoriés en 2 sections :

La première, comprend deux parties : « Dépistage » et « Accompagnement ». Elle est adressée aux médecins généralistes.

L'autre section, peut-être imprimée et remise à la patiente, elle concerne : « L'orientation ».

Il a été choisi d'utiliser le style graphique et les couleurs de référence du site du gouvernement contre les violences conjugales (84), pour faire la promotion d'un outil officiel (Annexe 7).

## **b) Modifications et ajouts apportés aux fiches de bonne pratique de l'HAS**

### **1. Mise en condition et synthétisation des signes d'alerte**

Les MG insistent sur l'importance d'amener vers une consultation seule. Si ce n'est pas le cas, il serait intéressant d'avoir des astuces et des procédures pour y amener subtilement, par exemple en argumentant une raison médicale.

De plus, la partie sémiologie clinique, pour y penser, est beaucoup trop exhaustive pour plusieurs MG, montrant des symptômes peu spécifiques des violences (23-24). Bien que la connaître parait indispensable, ils soumettent de la synthétiser. Plusieurs MG proposent l'utilisation des titres des grandes parties, en découlera le reste du raisonnement.

On rappelle l'importance de la notion des violences psychologiques, omise par les MG (4-13-51). Ils soulignent et valident la mention de prise en compte du comportement du conjoint et des enfants.

Une notion importante retrouvée dans la littérature mais non soulevée par les médecins : la nécessité de mettre en avant les facteurs de risque des violences comme chez les patientes handicapées, personnes âgées ou étrangères ne parlant pas le français. Tous ces facteurs de risque, permettent à l'agresseur un plus grand contrôle et une plus grande emprise (22).

### **2. Mise en place d'un questionnement adapté**

Les MG proposent de garder une aide pour le dépistage avec quelques questions ouvertes types. Les questions adaptées au contexte de l'HAS paraissent trop intrusives pour les participants. Pour eux, il faut favoriser un dépistage plus subtil, pour ne pas fermer la discussion.

La première question : «Comment vous sentez vous à la maison ?», paraît la plus adaptée dans l'étude pour un questionnement systématique. Pour les participants, comme pour l'HAS, le dépistage consiste à la pose de simples questions ouvertes, selon le contexte, que chaque MG peut adapter à sa pratique (9). Sur le site : «[declicviolence.fr](http://declicviolence.fr)» (86), élaboré par le département de médecine générale de Clermont Ferrand, on propose des questions adaptées selon la présence de points d'appel ou de facteurs de risque.

### **3. Attention à la sémantique**

Un MG interpelle sur l'utilisation d'une mauvaise sémantique dans la fiche HAS avec le mot «agir». En effet, le rôle du MG n'est pas d'agir pour sa patiente (vision paternaliste de la médecine), mais de l'accompagner dans ses démarches. C'est à la patiente d'entreprendre et de mettre en action sa prise en charge (2-3-13-14). De plus, dans la partie sur la mise en place des mesures de protection, un généraliste préconise de mettre en avant la prise en charge pluridisciplinaire (24-51).

### **4. Protocoles de prise en charge**

Les participants souhaitent l'intégration d'une conduite à tenir en cas d'urgence, notamment par la mise en avant d'un plan de sécurité pour la préparation au départ (élément déjà présent dans les fiches HAS (9-62-86-87)).

Les MG soutiennent l'importance de l'information par des conseils d'ordre juridique (porter plainte, place des enfants) ou d'ordre financier (85). Un praticien estime intéressant de désigner une personne de confiance avec qui, la communication serait facilitée en cas de situation particulière au domicile. Dans la littérature, on parle de personne ressource (membre de la famille, voisin, amis...) à qui elle pourrait parler et qui pourrait l'aider dans la recherche d'un hébergement d'urgence ou encore le plan financier (87).

On mentionne également la mise en place d'une rubrique en cas de refus de prise en charge. Pour cela, une participante propose la mise en place du violentomètre dans les fiches pour aider les patientes minimisant les violences (Annexe 5).

En outre, l'évaluation de la gravité semble une notion importante, encore difficile à définir pour les MG (87). L'item présent dans la fiche ne suffit pas. Lors du Grenelle de lutte contre les violences chez les femmes en novembre 2019 (88), on proposait la création d'un outil d'évaluation de la gravité et de la dangerosité des situations de violences conjugales destiné à l'ensemble des professionnels. L'outil a été créé, mais à destination des forces de l'ordre... Ce pourquoi, dans le cadre de la levée du secret médical en cas de péril imminent, l'Ordre des médecins publie et détaille une grille d'évaluation de gravité dans un vade-mecum, avec le

ministère de la Justice et l'HAS (56).

Deux médecins insistent ensuite sur la mention «en cas d'urgence» lors de l'énumération du 15. Pour eux, les femmes dans le mécanisme d'emprise ne se sentent pas forcément légitimes de les appeler (53-54), ce service étant souvent saturé. Actuellement, il n'y a pas de numéro d'urgence spécifique aux violences conjugales, le 3919 étant un numéro d'écoute (85). Le ministère diffuse donc le 15 pour les urgences médicales ainsi que le 17 pour joindre la gendarmerie ou la police (85). A noter que le 114, initialement destiné aux personnes sourdes et malentendantes, (remplace le 15, 17, 18), a été élargi dès le 1er avril 2020 pour une accessibilité par SMS, à toutes les victimes de violences intrafamiliales et conjugales pour solliciter l'intervention des services de secours (gratuit 24h/24, 7 j/7 (85)).

### **5. Communication sur la spécificité des violences conjugales**

Pour un généraliste, il est nécessaire d'avoir des informations sur les phénomènes neurophysiologiques expliquant le psycho-traumatisme, et de sensibiliser sur les mécanismes d'emprise, d'ambivalence (59-61) et de reproduction du schéma familial possible (65-77).

### **6. L'importance d'un numéro unique de référence, le 3919**

Une majorité s'accorde sur la place essentielle des numéros et contacts avec recours rapides pour l'orientation. Leur visibilité sur les fiches n'est pas optimale et pourtant leur mise en avant est primordiale.

Les praticiens recommandent d'améliorer l'information en communiquant des numéros supplémentaires utiles, comme les associations, les hébergements d'urgence, les groupes de parole, les services sociaux, les intervenants dans la santé mentale, les coordonnées juridiques avec des avocats et la médecine légale...(75). Il paraît important de mieux détailler les numéros, tout en prenant en compte la difficulté d'avoir des contacts de proximité selon le secteur géographique. D'où l'intérêt de réorienter les lecteurs vers un annuaire des professionnels concernés : la plateforme du gouvernement, dans la rubrique «j'ai besoin d'aide,» comme énoncé précédemment dans la partie outil idéal en consultation pour la prise en charge (84).

On rappelle ainsi la pertinence d'un numéro unique dédié aux patientes et aux professionnels de santé comme le 3919, pouvant servir de centre d'appel pour orienter selon la région.

A noter que la 5eme mesure du Grenelle, prévoit un élargissement des plages horaires du 3919 à 24h/24h et 7j/7j ainsi qu'une accessibilité aux personnes en situation de handicap (88).

## **7. Avis divisés sur les certificats médicaux**

La rédaction du certificat médical est maîtrisée par l'ensemble des médecins (51) et plusieurs sont d'avis qu'il risque de «surcharger» la fiche réflexe. Pourtant, certains y trouvent de l'utilité pour rappeler les choses essentielles à inscrire, comme les répercussions psycho-comportementales de la victime.

Ils évoquent la possibilité de l'utilisation d'une trame type, comme celle présente dans la recommandation HAS sur la réalisation d'un certificat initiale (89). Les intérêts supplémentaires, sont les conseils qui en découlent, comme la valeur de la rédaction par le MG et l'importance de l'ITT. L'une des raisons qui va amener les victimes en consultation est la rédaction du certificat, cela fait partie du rôle des MG (4-32). Dans le travail de thèse de DAUTREVAUX (63), on montre que la rédaction de celui-ci entraîne encore une angoisse quant à son importance et sa valeur légale.

Dans la même rubrique, un médecin insiste sur la notion de preuves, avec la réalisation de photos pour compléter la rédaction du certificat, détail intéressant énoncé dans la fiche HAS.

### **c) La diffusion**

Les participants proposent d'utiliser l'outil informatique pour une accessibilité simple sur internet par une mise en évidence dans les moteurs de recherche.

De plus, on évoque la mise à disposition dans le site officiel du gouvernement de lutte contre la violence faite aux femmes (84) ainsi que sur les sites répertoriant les outils utiles en consultation de médecine générale comme : " <https://kitmedical.fr>".

De plus, les MG proposent l'utilisation des mails professionnels et de la plateforme AMELIpro, où pourrait être préenregistrée la fiche réflexe. Pour l'utilité de la fiche, les médecins ré-insistent sur la diffusion de la recommandation HAS pour ne pas méconnaître l'importance du sujet et la nécessité de réaliser un dépistage systématique.

Un travail pluridisciplinaire avec d'autres professionnels concernés semble nécessaire pour améliorer son contenu en pratique, du fait de la diversité des intervenants dans la prise en charge des violences (75-87).

Rappelons, que les fiches de bonne pratique HAS, ont été le fruit d'un groupe de travail multidisciplinaire et multi-professionnel (9). Une étude supplémentaire interventionnelle, à partir de la fiche réflexe créée paraît nécessaire (Annexe 7). Il serait pertinent d'évaluer l'impact du changement de pratiques avant et après sa distribution dans les cabinets de médecine générale, avec comme objectif secondaire, d'affiner l'outil à leurs expériences.

## **5) Perceptives en termes de santé publique**

### **a) Sensibiliser la population aux violences conjugales**

#### **1. Campagnes nationales**

Les médecins reconnaissent l'importance de communiquer avec des campagnes de sensibilisation sur les violences faites aux femmes, clé pour un meilleur dépistage.

Leurs intérêts ont été prouvés dans plusieurs études (3-4-12). Pour les généralistes, les informations transmises donnent lieu à une prise de conscience des situations anormales et met en évidence l'accessibilité des solutions pour les prises en charge, montrant aux femmes qu'elles ne sont plus seules.

Cela démontre que tout le monde est concerné et qu'il n'existe pas de gradient social ou culturel. On fait ainsi déculpabiliser les victimes et on cible également l'entourage qui assiste à la problématique. On informe ensuite sur la place des enfants, victimes collatérales des violences, et sur le risque de reproduction du schéma familial.

Les praticiens désignent différentes méthodes de communication : la télévision (avec les spots publicitaires et les émissions), les affiches (fournies par les ministères concernés), les plaquettes (à distribuer aux patientes dans différents lieux tels les cabinets médicaux).

En effet, ce sont des outils principaux de communication en médecine générale pour diffuser les numéros, les informations et surtout pour avoir un message clé : le généraliste est un interlocuteur de confiance.

La dernière campagne dans le cadre du Grenelle des violences conjugales «STOP AUX FEMINICIDES», détaille tous les moyens mis à disposition des victimes pour ne rien laisser passer, utilisant les outils proposés par les généralistes de cette étude (affiches, dépliants et vidéos) (88).

Cette année, face à une période critique de confinement pour les femmes victimes de violences, et à l'occasion du 25 novembre (Journée Internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des Femmes), le gouvernement lance : «PRENONS 25 SECONDES POUR RAPPELER LES OUTILS QUI SAUVENT.». Il relaye ainsi les 4 outils vitaux à destination des victimes et témoins de violences faites aux femmes ; le 3919, le site [arretonslesviolences.gouv.fr](http://arretonslesviolences.gouv.fr), le 17 et 114 (par SMS) pour les urgences (90).

#### **2. Prévention en médecine scolaire**

Pour certains MG, la prévention est le maître mot dans la lutte contre les violences. Pour eux, elle se fait dès le plus jeune âge avec l'éducation. La médecine scolaire a donc son rôle à jouer pour rompre le schéma familial, culturel et les grandes aberrations véhiculées dans la société sur la place de la femme.

C'est un combat qui concerne aussi bien les hommes que les femmes. Dans une enquête sur le climat scolaire de 2017, on montrait que les insultes à caractères sexistes augmentent, passant de 5,5 % en 2013 à 8,3% des collégiens en 2017. Cette imprégnation sexiste, facilite insidieusement l'acceptation des femmes qui n'osent pas réagir et encourage aussi la tolérance de la société à l'égard de violences généralement minimisées (91).

Comme soulevé par un participant, faute d'une éducation à la sexualité adaptée aux besoins des jeunes (la pornographie et les réseaux sociaux accompagnant leurs débuts dans la vie amoureuse le plus souvent), on favorise la diffusion de représentations stéréotypées, empreintes de fortes inégalités entre les sexes.

Il y a donc urgence à développer une éducation à la sexualité, assortie d'une information sur l'égalité dans le cadre des enseignements, avec adaptation des programmes ou ajout d'un module d'éducation civique dès le plus jeune âge (91).

Cela fait partie des premières mesures du Grenelle de 2019 (88), avec la mise en place d'un module de formation initial et continu, rendu obligatoire sur l'égalité, à destination des personnels de l'éducation nationale, ainsi qu'un module obligatoire sur la prévention des violences conjugales.

Enfin, un conseil de vie collégienne et lycéenne sera dédié, chaque année, pour réaliser un diagnostic annuel sur l'égalité filles-garçons en milieu scolaire, avec une attention portée à la participation des élèves en situation de handicap, permettant la création d'une culture de prévention et de sensibilisation.

## **b) Médiatisation et valorisation de l'émancipation**

### **1. La libération de la parole des femmes et affirmation des démarches**

L'ensemble des MG approuve la médiatisation permettant : l'ouverture de la parole, la rupture de l'isolement et l'information sur les conduites à effectuer notamment par la mise en avant des acteurs de proximité, comme le médecin de famille.

Pour eux, cela fait prendre conscience de l'ampleur du sujet, qui est sous-estimé par la population générale. Effectivement, il y a encore quelques années, les femmes se taisaient devant les difficultés à aborder ce sujet tabou.

Pour les MG, cela permet également d'appuyer les démarches des femmes : les témoignages publics d'anciennes victimes qui s'expriment sur le sujet, apportent des arguments supplémentaires, en plus de ceux du généraliste, pour rompre le schéma familial, l'inciter à partir et à s'émanciper. Les victimes, sous silences, s'identifient et ont le courage pour initier des démarches. Ces arguments, soutenus par les MG, sont confirmés dans la littérature par une étude sur les bénéfices thérapeutiques des témoignages des violences conjugales (92).

Enfin, pour certains médecins, la médiatisation sert de prévention médicale à grande échelle et ce dès le plus jeune âge. Cela, amène de la pédagogie vis à vis des hommes qui peuvent souffrir de ce changement, ne sachant plus comment se positionner. Pour un généraliste, le changement doit se faire à deux. Les hommes doivent faire leur révolution et se dégager de cette image de virilité qui les emprisonne pour aller vers un équilibre et une égalité homme /femme d'intérêt commun.

Un spot très impactant de novembre 2020 de la Maison des Femmes vient sensibiliser l'opinion publique à cette problématique cruciale, avec #BeaMan ("sois un homme") qui questionne l'injonction à la virilité chez les hommes à travers la parole masculine de l'athlète Cédric Doumbé, champion du monde de kickboxing, on reconnaît une conviction : "Le combat contre les violences faites aux femmes doit inclure les hommes".

## **2. Limites : Désinformation et modification modeste des pratiques**

Pour deux généralistes, l'information a une portée si elle est faite de façon concise. Ils se méfient des médias qui peuvent donner des messages erronés. De plus, un médecin met en garde sur la stigmatisation que pourraient subir les femmes médiatisées, les définissant involontairement comme victimes. Un autre, identifie le risque de rendre le sujet «trop féministe» avec le danger de faire l'amalgame : le but étant d'intégrer les hommes dans la médiatisation et dans le changement de mentalité. Un seul médecin n'y voit aucun intérêt, trouvant que l'on politise le sujet.

Pour la majorité, la médiatisation n'a pas modifié l'incidence du dépistage en consultation et ils n'ont pas changé leurs habitudes. En effet, seul deux médecins ont vu une augmentation d'incidences, avec des patientes qui se rendent compte rétrospectivement de situations anormales. Deux autres médecins, nous confient être plus en alerte et se servent de la médiatisation pour appuyer leurs discours, notamment pour l'acceptation de la prise en charge. Pour un participant, ce n'est pas la médiatisation qui a modifié l'incidence, mais la période de confinement lors de la crise sanitaire de la COVID-19. Cela, est confirmée avec une hausse des appels 3919 de tiers et la majoration de l'utilisation des moyens de communication discrets dans un contexte de « huit-clos » familial (93). En effet, on constate une augmentation dix fois plus élevée pour les tchats de l'association «En avant toute(s)», et l'emploi quatre fois plus élevé des tchats avec le portail de signalement du ministère de l'Intérieur et par trois pour les SMS au 114.

### **c) Formation des professionnels de santé**

On rappelle que la plupart des médecins ne sont pas formés aux violences conjugales au cours de leurs études (11-51-94-95). Une participante, maître de stage, qui réalise le dépistage systématique en routine, fait le même constat chez ses internes. Pour les généralistes, il est donc impératif d'avoir des formations pour connaître la prise en charge et permettre de dépister plus facilement.

Une étude britannique, publiée dans The Lancet en 2011 (94), auprès de 48 médecins dont 24 d'entre eux reçoivent une formation sur les violences conjugales, montre que les médecins ayant reçu cette formation, dépistent 3 fois plus de femmes victimes de violences, même sans pratiquer de dépistages systématiques. Des travaux de thèse, nous montre qu'après formation, le dépistage passe de 10,6 % à 43,6% pour les généralistes. Même constat pour les internes, on passe à 42 % alors qu'aucun ne le faisait (95).

Les participants de notre étude proposent différents moyens et types de formations.

En premier lieu, on propose de former les médecins dès le parcours universitaire avec l'intégration d'un module «violences conjugales» chez les internes de troisième cycle. On fait le même constat dans un travail de thèse sur la formation idéale, la majorité des médecins ont répondu que l'organisation de cette formation devait se faire pendant l'internat, pour une question de maturité et après avoir été confronté à l'expérience de terrain par un stage chez le praticien (96).

Dans le cadre du DES de médecine générale, chacune des onze grandes familles de situations définies par le référentiel métier du médecin généraliste doit être rencontré pour acquérir les compétences professionnelles (97). Parmi les onze familles de situations, on trouve les «situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple », dans lesquelles rentrent bien évidemment les situations de violences conjugales. Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages et peuvent donc faire l'objet de recherches personnelles. L'abord du sujet peut se faire également, lors de la rédaction d'un récit de situation complexe authentique ou lors des groupes d'échanges de pratiques, qui sont obligatoires pour la validation du DES. Toutes ces propositions de formations, au niveau de la faculté, peuvent hypothétiquement aborder le sujet des violences conjugales, mais cela va pourtant dépendre de la rencontre de cette situation en stage et de la propre formation des intervenants exerçant les cours.

Ensuite, les participants proposent une formation magistrale pouvant s'intégrer dans les revues de littératures médicales ou dans les formations médicales continues (FMC) avec la participation aux congrès de médecine générale. On suggère également l'utilisation de cas pratiques et de mises en situation, plus adaptés dans les groupes d'échanges et les groupes de

pairs. On mise sur la proximité des intervenants pour informer sur les acteurs locaux, ainsi que sur l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire.

Les MG insistent sur une formation à la prise en charge psychologique et sur la neurophysiologie des violences conjugales (l'emprise, la dissociation, la mémoire traumatique et l'ambivalence) qui provoquent encore beaucoup d'incompréhension chez les généralistes, avec une tendance à la stigmatisation des victimes (63-64-65). En effet, la compréhension de la psychopathologie des victimes et du cycle de la violence est un réel manque dans le cursus initial ou post universitaire (51). Les médecins doivent s'adapter à l'évolution de la patiente dans son processus d'acceptation et de reconnaissance de son statut de victime. L'accompagnement de la femme s'établit sur la durée, pouvant parfois, ne pas aboutir à un résultat satisfaisant pour le médecin (53-54).

Un généraliste propose également un encadrement psychologique lors des formations pour que les médecins apprennent à se protéger aux transferts des émotions de leurs patientes.

Dans le cadre du 4eme plan de la MIPROF (8) des outils de formation ont été élaborés en lien avec les ministères concernés. Les kits de formation (avec courts métrages, livrets d'accompagnements) en fonction du type de violences (Kit Elisa pour les violences sexuelles, le Kit Anna pour les violences conjugales, Tom et Léna pour l'impact de la violence sur les enfants, etc.) sont disponibles sur le site du gouvernement (84). De nombreuses actions de formation ont été engagées, notamment en direction des professionnel.le.s de santé, des travailleur.e.s sociaux.ales, des forces de l'ordre et des magistrat.e.s. Plus de 300 000 professionnel.le.s ont été formé.e.s selon la MIPROF depuis 2014 avec ces nouveaux outils.

#### **d) Renforcement et création de structures d'accueil spécifiques**

Pour les participants, il faut permettre l'applicabilité de la recommandation. Pour cela, un médecin pense à l'accessibilité de la prise en charge par la possibilité de services gratuits, notamment pour la part psychologique. Si les consultations de psychologie étaient remboursées par la CPAM, il serait légitime de les proposer à toutes les femmes en consultation quelle que soit sa situation financière.

Un MG accuse l'état de décharger la responsabilité des prises en charges sur les associations, qui sont souvent le principal moyen de recours pour les patientes. Pour lui, il y a une urgence à réagir, en donnant des moyens et des fonds, avec une augmentation des subventions de l'état. Une analyse empirique des changements politiques intervenus dans le temps dans 70 pays, suggère que parmi tous les facteurs, la présence de mouvements de femmes autonomes était le principal moteur de l'action gouvernementale progressive en matière des violences à l'égard des femmes (98). Selon le Grenelle, plus d'un milliard d'euros a été consacré en 2020 à l'égalité entre les femmes et les hommes, dont plus de 360 millions à la lutte contre les violences (88).

De plus, les MG notent l'importance de la création d'une structure solide pour la prise en charge pluridisciplinaire et spécialisée des violences. Cela, fait partie de la 11eme mesure du Grenelle de 2019. Une mission d'intérêt général (MIG) a été créée afin de généraliser les « Maisons des Femmes », avec le financement des initiatives existantes et le développement de nouvelles structures pour couvrir l'ensemble du territoire national. Ces structures seront dédiées à la prise en charge adaptée comprenant à la fois : un accueil ouvert, la délivrance de soins et l'accompagnement psycho-social (50-88). Dans notre étude, les MG confirment leur utilité, comme lieu d'informations sur les questionnements touchant la féminité.

Pour éviter d'étiqueter l'endroit comme un centre de difficultés sociales, avec seulement les aspects péjoratifs, on propose d'y apporter une dimension culturelle. Les MG argumentent les bénéfices thérapeutiques de cette structure, par une mise à distance de leurs foyers et par l'écoute des victimes, permettent de la faire sortir de leurs quotidiens, les faire réfléchir à leurs propres situations et leurs redonner de l'assurance.

En plus du financement par la MIG, s'ajoute les structures de consultations régionales de psycho-traumatisme, déjà créées partout en France, comme à la Clinique Fontan du CHRU de Lille (88). Un médecin considère que les professionnels intervenants doivent être formés aux vécus traumatiques des violences et sur ses phénomènes spécifiques pour un travail adapté sur la mémoire traumatique, sur l'estime de soi et une reprise d'autonomie. (53-54).

Concernant les structures d'hébergements d'urgence, plus de 1 000 nouvelles solutions de logements et d'hébergements ont été ouvertes à partir de janvier 2020. Une convention entre le 3919, le 119 et le ministère du Logement a été signée pour cibler au plus vite les places d'hébergement (88).

## **e) Renforcement du système judiciaire**

### **1. Des recours rapides et efficaces avec sensibilisation des forces de l'ordre**

Un médecin accorde une attention particulière sur le changement du système judiciaire et encourage dans sa localité les mesures d'éloignements avec un système plus direct. En effet depuis la loi du 28 décembre 2019 (99), en cas de départ précipité, une simple main courante au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie, permet un départ du domicile de la victime avec ses enfants. On permet également de réaliser une ordonnance de protection (OP) avec le juge des affaires familiales (JAF) sans l'existence de plainte au préalable.

La loi réaffirme toutes les mesures protectrices pouvant être mises en place dans le cadre de ce dispositif. Ces dernières permettent d'assurer : la sécurité physique des personnes (interdiction de recevoir, de rencontrer ou d'entrer en relation, interdiction de détenir une arme, dissimulation de l'adresse de la demanderesse), la sécurité juridique en qualité de parent (autorité parentale

et modalités de son exercice) et la mise à l'abri et la sécurité économique (principe d'attribution du logement à la partie demanderesse).

De plus, on met à disposition un Téléphone Grave Danger (TGD) qui est un dispositif de protection remis par le Procureur aux femmes victimes de violences conjugales ou de viols et se trouvant en très grand danger. Ce dispositif permet d'alerter et de faire intervenir immédiatement les forces de l'ordre en cas de menaces ou de violences grâce à la géolocalisation de la victime.

L'assemblée nationale a également adopté à la quasi-unanimité, la généralisation du bracelet anti-rapprochement et a déployé rapidement 1000 bracelets en 2020 (88-99).

La nécessité des démarches directes et rapides est témoignée par les participants de notre étude. Des travaux de coordinations entre police/gendarmerie et les directions des hôpitaux et des cliniques ont été engagés. Des conventions permettent la prise de plainte dans les hôpitaux et les cliniques (88). De plus, une plate-forme de signalements par tchat en ligne est désormais disponible sur le site du ministère avec un service 7j/7 et 24h/24 (84). Enfin, depuis la crise sanitaire du COVID-19 et la majoration des violences intrafamiliales, un dispositif de signalement en pharmacie vient d'être mis au point par le Ministère de l'Intérieur en collaboration avec l'Ordre national des pharmaciens. Toute victime pourra ainsi se signaler en se rendant dans une pharmacie, laquelle alertera tout de suite les forces de l'ordre pour qu'elles interviennent en urgence. Dans le cas où la victime serait accompagnée, il est même envisagé l'institution d'un «mot code» comme «masque 19» afin que celle-ci puisse donner l'alerte (100).

Pour les généralistes, il faut permettre à la patiente d'être en confiance et d'oser franchir le pas de la dénonciation. Elles doivent être accueillies dans les commissariats et brigades de gendarmeries dans les meilleures conditions possibles en étant, écoutées, orientées et prises en charge. Comme les MG, les forces de l'ordre et la gendarmerie font parties des premiers interlocuteurs de la victime (29). Ils doivent donc se former à l'écoute, à la prise en charge et être sensibiliser à la spécificité des violences conjugales. Les parcours de formation initiale et continue ont été renforcés à l'accueil des femmes victimes de violences conjugales pour les policiers et les gendarmes (88). Ces formations porteront notamment sur le phénomène de l'emprise, l'évaluation du danger (mise en place de la grille d'évaluation) et les interventions à domicile. Depuis mai 2019, un module spécifique relatif aux violences faites aux femmes d'une durée de 8 heures est intégré dans toutes les formations initiales des élèves. Enfin, pour mieux accompagner la victime, il y a eu la création de 80 postes supplémentaires d'intervenants sociaux dans les commissariats et gendarmeries (88).

## **2. Majoration des sanctions et protection des enfants**

Le manque de sanction des agresseurs est pointé du doigt par un généraliste. Il insiste sur le départ du domicile de l'agresseur, et non celui de la victime. Cette mesure d'attribution du logement à la partie demanderesse est possible grâce au renforcement de l'OP (99).

De plus, il est désormais possible au juge pénal d'aménager ou suspendre l'autorité parentale du conjoint violent et ce, de façon systématique en cas de féminicide (88-99).

Ensuite, le phénomène de «suicide forcé» est reconnu comme nouvelle circonstance aggravante pour les auteurs de violences en cas de harcèlement ayant conduit au suicide ou à une tentative de suicide de la victime (10 ans de prison et 150000€ d'amende) (88).

Le dernier point abordé par les généralistes sur le thème judiciaire, est la place des enfants. Il est primordial de les protéger. L'exposition à des violences intrafamiliales est ainsi explicitement reconnue comme l'exercice d'une violence sur l'enfant exposé.

Dans le cadre du Grenelle (88), il est prévue de généraliser sur tout le territoire d'ici 2022 les unités d'accueil médico-judiciaires pédiatriques (uamjP) afin de recueillir dans de bonnes conditions la parole de l'enfant et l'orienter vers des soins adaptés.

De plus, l'état de la situation familiale sera évalué systématiquement par l'aide sociale à l'enfance en cas de violences conjugales, à défaut une évaluation administrative, dès le stade de l'enquête et à tous les stades de la procédure.

Il sera également développer des espaces-rencontres, lieux neutres protégeant les mères et leurs enfants en cas de séparation des parents, afin que le droit de visite puisse s'exercer.

Enfin, dans tous les établissements scolaires, sera prévu un document unique de signalement et un guide réflexe à destination des personnels des établissements afin de mieux repérer et mieux signaler les violences intrafamiliales dont les élèves sont victimes (80% des femmes victimes de violences conjugales sont mères).

## **3. Le signalement administratif**

Dans notre étude la possibilité d'un signalement administratif est retenue par certains MG, permettant un recours rapide, efficace et une facilitation d'entrée dans les structures adaptées à la prise en charge. Pourtant, ce signalement existe mais peu le réalise. Dans un travail de thèse, seul 7% des médecins le propose à la victime, après leur accord (62). Dans cette même étude, en plus de méconnaître cette mesure, les raisons de ne pas employer cet outil étaient : de ne pas être confronté au problème, de ne pas savoir le faire (craignant des retombées judiciaires) et de ne pas comprendre l'intérêt de le réaliser à la place de la victime. Pourtant, porter plainte n'est jamais chose aisée et justifie d'aider la femme dans ses démarches.

En l'absence de consentement et lors de situation graves nécessitant une protection judiciaire sans délai du procureur de la république, l'article 226-14 du Code pénal existe et concerne les mineurs ou personnes vulnérables. La loi a été complétée par un 3° prévoyant depuis juillet 2020, la levée du secret médical est possible si les violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que la victime se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences.

Un médecin propose de créer, sans caractère d'urgence, une information préoccupante, au même titre que chez l'enfant, pour l'évaluation de la situation chez les victimes, à combiner avec un centre multidisciplinaire et des professionnels formés sur la violence chez les femmes.

## **6) La place de l'homme dans la violence conjugale**

### **a) La spécificité des violences conjugales contre les hommes**

Plusieurs MG mettent en garde sur le fait de ne pas mentionner la violence contre les hommes dans la recommandation. En effet, cela pourrait supposer que les violences n'existent que chez les femmes. Pourtant, les données officielles révèlent l'ampleur du phénomène. Selon l'enquête cadre de vie et sécurité de 2019, plus du quart (28%) des victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles autodéclarées sont des hommes (19). L'étude nationale relative aux morts violentes au sein du couple montrait que 28 hommes sont mort en 2018 (20). En 2018, 12% des victimes enregistrées par les services de police ou de gendarmerie étaient des hommes (5) (en prenant en considération que les hommes ont tendance à moins dénoncer les faits de violences subies). En effet, les hommes victimes de violences domestiques consultent moins que les femmes (101). L'obstacle psychologique est souvent présent, se reconnaître comme homme battu ou victime de violences conjugales porte atteinte à ses caractéristiques identitaires d'homme fort et protecteur que lui attribue notre société (101). Contrairement aux femmes, les hommes victimes se sentent piégés par la société. Les actes de violences d'une femme envers son conjoint vont à l'encontre des stéréotypes (102). L'idée de la violence féminine à l'encontre des hommes est donc difficile à accepter (103). Avec ce constat, les MG soumettent l'intérêt de l'ouverture de la parole par la généralisation de la recommandation du dépistage systématique aux violences faites aux hommes. Pour autant, les avis divergent sur la place des hommes dans la fiche réflexe créée à l'occasion de cette étude. Pour une participante, il serait intéressant d'élargir les fiches aux hommes, quitte à en faire un outil plus ouvert. Un autre, trouve plus judicieux de créer un outil qui lui soit spécifique, les violences conjugales contre les hommes étant une entité à part entière, avec des mécanismes de défenses différents.

Dans la littérature, l'homme développe des stratégies d'adaptation (104-105). Il se protège en anticipant le danger. Il se surinvestit dans son travail, se dépasse en développant des aptitudes de patience, de compassion ou de pardon qui lui procurent un sentiment de valorisation personnelle. Ces stratégies mises en place expliquent qu'ils ne vont pas naturellement rechercher un soutien extérieur et que le phénomène demeure mal connu. De plus, dans le peu de littérature retrouvée sur le sujet, le mécanisme des violences paraît différent. Dans une étude, on ne retrouve pas les phases du cycle de la violence (pas de phases de justification, ni de phases de « lune de miel ») (17-106). Une fois les premières violences installées, il persiste un climat de tension permanent entrecoupé de phases d'agression. Ce schéma linéaire des violences, permet de mettre en évidence un seuil, qui semble être l'élément déclencheur à la prise de conscience des violences subies et à l'envie d'en sortir.

Selon Sophie Torrent, diplômée du Département de travail social et des politiques sociales de l'Université de Fribourg (105), d'autres stratégies de violences psychologiques contre les hommes se mettent en place. Une des formes les plus insidieuses consiste à manipuler l'homme en l'incitant et en l'éveillant à la violence physique. La présence de ce potentiel de violence en lui, met l'homme dans une position de tension quotidienne. Il sait qu'un seul manque de maîtrise peut avoir des conséquences très lourdes. L'homme victime de la violence de sa compagne devient son propre ennemi. Il se met à craindre ses propres comportements et ses moyens de défenses s'inhibent. Au vu de ces mécanismes, il est donc essentiel d'élaborer des réponses de prise en charge adaptées et individualisées, ainsi que des stratégies multidisciplinaires de détection, d'accueil, d'accompagnement des hommes violentés. Il existe actuellement des lacunes face à ces situations (107). La levée du tabou par l'ensemble de la société est donc nécessaire. Elle passe par l'information, la sensibilisation, la médiatisation et l'évolution des représentations des rapports sociaux entre les deux sexes (102-103).

### **b) La prise en charge de l'homme violent**

Pour les MG, il faut accompagner le conjoint pour une éducation vis à vis de la violence. Ils proposent la réalisation de fiches explicatives pour les sensibiliser. Ils rappellent ensuite l'importance de l'écoute. Même si les violences sont impardonnables, il faut essayer de comprendre l'agresseur, la solution étant d'aider les deux.

En effet, la synthèse bibliographique de Santé Publique France montre les traits de personnalité particuliers des agresseurs (22). On retrouve l'égoïsme, l'immaturité (avec une intolérance à la frustration), de l'impulsivité, une incapacité à réguler certains comportements, de la rigidité, des compétences relationnelles déficientes, de la dépendance associée à l'angoisse d'abandon et une fluctuation de l'humeur. On expose également des troubles d'ordres psychologiques comme la dépression, l'anxiété, le syndrome de stress post traumatique, troubles de la

personnalité et des abus de substances (alcool, substances psychoactives). L'alcool est présent dans 40 % des violences familiales et on constate la présence d'au moins une substance susceptible d'altérer le discernement de l'auteur et/ou de la victime au moment des faits (alcool, stupéfiants ou psychotropes).

Un rapport de 2006, dans le cadre du plan de lutte contre les violences faites aux femmes, publiait déjà la nécessité de moyens de prise en charge du partenaire violent, dans le but d'éviter la récurrence (108). Il était mentionné de développer des consultations spécialisées individuelles pour les hommes violents et l'utilisation de groupes de parole.

Lors du Grenelle (88), des mesures ont été prises, avec la mise en place dès 2020 de deux centres de suivi et de prise en charge des auteurs par région (FNACAV, Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en charge des Auteurs de Violence). Ces centres, comme celui d'Arras, permettent d'assurer la prévention de la récurrence ainsi qu'un suivi psychologique et psychiatrique. On prévoit également un examen approfondi de la personnalité de l'agresseur pendant le délai entre la présentation au procureur et la comparution devant le tribunal correctionnel, avec l'appui d'un pool d'experts spécialement constitué.

## **7) La levée du secret médical**

La levée du secret médical en cas de péril fait débat et suscite beaucoup d'interrogations (57). Dans notre étude, les avis sont divisés et la loi provoque de nombreuses questions sur son mode de fonctionnement. On rappelle la difficulté de cadrer la définition du péril imminent. Les violences peuvent être réalisées sur un coup de folie. Cela rend difficile à la conclusion de suppositions, surtout si une femme ne veut pas parler ou se met sous son meilleur jour en consultation. De plus, les MG ont des difficultés à se prononcer en raison du caractère nouveau, du manque d'expérience, de la difficulté à se projeter et à concevoir cette situation. La négociation est toujours possible selon deux généralistes.

Outre la difficulté à définir le cadre du péril imminent, ils considèrent que ce n'est pas leur rôle de l'appliquer. Cela deviendrait un jugement de valeur et sort du cadre de compétence (de juger et d'apporter des éléments de preuves). Ils ont peur de relayer une mauvaise appréciation de la situation, avec le risque des retombées judiciaires qui s'en suivent. Certains MG notent que le gouvernement défait la responsabilité sur les médecins. Pour eux, juger du péril imminent, est le rôle de la police souvent premier intervenant sur les situations d'urgence (29). Elle a effectivement un impact réel sur la protection des patientes par la mise à l'abri et l'intervention directe sur l'agresseur. On énumère également les urgentistes, interlocuteurs privilégiés des situations d'urgence avec la police (4-5). Dans tous les cas, deux médecins nous avouent qu'en cas de lésions graves et nécessité d'un signalement, il passe par intermédiaire des urgences.

Pour répondre aux questionnements soulevés par les professionnels de santé, notamment sur la difficulté de l'évaluation du péril imminent, rappelons que l'Ordre des médecins publie, avec le ministère de la Justice et l'HAS, un vade-mecum pour accompagner les soignants dans la mise en place de cette nouvelle loi (56).

La majorité des MG dans notre étude sont donc contre la levée du secret. Ils craignent la rupture du lien de confiance à la divulgation des violences contre l'avis de la patiente. Symboliquement un médecin insiste avec le serment Hippocrate. Les MG ont un rôle de confidents et d'exutoires pour la patiente. Le risque, c'est que les patientes ne viennent plus se confier craignant la rupture du secret médical. Cela deviendrait contre-productif, voir délétère pour la patiente. Dans la littérature, la divulgation des violences est sous dépendance du respect du secret médical, auquel les victimes sont très soucieuses (4-109-110). De peur que les patientes ne viennent plus se confier, un médecin, préférerait prendre la responsabilité de lever le secret médical, plutôt que cela soit inscrit comme possible dérogation dans le code. Les MG jugent qu'ils ont un rôle de guide sans pour autant substituer et que la prise des décisions revient à la patiente, responsable et en capacité de décider. Les praticiens considèrent qu'il y a un risque à la divulgation lorsque les femmes ne sont pas prêtes à agir ou dans le déni des violences, avec des conséquences d'ordres psychiques et judiciaires. Les femmes peuvent nier la situation, donc supprimer les éléments de preuves et d'accusations. Cela reviendrait à l'arrêt de la prise en charge avec pour conséquence derrière, la majoration possible des violences.

Quelques retours positifs ont été soulevés par les MG de l'étude. La principale motivation est le devoir de protection des patientes sous l'emprise. Bien que pour un généraliste, l'existence d'une loi, ne change pas le fait de signaler pour porter assistance à une personne en danger. L'autre intérêt, est de décharger la responsabilité sur le médecin pour servir d'alibi aux patientes face à l'agresseur. Ces motivations sont sous conditions, il faut essayer de convaincre la patiente et si c'est le cas, il faut communiquer sur l'efficacité de cette loi et sur le fait que cela n'est pas une fatalité. Sur le plan judiciaire, il faut que le signalement soit réalisé avec une autorité compétente représentant la justice avec une vraie protection derrière, pour éviter les représailles du conjoint.

Au final, le sujet fait encore débat chez les MG (57) et au niveau de la justice. Un rapport de l'Inspection Générale de la Justice déclare qu'il y a aucune étude prouvant son efficacité (111). Il serait intéressant dans un prochain travail de demander le point de vue des patientes victimes et de développer des études sur les bénéfices apportés par cette mesure.

## CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'écouter les généralistes sur la problématique du dépistage systématique des violences conjugales, pour mettre en lumière leurs difficultés et leurs besoins. Malgré la mise en place de la recommandation et la création de fiches pratiques par l'HAS, on constate que le dépistage n'est toujours pas rentré dans les habitudes des généralistes. Ils le justifient par une méconnaissance de cette indication et par un défaut d'automatismes. Pourtant, ils reconnaissent leurs rôles de premier recours et de maillons clés du réseau pour une prise en charge globale de la patiente. En reprenant les principaux axes de difficultés, on s'aperçoit que les résistances sont en partie liées à la construction de faux a priori sur le sujet. Il en ressort certains points importants : l'impression d'un sujet tabou (altérant la relation médecin-patient), le doute de l'intérêt du dépistage chez leurs patientes et une sous-estimation de la problématique. Ils trouvent être, à peine, où jamais confrontés aux constats de violences. Cette mésestimation est en lien avec un manque de sensibilisation sur la problématique, augmentée par la difficulté du repérage des violences «non visibles» de type psychologiques et par l'absence de signes cliniques spécifiques.

Le manque d'aisance et de connaissances dans la prise en charge est également mis en avant par les généralistes. De nombreux participants n'ont eu aucune formation durant leur cursus et reconnaissent une carence pouvant expliquer leurs difficultés de repérage, de prise en charge et leurs préjugés. Ces difficultés impliquent inévitablement des émotions, principalement l'impuissance. On décrit des retours d'expériences, parfois choquants, liés à l'emprise et à l'ambivalence des victimes. La notion d'isolement est également retrouvée lorsque les médecins se heurtent aux problèmes d'orientation. Certains, expriment une remise en question de leurs pratiques avec un sentiment d'échec. Les praticiens doivent effectivement s'adapter à l'évolution de la patiente, dans son processus d'acceptation et de reconnaissance de son statut de victime. L'éclairage sur ces stratégies de défense permet d'envisager la victime autrement, de comprendre puis d'accepter les différents mécanismes qui habitent ces femmes et qui déstabilisent les soignants. Ainsi, pour mieux appréhender et diminuer ce sentiment de frustration et d'angoisse face à l'échec, il serait intéressant de former les médecins sur la physiopathologie spécifique des violences conjugales et à leurs prises en charge. Les généralistes sont demandeurs et proposent une formation dès le parcours universitaire, avec l'intégration d'un module «violences conjugales» chez les internes de troisième cycle, à compléter avec la formation médicale continue. Par ailleurs, la sensibilisation des autres professionnels (gynécologues-obstétriciens, psychiatres, etc.) pourrait également avoir un intérêt réel. On propose d'intégrer le dépistage dans les consultations de médecine du travail.

En termes de santé publique, les médecins encouragent la poursuite des campagnes de sensibilisation, associées à l'éducation de la population et ceux, dès le plus jeune âge, chez les filles comme chez les garçons. On s'accorde également sur l'importance de la médiatisation même si elle a peu modifié la pratique au cabinet. On propose ensuite, la création d'un réseau ambulatoire, comme une maison de la femme, disponible sur l'ensemble du territoire, associée à une simplification et une rapidité des démarches. On énonce également un renforcement des sanctions, une prise en charge de l'agresseur, la protection des victimes et de leurs enfants. Ces attentes émises par les généralistes sont des mesures proposées lors du Grenelle de 2019. Un suivi d'exécution est actuellement en place et montre des résultats encourageants témoignant d'une prise en compte de la problématique (112). Dans notre étude, la possibilité d'un signalement administratif est retenue par les généralistes, cependant, les avis divergent concernant sa mise en place contre l'avis de la patiente, comme proposée dans la nouvelle dérogation de loi sur la levée du secret médical en cas d'emprise et de péril imminent. Ils craignent principalement la rupture du lien de confiance à la divulgation des violences avec pour conséquences, des patientes qui ne viendraient plus se confier. Un prochain travail semble nécessaire afin de connaître le point de vue des victimes sur cette nouvelle mesure.

Afin de poursuivre l'amélioration du dépistage des violences conjugales au cabinet, en plus de la proposition de création d'un item de rappel et de rangement dans le logiciel informatique, on insiste sur la création d'une fiche réflexe pratico-pratique. Ce pourquoi, à l'issue de ce travail, nous avons élaboré un outil d'aide au dépistage et à la prise en charge des violences sous forme de fiche réflexe facilement utilisable en pratique courante. A but, l'intérêt serait de compléter ce support à l'aide de formations précédemment décrites (Annexe 7). Une étude supplémentaire interventionnelle, à partir de la fiche crée paraît indispensable. Il serait pertinent d'évaluer l'impact du changement de pratiques avant et après sa distribution dans les cabinets des généralistes avec comme objectif secondaire, d'affiner l'outil aux différentes pratiques. En termes de perspectives, on suggère la création d'une consultation dédiée aux dépistages chez la femme, intégrant les différents thèmes de la santé féminine. Ce dépistage de masse organisé, permettrait une meilleure diffusion et une meilleure intégration dans les habitudes. On propose également d'étendre la recommandation à l'ensemble des violences, autres que les violences conjugales, et au repérage des violences chez les hommes. En effet, ne pas mentionner la violence contre les hommes pourrait supposer que la violence n'existe que chez les femmes. Pourtant, les données actuelles révèlent l'ampleur du phénomène et confirment l'entité à part entière, avec des mécanismes de défenses et d'adaptations différents. Au vu des lacunes actuelles, il semble nécessaire de développer des outils qui leurs soient spécifiques, d'élaborer des stratégies de détections et de prises en charges adaptées et individualisées.

## **ANNEXES**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

## COMMENT REPÉRER - ÉVALUER

Juin 2019

### REPÉRER SYSTÉMATIQUEMENT, MÊME EN L'ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE

- Des questions adaptées au contexte

#### Par exemple

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

- En précisant que ces questions sont abordées avec toutes les patientes étant donnée la fréquence du risque.
- Il n'existe pas de gradient social ou culturel.

<p><b>Troubles physiques</b></p>	<p><b>Signes fonctionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexplicables.</li> <li>■ Symptômes physiques chroniques inexplicables : douleurs, asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer.</li> <li>■ Mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple).</li> </ul> <p><b>Signes cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lésions traumatiques surtout si elles sont répétées (anciennes et multiples), évoquant la marque d'un objet vulnérant, avec des explications vagues et qui paraissent peu plausibles avec le mécanisme traumatique allégué.</li> <li>■ Maladie chronique déséquilibrée.</li> </ul>
<p><b>Troubles psychologiques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations.</li> <li>■ Addictions et/ou abus de substances.</li> <li>■ Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hypervigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement).</li> <li>■ Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto-dévalorisation ».</li> <li>■ États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques.</li> <li>■ Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars.</li> <li>■ Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie.</li> <li>■ Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire.</li> <li>■ Des troubles psychosomatiques.</li> </ul>
<p><b>Santé sexuelle et reproductive</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Infections génitales et urinaires à répétition, et infections sexuellement transmissibles (IST) répétées, transmission du VIH.</li> <li>■ Troubles de la sexualité, comportement sexuel à risque.</li> <li>■ Douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie.</li> <li>■ Grossesses non désirées et Interruptions volontaires de grossesse.</li> <li>■ Complications obstétricales : décès maternel, hémorragie fœto-maternelle, fausses-couches, infections maternelles, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse.</li> <li>■ Complications fœtales : mort <i>in utero</i>, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance.</li> <li>■ Retard ou absence d'accès aux soins périnataux.</li> <li>■ Comportements à risque pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues illicites, mauvaise nutrition).</li> </ul>
<p><b>En cabinet dentaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse, etc.</li> <li>■ Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes, etc.</li> <li>■ Asymétrie du visage, affaissement facial.</li> <li>■ Troubles de l'occlusion.</li> <li>■ Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire.</li> <li>■ Attitude « trop » résistante à la douleur.</li> <li>■ Attitude très docile, voire figée.</li> <li>■ Troubles somatiques.</li> <li>■ Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche.</li> <li>■ Réflexions lors de l'examen clinique comme : « <i>J'ai l'impression qu'on me viole</i> ».</li> </ul>

## Y PENSER EN CAS DE FACTEURS ASSOCIÉS

Qu'une femme soit victime de violence	Qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le jeune âge.</li> <li>■ Un faible niveau d'instruction.</li> <li>■ Une exposition à la violence conjugale dans l'enfance.</li> <li>■ Maltraitance pendant l'enfance.</li> <li>■ L'acceptation de la violence.</li> <li>■ La grossesse, la naissance d'un enfant ; la période périnatale.</li> <li>■ Les handicaps, les maladies de longue durée.</li> <li>■ Les problèmes de santé mentale.</li> <li>■ La dépendance financière.</li> <li>■ Une conduite addictive (alcool, drogues).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le jeune âge.</li> <li>■ Un faible niveau d'instruction.</li> <li>■ Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance.</li> <li>■ L'abus de drogues et d'alcool.</li> <li>■ Des troubles de la personnalité.</li> <li>■ La banalisation de la violence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Insatisfaction dans le couple.</li> <li>■ Contexte de séparation conflictuelle.</li> <li>■ Domination masculine dans la famille.</li> <li>■ Stress économique, précarité.</li> <li>■ Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, et/ou sociale et/ou économique.</li> <li>■ Écart entre les niveaux d'instruction, situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin.</li> <li>■ Différence d'âge importante dans le couple.</li> <li>■ Un déracinement géographique entraînant un isolement sociétal.</li> </ul>

## Y PENSER EN CAS DE COMPORTEMENTS INHABITUELS OU INADAPTÉS...

<b>Du conjoint</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un partenaire accompagnant trop impliqué, répond à la place de sa partenaire, minimise les symptômes, ou tient des propos méprisants et disqualifiants.</li> </ul>
<b>Des enfants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rupture dans le comportement, rupture scolaire.</li> <li>■ Repli sur soi ou hyperactivité.</li> <li>■ Régression des acquisitions ou maturité précoce.</li> <li>■ Troubles alimentaires, troubles du sommeil, douleurs répétées.</li> <li>■ Actes délictueux, mise en péril de soi.</li> </ul>

## ÉVALUER LES SIGNES DE GRAVITÉ

- Gravité des actes de violences : fréquence, intensité, contexte (grossesse, enfants, projet de séparation), conséquences des violences (risque de suicide, hématomes, fractures, etc.).
- Dangerosité de l'agresseur : menaces de mort, tentatives de passage à l'acte (ex strangulation) ; présence d'armes au domicile, etc.
- Retentissement sur les enfants du foyer.
- Vulnérabilité de la victime (grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé).



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique

« **Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple** » – Recommandations – Juin 2019.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

## COMMENT AGIR

Juin 2019

### METTRE EN PLACE DES MESURES DE PROTECTION

#### En cas de situation jugée grave

- Hospitaliser sans délai après un appel au 15 ou mettre en sécurité en centre d'hébergement d'urgence.
- Conseiller de déposer plainte auprès de la police ou de la gendarmerie.
- Informer du droit de quitter le domicile conjugal avec les enfants, en le signalant à la police (main courante) ou à la gendarmerie.
- Informer du droit de saisir en urgence le juge aux affaires familiales, même sans dépôt de plainte, pour demander une ordonnance de protection (pour cette demande la victime peut être conseillée par un juriste d'une association du réseau CIDFF (Centre départemental d'information sur les droits des Femmes et des Familles) ou France victime).
- Décider une hospitalisation des enfants pour protection et évaluation.
- Réaliser un signalement auprès du Procureur de la République pour la mise en œuvre en urgence de mesure de protection des enfants.
- Faire une information préoccupante à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes), si, sans avoir vu les enfants en consultation, le médecin estime qu'ils peuvent être en danger.

#### En cas de situation à risque élevé

- Conseiller à la victime de prévoir des mesures de sécurité pour se protéger en cas d'urgence sous la forme d'un **Plan de sécurité** à préparer de façon anticipée.

- Une liste des numéros d'urgence.
- La photocopie des documents personnels.
- Un double des clés et de l'argent de côté.
- Un sac contenant des effets de première nécessité (et les mettre en lieu sûr).

- Identifier à l'avance un lieu où se réfugier (dans la famille, chez des amis ou au sein d'une association).
- Convenir avec de la famille ou des amis de confiance d'un message codé destiné à les alerter en cas de danger imminent.

## INFORMER ET ORIENTER LA PATIENTE

- Informer des structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider.

- Rappeler à la patiente qu'elle peut appeler le 15 ou se présenter aux urgences 24h/24, 7j/7.
- L'inciter à déposer plainte maintenant ou plus tard dès qu'elle se sentira prête et en sécurité pour le faire.
- Lui conseiller d'appeler le 3919 (Violences Femmes Info), numéro national d'aide aux femmes victimes de violence, ou le 116 006, numéro européen dédié aux victimes d'infractions pénales.
- Solliciter l'aide des services du Conseil départemental, en particulier, la PMI, les services sociaux.

## ÉTABLIR UN CERTIFICAT MÉDICAL OU UNE ATTESTATION PROFESSIONNELLE

- Peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection.

La consultation et l'examen clinique de la patiente sont un préalable indispensable à la rédaction du certificat.

- N'exprimer aucun jugement ni aucune interprétation : le rédacteur ne se prononce pas sur la réalité des faits, sur la responsabilité d'un tiers, ni sur l'imputabilité.
- Ne pas désigner nommément le tiers responsable.
- Reporter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif, entre guillemets, sous la forme : « *X dit avoir été victime de...* », « *la victime déclare...* », « *selon les dires de la victime...* ».
- Noter les doléances de façon exhaustive (sans interprétation ni tri) et entre guillemets, et les symptômes exprimés par la victime en utilisant ses mots.
- Décrire avec précision et sans ambiguïté les faits médicalement constatés (signes cliniques des lésions, signes neurologiques, sensoriels et psycho-comportementaux constatés), en s'appuyant sur l'examen clinique.
- Faire figurer les antécédents qui peuvent interférer avec les lésions traumatiques (état antérieur) uniquement avec l'autorisation expresse de la patiente.
- Préciser, en cas de violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques, en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne : les violences psychologiques constituent une effraction psychique au même titre que les violences physiques, et de longue durée.
- Mentionner si besoin des éléments cliniques négatifs ainsi que la prise de photos ou la réalisation de schémas anatomiques datées et identifiées, avec l'accord de la victime et en conservant un double des photographies.

- Déterminer une ITT (Incapacité totale de travail) lors du certificat initial n'est pas obligatoire : à éviter en l'absence de compétences spécifiques (l'ITT sera fixée ultérieurement à la demande des autorités par les services compétents).
- Modèles de certificats/d'attestations et conseils à consulter en annexe des Recommandations de bonne pratique « [Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple](#) » :
  - si vous êtes médecin ;
  - si vous êtes sage-femme ;
  - si vous êtes chirurgien-dentiste ;
  - si vous êtes masseur kinésithérapeute ;
  - si vous êtes infirmier.

## RESSOURCES

### → Numéros d'urgence

- Violences Femmes Info : 3919
- Demande d'hébergement d'urgence : 115

### → Sites d'information

- [www.stop-violences-femmes.gouv.fr](http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr) (à conseiller aux victimes et qui comporte également une rubrique dédiée aux professionnels)
- Declicviolenace : <http://de clicviolenace.fr/index.html>

### → Recommandations de bonne pratique « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple »



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique  
« Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » – Recommandations – Juin 2019.  
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Juin 2019

## RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO)    Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative    Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

### Responsable du traitement

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 13 00 23583 00011
<b>Adresse</b> : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

### Traitement déclaré

**Intitulé** : Utilisation des nouvelles recommandations de l'HAS sur le dépistage systématique des violences faites aux femmes, point de vue des médecins généralistes avec une étude qualitative en vue de l'élaboration d'une fiche réflexe.

**Référence Registre DPO** : 2020-195

**Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre** : M. Dominique LACROIX  
**Interlocuteur (s)** : Mme Elise BROUTAIN

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 8 décembre 2020

Délégué à la Protection des Données



## Annexe 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

**Utilisation de la nouvelle recommandation HAS sur le dépistage systématique des violences faites aux femmes : point de vue des médecins généralistes en vue de l'élaboration d'une fiche réflexe.**

### Présentation de l'étude :

**La violence contre les femmes** est définie comme tout acte de violence, y compris des menaces, entraînant ou risquant d'entraîner des blessures ou des souffrances d'ordre physique, sexuelle, psychologique, économique, sociale et environnementale à l'encontre des femmes. Que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée, toute femme est susceptible d'être victime de violences.

**Le dépistage systématique des violences conjugales** consiste à rechercher des situations de violences chez chaque patiente au même titre que les antécédents médicaux et chirurgicaux, en l'absence de tout signe évocateur, sans que la patiente n'en parle et sans qu'aucun élément ne vous y fasse penser. D'après une revue de littérature Cochrane [1], le dépistage systématique permet un doublement du nombre de victimes identifiées, une sécurisation avec soutien et une diminution du taux de dépression.

**C'est pourquoi, depuis juin 2019, l'HAS le recommande [2].**

Pourtant en France, seul 6 à 8 % des médecins généralistes le réalisent [3]. Même constat aux États-Unis, où les violences sont moins dépistées que les autres facteurs de risque [4]. Ceci s'explique par le fait que les médecins pensent ne pas savoir dépister et intervenir faute d'outils, de protocoles et de formations [5]. En réponse, l'HAS et un comité d'expert créaient des fiches pratiques associées à la recommandation.

L'objectif de cette étude est d'étudier le **ressenti des médecins généralistes** en matière de dépistage et de prise en charge des femmes victimes de violences notamment depuis la nouvelle recommandation HAS.

Cela permettra de mettre en lumière les difficultés, les freins, les limites et les besoins des médecins pour renforcer l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes et favoriser le repérage des femmes victimes de violences conjugales.

Au cours d'un entretien semi-directif, l'objectif secondaire, sera la création d'une fiche réflexe se voulant la plus complète possible en se basant sur les données recueillies et les fiches pratiques de l'HAS pour transmettre aux médecins généralistes du Nord Pas de Calais les informations pouvant leur manquer dans la prise en charge en pratique des violences au cabinet.

### **Références :**

1. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD007007. DOI:10.1002/14651858.CD007007.pub*
2. Gourbail L. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple 2019;55. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/jcms/p3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple>
3. Cécile Morvant, Jacques Lebas, Jean Cabanne, Valérie Leclercq, Pierre Chauvin. *Violences conjugales : repérer et aider les victimes.. Rev Prat MG, 2005, pp.945-54. ffinserm-00089343*
4. Gerbert, Gansky, Tang, et Al. «Domestic violence compared to other health risks: a survey of physician's beliefs and behaviors.» *American journal of preventive medicine, 2002: 82-90.*
5. Feder, Agnew Davis, Baird, et Al. «Identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial.» *Lancet, 2011: 1788-95.*

### **PROFIL du médecin généraliste :**

Vous êtes : un homme  une femme

Age du professionnel de santé :

Temps d'installation :

Vous exercez en zone : rurale

semi-rurale

urbaine

Formation supplémentaire :

**Êtes-vous d'accord pour l'enregistrement de cet entretien par dictaphone en respectant la confidentialité de votre identité?**

## Version 1

### Le ressenti des médecins généralistes au dépistage systématique :

- 1) Que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes avec cette nouvelle recommandation ? Quelles sont vos motivations à le réaliser ?
- 2) En consultation, quels sont pour vous les freins et les limites qui pourraient vous empêcher de réaliser le dépistage ?
- 3) Après le dépistage, quelles sont vos difficultés sur la prise en charge ? Avez-vous des appréhensions ?
- 4) Que pensez-vous de l'applicabilité de la recommandation en pratique ? A tous les médecins généralistes ?

### Trouver des solutions

- 5) Actuellement, quelles ressources ou recommandations utilisez-vous sur le sujet quand vous vous êtes face à une situation de violence ? Utilisez-vous un outil ?
- 6) En consultation, quels outils, supports ou moyens vous permettraient de faciliter le dépistage et sa prise en charge selon vous ?
- 7) Que pensez-vous de l'utilisation d'une fiche réflexe pour la réalisation du dépistage et la prise en charge ? Que souhaiteriez-vous y voir apparaître ? Sous quelle forme ?

### Réalisation d'une fiche réflexe :

**Voici les fiches pratiques réalisées par l'HAS pour aider les professionnels de santé sur la réalisation du dépistage en consultation et la prise en charge (pièce ci-jointe Annexe 1)**

- 8) Comment amélioreriez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ? (Affiner l'outil pour son utilisation facile)
- 9) En termes de santé publique, quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices à réaliser ?

### Question d'actualité :

Une expertise juridique est actuellement menée pour potentiellement modifier l'article 226-14 du code pénal dans le sens d'un allègement du secret médical chez les femmes sous emprise. Le conseil national de l'ordre des médecins a été associé aux travaux du groupe de travail justice issu du Grenelle contre les violences conjugales de septembre 2019.

- 10) Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences graves chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?
- 11) Que pensez-vous de la médiatisation de ce sujet ? Pensez-vous que cela a modifié votre pratique au cabinet ou votre incidence de dépistage ?

## **Version 2 :**

### **Le ressenti des médecins généralistes au dépistage systématique :**

- 1) Que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes avec cette nouvelle recommandation ? Quelles sont vos motivations à le réaliser ?
- 2) En consultation, quels sont pour vous les freins et les limites qui pourraient vous empêcher de réaliser le dépistage ?
- 3) Après le dépistage, quelles sont vos difficultés sur la prise en charge ? Avez-vous des appréhensions ?
- 4) Que pensez-vous de l'applicabilité de la recommandation en pratique ? A tous les médecins généralistes ?

### **Trouver des solutions**

- 5) Actuellement, quelles ressources ou recommandations utilisez-vous sur le sujet quand vous vous êtes face à une situation de violence ? Utilisez-vous un outil ?
- 6) En consultation, quels outils, supports ou moyens vous permettraient de faciliter le dépistage et sa prise en charge selon vous ?
- 7) Que pensez-vous de l'utilisation d'une fiche réflexe pour la réalisation du dépistage et la prise en charge ? Que souhaiteriez-vous y voir apparaître ? Sous quelle forme ?

### **Réalisation d'une fiche réflexe :**

**Voici les fiches pratiques réalisées par l'HAS pour aider les professionnels de santé sur la réalisation du dépistage en consultation et la prise en charge (pièce ci-jointe Annexe 1)**

- 8) Comment amélioreriez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ? (Affiner l'outil pour son utilisation facile)
- 9) En termes de santé publique, quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices à réaliser ?

### **Question d'actualité :**

En 3 juin 2020, le sénat a adopté une proposition de loi n° 285 de l'assemblée nationale visant à protéger les victimes de violences conjugales avec l'avis favorable de l'Ordre des médecins. Il est désormais possible pour les professionnels de santé de signaler à la justice les victimes de violences conjugales en danger vital immédiat et sous l'emprise de l'agresseur (proposition issue du Grenelle sur les violences conjugales de novembre 2019). On précise aussi que le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure dans un premier temps. Si cette dernière refuse et que le médecin choisit d'alerter la justice, il peut réaliser un signalement au procureur de la République dédié aux violences conjugales en allant de pair avec des mesures d'accompagnement.

- 10) Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences graves chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?
- 11) Que pensez-vous de la médiatisation de ce sujet ? Pensez-vous que cela a modifié votre pratique au cabinet ou votre incidence de dépistage ?

# Annexe 4 : ARBRE DE COTATION NVIVO

## Nœuds

Nom	Fichiers
1- Profil du médecin généraliste	0
Localisation	0
Pas de Calais	5
Nord	10
Sexe	0
Femme	8
Homme	7
Age	0
30-45 ans	7
46-65 ans	8
Activité	0
Semi-rural	5
Urbaine	6
Rurale	4
3- Pratique du médecin généraliste sur le dépistage des violences	0
Aborder le sujet	0
N'y pense pas toujours	4
Dépistage systématique	0
Tout type de violence	1
Dépistage systématique dès qu'une consultation s'y prête	2
Dépistage ciblé	0
Sensibilisé mais pas en systématique	2
Sur point appel avec des troubles de l'ordre psychologique	2
Contexte particulier à la maison, comportement du conjoint	2
Dépistage globale, pas réellement systématique	4
Sur point d'appel physique	6
Pas de dépistage	0
A la demande de la patiente	2
N'aborde pas le sujet	3
Outils actuels	0
Pour le dépistage	0
3 questions ouvertes	1
Surveillance du poids	1

## Nœuds

✦	Nom		Fichiers
	<input type="radio"/> Prendre temps en consultation pour relation de confiance		1
	<input type="radio"/> Connaître ses patients		1
	<input type="radio"/> Violentomètre		1
	<input type="radio"/> Ecoute active		3
	<input type="radio"/> Reconvoque patiente		2
	<input type="radio"/> Mise sur questions ouvertes		6
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Pour la prise en charge		0
	<input type="radio"/> Avis conseil de l'ordre		1
	<input type="radio"/> Urgences en cas péril imminent		1
	<input type="radio"/> Fiche mémo avec contacts, associations, infos		1
	<input type="radio"/> Avis confrères, consoeurs		3
	<input type="radio"/> Explications du mécanisme des violences		2
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Recherches et références internet		0
	<input type="radio"/> Recherche internet sur législation (pour déposer plainte)		1
	<input type="radio"/> Recherche internet pour prise en charge en urgence		1
	<input type="radio"/> Recherche, référence internet pour orientation		7
	<input type="radio"/> Recherche internet pour certificat		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Tracabilité des données et outils de preuve dans dossier médical		0
	<input type="radio"/> Tracabilité dans dossier		3
	<input type="radio"/> Certificats pour preuves		3
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Réseaux pour orientation médico-légale, psycho-sociale et associative		0
	<input type="radio"/> Justice, police, orientation avec procureur		4
	<input type="radio"/> Orientation en médecine légale		4
	<input type="radio"/> Associations		1
	<input type="radio"/> Psychologues, CMP		1
	<input type="radio"/> Orientation structure maison de la femme		1
	<input type="radio"/> Assistante sociale		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Numéro dédié avec le 3919		0
	<input type="radio"/> Avis 3919		1
	<input type="radio"/> 3919		4
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 2- Perception des recommandations par le MG		0
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> a) Avis sur le dépistage des violences		0
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Role des généralistes		0
	<input type="radio"/> Surf sur un féminisme actuel, sujet trop politisé		1

## Nœuds

✦	Nom		Fichiers
	<input type="radio"/> Problème de santé publique		1
	<input type="radio"/> Evidence, nécessité		2
	<input type="radio"/> Bonne idée		3
	<input type="radio"/> Médecin généraliste comme 1er recours		1
	<input type="radio"/> Médecin acteur de la santé psychologique de ses patientes		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Niveau de connaissance des recommandations		0
	<input type="radio"/> Méconnaissance des recommandations		7
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Elargir les recommandations aux hommes		0
	<input type="radio"/> Ne parle pas du tout des hommes		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Elargir aux spécialistes		0
	<input type="radio"/> Applicable aux autres spécialistes		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Une pratique pas intégrée dans les habitudes		0
	<input type="radio"/> Importance de la diffusion des recommandations		1
	<input type="radio"/> Sensibiliser les généralistes		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Applicabilité		0
	<input type="radio"/> Applicable à tous les médecins généraliste		6
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Applicable sous conditions		0
	<input type="radio"/> Si vraies structures pour orienter		1
	<input type="radio"/> Si généralisation avec d'aide de l'ordre des médecins		1
	<input type="radio"/> Avant de majorer le dépistage, majorer les structures accueillies		1
	<input type="radio"/> Si questionnement adapté		3
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> d) Les freins		0
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Facteurs organisationnels		0
	<input type="radio"/> Manque de diffusion des recommandations		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> En consultation		0
	<input type="radio"/> Consultation en couple ou accompagnée		9
	<input type="radio"/> Motif de consultation initial		2
	<input type="radio"/> Contraintes horaires		4
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Difficultés d'orientation et démarches		0
	<input type="radio"/> Manque de contacts pour orientation		1
	<input type="radio"/> Difficultés à contacter les bons interlocuteurs		1
	<input type="radio"/> Longueur des démarches		1
	<input type="radio"/> Système de prise en charge psychologique précaire		1

## Nœuds

✦	Nom		Fichiers
	<input type="radio"/> Banalisation judiciaire, police		3
	<input type="radio"/> Manque de structures d'orientation		4
	<input type="radio"/> Echech des démarches		5
	<input type="radio"/> Ruralité et manque de structures médico-sociales		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Liés à la patiente		0
	<input type="radio"/> Positionnement familial		2
	<input type="radio"/> Préserver les enfants		2
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Difficultés socio-culturelles		0
	<input type="radio"/> Difficultés de compréhension, langage		2
	<input type="radio"/> Image de la femme		2
	<input type="radio"/> Ruralité et proximité familiale		3
	<input type="radio"/> Difficultés à intégrer la possibilité d'un autre schéma familial		1
	<input type="radio"/> Cultes regileux cadrant difficilement la notion de violence spychologique		2
	<input type="radio"/> Reproduction du schéma familial		1
	<input type="radio"/> Prise de substances addictives (oh)		1
	<input type="radio"/> Difficultés de verbalisation, refus de parler et de prise en charge		7
	<input type="radio"/> Ambivalence et emprise du conjoint sur la patiente		9
	<input type="radio"/> Echech des démarches et mauvaises expériences de la police		6
	<input type="radio"/> Représailles et conséquences pour la patiente		5
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Difficultés socio-économiques		0
	<input type="radio"/> Difficultés financières (pour départ)		3
	<input type="radio"/> Isolement socio-économique		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Liés au médecin		0
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Manque d'expérience et difficultés de prise en charge		0
	<input type="radio"/> Difficultés à la prise en charge psychologique		2
	<input type="radio"/> Difficultés sur les prises en charges aigues		2
	<input type="radio"/> Manque d'expérience et impossibilité de prise en charge		7
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Difficultés liées au statut du médecin généraliste		0
	<input type="radio"/> Sexe masculin		1
	<input type="radio"/> Médecin remplaçant		1
	<input type="radio"/> Role délicat du médecin de famille		6
	<input type="radio"/> Connaissance et suivi médical de l'agresseur		5
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Difficultés émotionnelles		0
	<input type="radio"/> Responsabilité médicale, peur de retombées médico-légales		1

## Nœuds

✦	Nom		Fichiers
	<input type="radio"/> Transfert des émotions sur le médecin		2
	<input type="radio"/> Représailles et conséquences pour la patiente		5
	<input type="radio"/> Se sentir seul face au dépistage		1
	<input type="radio"/> Impuissance après le dépistage		9
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Avis mitigé sur les représailles de l'agresseur sur le MG		0
	<input type="radio"/> Pas de crainte pour lui même		3
	<input type="radio"/> Peur des représailles du conjoint sur MG		2
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Difficultés liées au dépistage systématique et recommandations		0
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sujet tabou		0
	<input type="radio"/> Difficultés à aborder le sujet, tabou		3
	<input type="radio"/> Ne connaît pas de question pour aborder le sujet		1
	<input type="radio"/> Instrusif, peur du jugement		7
	<input type="radio"/> Peur que la patiente ne revienne pas		1
	<input type="radio"/> Changement de médecin traitant		2
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Doutes sur les recommandations		0
	<input type="radio"/> Doutes sur intérêt du dépistage		2
	<input type="radio"/> L'impression de connaître bien ses patients		2
	<input type="radio"/> Manque de relationnel au questionnement systématique		3
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Difficultés au repérage des violences		0
	<input type="radio"/> Difficultés à repérer les violences sans signes d'alertes et psychologiques		7
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Manque de sensibilisation et de formation		0
	<input type="radio"/> N'y pense pas assez		5
	<input type="radio"/> Manque de formation		4
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> c) Motivations		0
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Prise en charge globale de la femme		0
	<input type="radio"/> Prise en charge globale		1
	<input type="radio"/> Ouverture sur la vie à domicile		2
	<input type="radio"/> Explications d'une symptomatologie physique ou psychique		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Protection des victimes		0
	<input type="radio"/> Protéger les patientes		2
	<input type="radio"/> Informer les patientes pour leur prise en charge		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ouverture de la parole		0
	<input type="radio"/> Sortir les femmes de l'isolement		1

## Nœuds

Nom	Fichiers
<input type="radio"/> Permet de diffuser le dépistage de bouche à oreille	1
<input type="radio"/> Montre aux patientes que le MG est sensibilisé et ouvre le dialogue	4
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Meilleur repérage des violences dites invisibles	0
<input type="radio"/> Permet de dépister les violences qui ne se voient pas (psychologiques)	1
<input type="radio"/> Permet de sensibiliser et de rappeler à réaliser le dépistage	1
<input type="radio"/> Intéressant plus fréquent que l'on pense	2
<input type="radio"/> Rapidité du dépistage	2
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> b) Interrogations sur la mise en pratique du questionnement systématique	0
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Questionnements sur la mise en place	0
<input type="radio"/> Première consultation cadre ATCD	1
<input type="radio"/> Pas en toute première question trop intrusif	1
<input type="radio"/> Définition du cadre systématique, fréquence	1
<input type="radio"/> Créer un lien de confiance avant	1
<input type="radio"/> Absence de questions types pour dépistage	1
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Doute sur une indication à ses propres patientes	0
<input type="radio"/> Peu d'intérêt, connaissance de ses patients	5
<input type="radio"/> Pas d'intérêt à toutes les patientes, patientes non concernées	1
<input type="radio"/> Patientelle non concernée	2
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Pratique non intégrée dans les habitudes	0
<input type="radio"/> N'y pense pas au quotidien	2
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Un sujet tabou, difficile à aborder	0
<input type="radio"/> Pas à l'aise sur le sujet, intrusif	4
<input type="radio"/> Départ des patientes et fermeture de la parole	1
<input type="radio"/> Une bonne chose mais difficile à aborder	1
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Avis divisés sur la relation médecin et patient	0
<input type="radio"/> Inadapté à la relation médecin-patient	5
<input type="radio"/> Questionnement systématique non adapté	2
<input type="radio"/> Majoré la relation de confiance	2
<input type="radio"/> Plus adapté à la ville	1
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 4- Solutions apportées en consultation	0
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> b) Avis sur les fiches HAS	0
<input type="radio"/> Trop lourdes	6
<input type="radio"/> Déjà beaucoup de fiches HAS	1

## Nœuds

✦	Nom		Fichiers
	<input type="radio"/> Fiches complètes		2
	<input type="radio"/> Ne parle pas des hommes		2
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1er partie Comment repérer et évaluer		0
	<input type="radio"/> Insister sur la violence psychologique		1
	<input type="radio"/> Insister sur la notion de systématique et de répétition du dépistage		1
	<input type="radio"/> Difficultés d'évaluation des signes de gravité		1
	<input type="radio"/> Insister sur le comportement du conjoint, des enfants, la dynamique familiale		3
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Adapter les questions ouvertes		0
	<input type="radio"/> Garder plusieurs questions ouvertes selon contexte		1
	<input type="radio"/> Favoriser des questions ouvertes		1
	<input type="radio"/> Questionnaire non approprié		3
	<input type="radio"/> Questions trop intrusives		3
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Synthétiser la sémiologie clinique		0
	<input type="radio"/> Gros titres dans sémiologie sans détailler		6
	<input type="radio"/> Sémiologie trop générale		4
	<input type="radio"/> Comment y penser, signes d'alertes principaux		2
	<input type="radio"/> Insister sur la notion de consultations itératives et plaintes vagues		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 2eme partie Comment agir		0
	<input type="radio"/> ACCOMPAGNEMENT plutot que le mot AGIR		1
	<input type="radio"/> Insister sur une prise en charge pluridisciplinaire		1
	<input type="radio"/> Insister sur la notion des photos en élément de preuve		1
	<input type="radio"/> Avoir quelque chose de pratico-pratique pour pris en charge		4
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Avis mitigés pour les certificats médicaux		0
	<input type="radio"/> Certificats non prioritaires		2
	<input type="radio"/> Garder le certificat		2
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Appuyer les numéros		0
	<input type="radio"/> Plus de numéros		3
	<input type="radio"/> Numéros plus visibles		3
	<input type="radio"/> Numéros d'urgences actuels non adaptés 15, 115		2
	<input type="radio"/> Précision du 15 pour les urgences		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> a) Outil idéal en consultation		0
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Pour le dépistage		0
	<input type="radio"/> Diffuser l'information de la reco HAS pour y penser		1
	<input type="radio"/> Echelle validée, création d'un questionnaire de dépistage rapide		1

## Nœuds

✦	Nom		Fichiers
	<input type="radio"/> Dépistage organisé, création d'une consultation obligatoire par la SECU		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Pas d'outil matériel		0
	<input type="radio"/> Pas d'outil pour le dépistage		1
	<input type="radio"/> Formation sur l'écoute active		1
	<input type="radio"/> Le temps et l'alliance thérapeutique		1
	<input type="radio"/> Consultation seule		4
	<input type="radio"/> Favoriser des consultations où l'on prends le temps		1
	<input type="radio"/> Reconvoyer pour une consultation dédié		2
	<input type="radio"/> Respecter l'ambivalence de la patiente, schéma pouvant etre long		1
	<input type="radio"/> Respecter la culture, la croyance et la vison du couple		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Item logitiel		0
	<input type="radio"/> Pour une tracabilité dans le dossier médical sécurisée		1
	<input type="radio"/> Pour aide questions standards		1
	<input type="radio"/> Pour rappel à la réalisation du dépistage		2
	<input type="radio"/> Rappel pour y penser en consultation		2
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Pour la prise en charge		0
	<input type="radio"/> Plaquette à remettre à la patiente		1
	<input type="radio"/> Répertoire avec numéros utiles		1
	<input type="radio"/> Signalement administratif		1
	<input type="radio"/> Fiche pratico-pratique		2
	<input type="radio"/> Numéro dédié aux généralistes		2
	<input type="radio"/> Réseaux et centre pluridisciplinaire pour orientation		3
	<input type="radio"/> Pack, fiche info à remettre à la patiente		2
	<input type="radio"/> Numéro dédié aux professionnels de santé		4
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> c) Création d'une fiche réflexe		0
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Forme		0
	<input type="radio"/> Synthétique		4
	<input type="radio"/> Partie papier courte et complément sur internet		1
	<input type="radio"/> Courte de manière à répéter plusieurs fois		1
	<input type="radio"/> Arbre décisionel, diagramme de prise en charge		2
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Papier		0
	<input type="radio"/> Forme papier		7
	<input type="radio"/> Ecrite pour support explicatif à la patiente		1
	<input type="radio"/> Posibilité de donner à la patiente		3
	<input type="radio"/> Attention à la fiche remise au domicile		1

## Nœuds

★	Nom		Fichiers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Informatisée		0
	<input type="checkbox"/> Intégrée au logiciel		1
	<input type="checkbox"/> Fiche internet, informatisée		5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Interet d'une fiche réflexe		0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Avis mitigés pour le dépistage		0
	<input type="checkbox"/> Pas d'interet pour le dépistage		4
	<input type="checkbox"/> Interet pour le dépistage		2
	<input type="checkbox"/> Pas d'interet pour dépistage car déjà son questionnaire personnel		1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pour une prise en charge pratico-pratique		0
	<input type="checkbox"/> Interet pour une prise en charge pratico-pratique		8
	<input type="checkbox"/> Interet pour l'orientation		2
	<input type="checkbox"/> Interet si outil très cours		1
	<input type="checkbox"/> Interet pour prise en charge juridique		1
	<input type="checkbox"/> Pas d'interet pour prise en charge, car selon cas par cas		1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Contenu de la fiche		0
	<input type="checkbox"/> Un numéro dédié		4
	<input type="checkbox"/> La notion de personne de confiance		1
	<input type="checkbox"/> Violentomètre		1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mise en condition de la prise en charge		0
	<input type="checkbox"/> Préciser d'amener vers la consultation seule		1
	<input type="checkbox"/> Procédure en cas de consultation accompagnée		1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Questions ouvertes de dépistage		0
	<input type="checkbox"/> Questions de dépistage ouvertes et subtiles		3
	<input type="checkbox"/> Questionnaire avec questions types, scores		6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Contacts et recours rapides des différents intervenants		0
	<input type="checkbox"/> Médecins légistes		1
	<input type="checkbox"/> Groupes de parole		1
	<input type="checkbox"/> Coordonées juridiques et avocats		2
	<input type="checkbox"/> Contacts psychologues, psychiatres, CMP		3
	<input type="checkbox"/> Contacts et recours rapides		4
	<input type="checkbox"/> Hébergements d'urgence		4
	<input type="checkbox"/> Assistantes sociales pour aides financières possibles		4
	<input type="checkbox"/> Associations		7
	<input type="checkbox"/> Contacts de proximité selon secteur		3

## Nœuds

★	Nom		Fichiers
	Un réseau, type maison de la femme		2
[-]	Protocole de prise en charge selon situation		0
	Fixer les objectifs concrets		1
	Que faire en cas de refus de prise en charge		1
	Une conduite à tenir selon cas, protocole d'urgence		5
[-]	Informations juridiques et conseils pour départ		0
	Informations juridiques (porter plainte, départ domicile, place des enfants		3
	Sites dédiés pour infos		1
[-]	Communication sur la spécificité des violences conjugales		0
	Rappeler importance du sujet		1
	Informations sur le mécanisme des violences		2
	Technique de communication déculpabilisante		1
[-]	Place de l'homme dans la violence conjugale		0
	Les hommes doivent avoir une entité spécifique		1
	Etendre la fiche aux violences chez les hommes		2
	Aborder le sujet du conjoint		1
	Comportement du conjoint en consultation		1
[-]	Outils de preuve		0
	Outils de preuve, certificat médical, ITT, photos		4
	Certificats médicaux		3
[-]	Diffusion		0
	Diffusion sur des sites répertoriés sur internet		1
	Diffusion AMELI pro		1
	Système rappel pour y penser dans logiciel		1
	Adaptation à chaque secteur géographique		1
	Sensibiliser les MG pour une meilleure diffusion		1
	Travail pluridisciplinaire pour évaluation de la fiche		1
[-]	5- Solutions apportées en santé publique		0
	g) Prise en charge de l'agresseur		3
[-]	a) Sensibiliser la population aux violences conjugales		0
	Rôle du MG dans la sensibilisation		1
	Campagne de sensibilisation (télévision, affiche, radio)		9
	Education, prévention en médecine scolaire		5
	Sensibiliser, informer les patientes		4

## Nœuds

Nom	Fichiers
<input type="radio"/> Médiatisation, diffuser l'ouverture de la parole, initier le dialogue	4
<input type="radio"/> Documentation dans salle d'attente pour montrer sensibilisation du MG	3
<input type="radio"/> Diffusion du 3919 accès simple sur un moteur de recherche	2
<input type="radio"/> Sensibilisation sur le retentissement des enfants	1
<input type="checkbox"/> b) Disposition des médecins généralistes	0
<input type="radio"/> Encadrement psychologique pour les médecins	1
<input type="checkbox"/> Majorer la formation	0
<input type="radio"/> Formation avec une équipe pluridisciplinaire	1
<input type="radio"/> Formation locale pour les contacts	1
<input type="checkbox"/> Types de formation	0
<input type="radio"/> FMC	1
<input type="radio"/> Intégration dans un module de la faculté au 3eme cycle (internat)	1
<input type="radio"/> Formation par des groupes d'échanges et de pratiques, groupes de paire	1
<input type="radio"/> FMC risquent de sensibiliser les MG déjà dans l'optique de le faire	1
<input type="radio"/> Rappels dans la littérature médicale	1
<input type="radio"/> Formation en congrès de médecine générale	2
<input type="checkbox"/> Contenu de la formation	0
<input type="radio"/> Cas pratiques	1
<input type="radio"/> Prise en charge psychologique	1
<input type="radio"/> Ecoute active	1
<input type="radio"/> Formation théorique sur le dépistage et la prise en charge	5
<input type="radio"/> Mécanisme physiopathologique spécifique des violences conjugales	1
<input type="radio"/> Sensibilisation par mon intervention	3
<input type="checkbox"/> Diffusion des recommandations	0
<input type="radio"/> Diffuser de la recommandation HAS	3
<input type="radio"/> Diffusion infos (fiche et num) grace AMELIpro, Mails pro	2
<input type="radio"/> Diffusion de la reco avec l'aide de l'ordre des médecins	1
<input type="radio"/> Sensibiliser les médecins	5
<input type="checkbox"/> c) Etendre le dépistage	0
<input type="radio"/> Aborder le sujet en consultation de la médecine du travail	1
<input type="radio"/> Etendre les recommandations à toutes les violences	1
<input type="radio"/> Attention à la spécificité des violences chez les hommes	1
<input type="radio"/> Etendre les recommandations aux hommes	2
<input type="checkbox"/> Intégration dans une consultation obligatoire	0

## Nœuds

✚	Nom	📄	Fichiers
	● Dépistage organisé par la SECU		1
	● Intégration dans une consultation obligatoire, dépistage de masse		1
	● Inclure un questionnaire générale		1
▣	● d) Renforcement des structures d'accueil et d'orientation		0
▣	● Création de structures d'urgence, SAS de sécurité		0
	● SAS de sécurité (hopital ou structure)		2
	● Structure d'urgence		2
▣	● Création d'un réseau pluridisciplinaire ambulatoire		0
	● Signalement administratif à réseau compétant		3
	● Travail et création de réseaux pluridisciplinaire (médico-psycho-social)		4
	● Structures d'orientation		2
	● Création d'une maison des femmes		2
▣	● Donner des moyens		0
	● Accessibilité et gratuité de la prise en charge		1
	● Accès gratuits		1
	● Subvention de l'état pour renforcement des structures associatives		1
▣	● e) Renforcement du système judiciaire		0
	● Renforcement système judiciaire		1
	● Sanctionner l'agresseur		1
	● Sensibiliser les forces de l'ordre		1
	● Augmenter la rapidité des démarches, recours rapides		3
	● Protection des enfants		1
▣	● f) Renforcement de le prise en charge psychologique		0
	● Prise en charge psychologique adapté à la violence conjugale		1
	● Mettre la patiente au coeur de sa prise en charge		1
	● Consultation psychologue gratuite (remboursée par CPAM)		1
▣	● 6- La levée du secret médical		0
▣	● Contre la levée		1
	● Atteinte à l'ouverture de la parole, patiente ne viendrait plus se confier		5
	● Rupture de confiance		7
	● Acteur de sa prise en charge, en capacité de décider, guider sans substituer		5
	● Conséquences d'une femme non prête à la révélation		2
	● Peur des retombées judiciaires sur le médecin		1
	● Destructeur pour la patiente		1

## Nœuds

Nom	Fichiers
<input type="radio"/> Responsabilité du MG de lever le secret plutôt qu'une dérogation juridique	1
<input type="radio"/> Majoration des violences	1
<input type="radio"/> Serment prêté	1
<input type="radio"/> Manque de moyens juridiques	2
<input type="checkbox"/> Quelques retours positifs	0
<input type="radio"/> Protéger en déchargeant la responsabilité sur le médecin	3
<input type="radio"/> Sauver des vies	4
<input type="radio"/> Une inscription dans la loi devient notre devoir	1
<input type="radio"/> Dans le cadre de notre rôle civique en cas de danger imminent	1
<input type="checkbox"/> Sous conditions	0
<input type="radio"/> Si protection par la loi des représailles judiciaires	1
<input type="radio"/> Si déclaration à une autorité compétente, représentants de justice	1
<input type="radio"/> Si autorité compétente type info préoccupante, évaluation de la situation	1
<input type="radio"/> Si communication sur intérêt de cette démarche	1
<input type="radio"/> Si discussion avec la patiente malgré tous les arguments	1
<input type="checkbox"/> Nombreuses interrogations	0
<input type="radio"/> Trop tôt pour trancher, législation à préciser	2
<input type="radio"/> Difficultés à concevoir d'être demandeur et refuser la prise en charge	1
<input type="radio"/> Provoque beaucoup d'interrogations	7
<input type="radio"/> Difficultés de juger un péril imminent	2
<input type="checkbox"/> Sur les intervenants concernés	0
<input type="radio"/> Rôle de police dans le jugement de la situation	1
<input type="radio"/> Rôle des urgentistes dans le cadre du péril imminent	3
<input type="radio"/> Hors du domaine de compétence du MG, pas le rôle de juger et prouver	4
<input type="radio"/> Gouvernement défaussant la responsabilité	1
<input type="radio"/> Si fait trop tôt, peut manquer d'éléments de preuve	1
<input type="checkbox"/> 7- La médiatisation du sujet	0
<input type="checkbox"/> Retentissement au cabinet	0
<input type="checkbox"/> Modification de l'incidence	0
<input type="radio"/> Une femme est venue se confier	1
<input type="radio"/> COVID augmentation de l'incidence	1
<input type="radio"/> Des prises de conscience de situations anormales	1
<input type="radio"/> Pas de changement d'incidence du dépistage	10
<input type="checkbox"/> Modification de la prise en charge	0

## Nœuds

✦	Nom		Fichiers
	<input type="radio"/> Médecin plus en alerte		1
	<input type="radio"/> Appuie sur le discours médical pour la prise en charge		1
	<input type="radio"/> Pas de modification de la pratique		8
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Apport en terme de santé publique		0
	<input type="radio"/> Education et prévention médicale		2
	<input type="radio"/> Permet une éducation dès le plus jeune âge		3
	<input type="radio"/> Pédagogie vis à vis des Hommes		3
	<input type="radio"/> Changement de mentalité		1
	<input type="radio"/> Vers une égalité homme-femme		1
	<input type="radio"/> Avancer avec les hommes		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Mises en garde		0
	<input type="radio"/> Risque de stigmatiser les victimes		1
	<input type="radio"/> Sujet trop politisé et sentimentalisé		1
	<input type="radio"/> Attention à ne pas trop féminiser le sujet		1
	<input type="radio"/> Attention aux messages erronés		2
	<input type="radio"/> Réalisation de façon consise		1
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Encouragements de la médiatisation		0
	<input type="radio"/> Libère la parole		7
	<input type="radio"/> Valoriser l'émancipation, affirmer les démarches et l'indépendance de la femme		6
	<input type="radio"/> Sensibiliser toute la famille		3
	<input type="radio"/> Faire prendre conscience de l'ampleur du sujet (sous-estimation)		2
	<input type="radio"/> Faire prendre conscience de situations anormales		2
	<input type="radio"/> Rompre l'isolement		2
	<input type="radio"/> Rompre le schéma familial		1
	<input type="radio"/> Médecin comme recours de proximité		1
	<input type="radio"/> Parler d'un sujet tabou		1



## Annexe 6 : GRILLE D'ANALYSE MÉTHODOLOGIQUE SELON LES LIGNES DIRECTRICES COREQ

### **Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion**

#### **Caractéristiques personnelles**

Numéro	Item	Guide questions	description Réponse
1	<b>Enquêteur</b>	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Broutain Elise (EB)
2	<b>Titres académiques</b>	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de DES en médecine générale
3	<b>Activité</b>	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçante
4	<b>Genre</b>	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	<b>Expérience et formation</b>	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

#### **Relations avec les participants :**

Numéro	Item	Guide questions	description Réponse
6	<b>Relation antérieure</b>	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui
7	<b>Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur</b>	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Interne ou remplaçante en médecine générale
8	<b>Caractéristiques de l'enquêteur</b>	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Interne de médecine réalisant une thèse d'exercice

### **Domaine 2 : conception de l'étude**

#### **Cadre théorique :**

Numéro	Item	Guide questions	description Réponse
9	<b>Orientation méthodologique et théorie</b>	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée

#### **Sélection des participants :**

Numéro	Item	Guide questions	description Réponse
10	<b>Échantillonnage</b>	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné, effet boule de neige
11	<b>Prise de contact</b>	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone ou courrier électronique
12	<b>Taille de l'échantillon</b>	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	15 participants
13	<b>Non-participation</b>	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	3 personnes : par manque de temps ou d'intérêt à la problématique

#### **Contexte :**

Numéro	Item	Guide questions	description Réponse
14	<b>Cadre de la collecte de données</b>	Où les données ont-elles été recueillies ?	Lieu de travail ou domicile par souhait du participant
15	<b>Présence de non participants</b>	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non

16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont présentées dans le tableau 1 récapitulatif au chapitre «Résultats»
----	------------------------------	--	---

### **Recueil des données :**

Numéro	Item	Guide questions	description Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien fourni (Annexe 3), testé au préalable.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, un seul entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio avec accord des participants par dictaphone
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Non
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 32 minutes 55
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 14ème, confirmé par 1 entretien supplémentaire
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

### **Domaine 3 : analyse et résultats**

#### **Analyse des données**

Numéro	Item	Guide questions	description Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux personnes : l'enquêteur et une investigatrice externe (triangulation des données)
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui (Annexe 4)
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A l'analyse des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Nvivo
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non

#### **Rédaction :**

Numéro	Item	Guide questions	description Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation de verbatims anonymes numérotés E1 à E15
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

## DÉPISTAGE

### 1 MISE EN CONDITION

• Affiches, brochures en salle d'attente pour montrer votre sensibilisation.

• Consultation seule :

→ Ne pas hésiter à les reconvoquer !



**si refus du conjoint :**

→ Invoquer une raison médicale pour voir la patiente seule

**Éviter la présence des enfants :**

→ Si en âge de la parole.

### 2 QUESTIONNEMENT SYSTÉMATIQUE

#### ② À répéter dans le temps

« Comment vont les choses à la maison ? Comment va votre couple ? »

« Beaucoup de femmes rencontrent des problèmes avec leur mari ou leur partenaire, ou quelqu'un d'autre avec qui elles vivent. »



→ Facteur de risque de mauvaise santé.

**Violences psychologiques :** ne se voient pas toujours et sont les plus courantes !!

Le dépistage est **accepté et bien reçu** par TOUTES les patientes.

• Le rôle du médecin généraliste :

→ 1er interlocuteur pour la divulgation des violences.

**Favorise la relation de confiance !**



**10% de la population :** Toutes les femmes sont concernées quelque soit le statut socio-culturel.

Dans nos salles d'attente : 3 à 4 femmes / 10 sont victimes, **elles consultent 5 fois plus !**

#### ③ Si facteurs de risque :

« Il arrive souvent qu'il y ait des tensions ou parfois des agressions ou de la violence dans la famille ; elles ne sont pas toujours mises en évidence, c'est pourquoi je pose cette question à toutes mes patientes lors de [facteur de risque!...] »

#### ⚡ Facteurs de risque :

Antécédents de violences familiales dans l'enfance / Séparation récente / Grossesse / Post natale / Isolement social / Handicap / Nationalité étrangère

#### ③ Si signes d'alerte :

« J'ai vu des femmes avec des problèmes comme les vôtres qui traversent des difficultés à la maison. »  
« Parfois, ce type de [plaintes, symptômes, comportements] peut être lié à du stress, des tensions, des agressions ou de la violence à la maison. »

#### 🚨 Les signes d'alerte :

Plus d'informations → fiches pratiques HAS.

**Plaintes vagues et symptômes inexpliqués +/- chronique / asthénie.**

**Signes psychiques** (Dépression, anxiété, addiction) **et physiques** (blessures inexpliquées répétées).

**Maladies chroniques déséquilibrées / Troubles gynécologiques et obstétricaux** (IST, IVG, métrorragies).

#### ⚠ Comportement du partenaire :

trop impliqué, répond à la place de la patiente, méprisant.

#### ⚠ Retentissement sur les enfants :

repli sur soi ou hyperactivité, troubles du comportement.

→ **Si suspicion forte mais refus de la révélation de l'existence de violences :**

• Respectez la décision.  
• Donnez le temps de décider de quand et comment.

• Informez-la sur les conséquences des violences sur la santé des femmes et des enfants et les ressources existantes pour se faire aider.

• Disponibilité pour la revoir et être à l'écoute si besoin.

• Traçabilité dans le dossier médical.

→ **Si banalisation des violences (s'aider du violantomètre ci-contre) :**

• Caractère irréversible et cyclique des violences avec intensification dans le temps.

• Violences psychologiques (insultes...) : conditions favorables à l'apparition de violences physiques.

• Conséquences des violences pour elle et ses enfants.

• Puni par la loi.

## ACCOMPAGNEMENT

### Suite à la révélation des violences

#### 1 J'ÉCOUTE

→ Attention, respect, absence de jugement, patience.

#### 2 JE VALIDE

→ Je crois ce qu'elle dit



• Elle n'est pas responsable de cette violence : seul l'agresseur l'est.

• Ses sentiments sont normaux et elle peut s'exprimer sans crainte.

• Droit de vivre sans violences et sans peurs.

• Les violences sont inacceptables et interdites par la loi.

• Accepter de subir des violences conjugales ne répare ni un agresseur ni un couple.

• Nécessité de dénoncer, le silence profite aux auteurs et non aux victimes.

## PROFITE

Ta relation est saine quand il...

1 Respecte tes décisions, tes désirs et tes goûts

2 Accepte tes amies, amis et ta famille

3 A confiance en toi

4 Est content quand tu te sens épanouie

5 S'assure de ton accord pour ce que vous faites ensemble

6 Te fait du chantage si tu refuses de faire quelque chose

7 Rabaisse tes opinions et tes projets

8 Se moque de toi en public

9 Est jaloux et possessif en permanence

10 Te manipule

11 Contrôle tes sorties, habits, maquillage

12 Fouille tes textos, mails, applis

13 Insiste pour que tu lui envoies des photos intimes

14 T'isole de ta famille et de tes proches

15 T'oblige à regarder des films pornos

16 T'humilie et te traite de folle quand tu lui fais des reproches

17 "Pète les plombs" lorsque quelque chose lui déplaît

18 Menace de se suicider à cause de toi

19 Menace de diffuser des photos intimes de toi

20 Te pousse, te tire, te gifle, te secoue, te frappe

21 Te touche les parties intimes sans ton consentement

22 T'oblige à avoir des relations sexuelles

23 Te menace avec une arme

24

## VIGILANCE, DIS STOP !

Il y a de la violence quand il...

## PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE

Tu es en danger quand il...

### 3 J'INFORME

- Les conséquences sur sa santé et celle de ses enfants.
- La relation d'emprise du conjoint violent peut entraîner de l'ambivalence et l'arrêt de certaines démarches.
- Les droits des victimes de porter plainte, de quitter le domicile avec les enfants et la possibilité de réalisation d'une ordonnance de protection direct sans dépôt de plainte.
- **N'est pas seule et peut se faire aider au 3919** (cf fiche patiente).

### 4 ÉVALUATION DU RISQUE IMMÉDIAT

☀️ Plus il y a d'indicateurs présents, plus le risque létal est élevé.

→ Crainte pour sa vie :

« Vous sentez-vous en sécurité pour rentrer chez vous aujourd'hui ? »

→ **Fréquence, intensité, escalade des violences** : s'intensifient au fil du temps, violences sexuelles, épisodes en dehors du domicile, contrôle des actes de la vie quotidienne.

« Votre (ex)partenaire essaie-t-il de contrôler tous les aspects de votre vie ? (déplacements en dehors du domicile, moyens de communication, accès à l'argent, activité professionnelle, etc.) »

→ **Conséquences des violences** : risque de suicide, hématomes, fractures, etc...

« Êtes-vous déjà allée à l'hôpital à la suite d'un acte violent ? »

→ **Dangerosité de l'agresseur** : menaces de mort, tentatives de passage à l'acte (strangulation...), présence d'armes au

domicile, contexte addictif.

« Votre (ex)partenaire a-t-il déjà utilisé une arme ou vous a-t-il déjà menacé, avec une arme ? Est-ce qu'il y a une arme à la maison ? »

→ **Contexte** : grossesse, post natale, projet de séparation.

« Selon vous, votre (ex)partenaire a-t-il eu connaissance de votre projet de séparation ? Êtes-vous séparés, cherche-t-il à connaître votre lieu de résidence ? »

→ **Retentissement sur les enfants du foyer** : comportements, menaces, violences.

→ **Vulnérabilité de la victime** : grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé, tentative de suicide.

### 5 SI RISQUE IMMÉDIAT JUGÉ GRAVE NE PAS RESTER SEULE

🏠 **Hospitaliser sans délai** avec appel du SAMU au **15** / mise en sécurité : appel de la police au **17** et d'un centre d'hébergement d'urgence au **115**.

→ Informer du **droit de quitter le domicile conjugal avec les enfants**, en le signalant à la police (main courante) ou à la gendarmerie.

→ Informer du **droit de saisir en urgence le juge aux affaires familiales**, même sans dépôt de plainte, pour demander une **ordonnance de protection** (informations auprès du réseau CIDFF (Centre départemental d'information sur les droits des Femmes et des Familles) ou France victime).

→ **Prise en charge des enfants** : **NE PAS RESTER SEUL** pour décider d'une hospitalisation des enfants pour protection et évaluation, pour réaliser un **signallement auprès du procureur de la République** pour la mise en œuvre en urgence de mesure de protection des enfants ou pour **faire une information préoccupante à la CRIP** (cellule de recueil des informations préoccupantes).

⚠️ **Proposer à la victime de faire un signalement** :

→ **Au procureur de la République et tribunaux judiciaires** : <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/>

• Avec l'accord de la victime, pour porter à la connaissance du **procureur de la République** les sévices ou privations constatés, sans nommer l'auteur des faits

• **Sans accord de la victime**, si elle est mineure, ou si c'est une personne vulnérable.

⚠️ **Majeur en danger immédiat et placé dans l'incapacité de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences, nouvelle dégradation au secret médical** (article 226-14 du code pénal).

### 6 SI RISQUE ÉLEVÉ : ÉLABORATION D'UN PLAN DE SÉCURITÉ

👁️ Disponible sur <https://deceiviolence.fr> dans la rubrique « les outils ».

→ **Avant un épisode de violence, si vous pensez que l'(ex)conjoint peut devenir violent**.

1. Liste de numéros en cas d'urgence à mémoriser (**15** / **17** / **115** / **114**).
2. Identifier un lieu sûr où aller et comment s'y rendre (famille, amis ou au sein d'une association).
3. Convenir avec de la famille ou des amis d'un message codé destiné à les alerter en cas de danger.
4. Aider les enfants à se sauver en leur indiquant un lieu de rencontre. Leur apprendre les numéros d'urgence.
5. S'assurer d'avoir de l'argent disponible (compte séparé, à son nom et envoi des relevés bancaires à une autre adresse), vérifiez la somme d'argent sur le compte joint.

6. Trouver un endroit sûr pour stocker :  
→ Des documents importants (originaux ou photocopies).

### 7 AGIR : SOINS IMMÉDIATS ET ÉLABORATION D'UN CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL DESCRIPTIF

👁️ **Modèle de trame** : <https://arretonsleviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/les-ecrits-professionnels>

→ Le remettre à la victime et conserver un double dans le dossier médical.  
Purement descriptif, consiste à rapporter les dires de la victime et décrire les lésions traumatiques, leurs conséquences cliniques, le retentissement **PHYSIQUE** et **PSYCHIQUE**.

→ **ITT (Incapacité totale de travail)** :

Durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles en lien avec le retentissement fonctionnel et psychologique. Il n'y a pas de lien avec la durée d'un arrêt de travail. Il n'est pas obligatoire. Possibilité d'inscrire la mention « sous réserves de l'évolution ultérieure » ou « Indication d'un nouvel examen à distance des faits, par un médecin spécialisé pour déterminer l'ITT. »

→ **Prise de photos** ou réalisation de schémas anatomiques datés et identifiés, avec l'accord de la victime, en conservant un double des photographies.

## NUMÉROS D'URGENCE

**17** **SMS 114**

Police et gendarmerie  
Par téléphone ou SMS.

**+ 15**

SAMU  
Urgence médicale

**115**

Hébergement  
d'urgence

→ **Le 112** : Numéro d'appel européen pour accéder aux services d'urgence.

→ **119** : Allo Enfance en Danger.

## NUMÉROS POUR UNE ÉCOUTE

**ARRÊTONS  
LES  
VIOLENCES  
3919**

Violences Femmes Info  
Numéro d'aide et d'écoute  
Anonyme et gratuit.

du lundi au vendredi de 9h à 22h, samedi, dimanche et jours fériés de 9h00 à 18h00.

→ **3677** (du lundi au vendredi de 9h à 19h, le samedi et dimanche de 9h à 13h et de 14h à 19h) : Maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées. Accessible aux personnes sourdes ou malentendantes.

→ **01 40 47 06 06** (le lundi de 14h à 17h30 et le jeudi de 10h à 13h) : pour les femmes en situation de handicap créé par l'association FDFA.



Chat de l'association « En avant toute(s) » :  
<https://commentonsaime.fr>



### Trouver les référents près de chez vous

Pour l'écoute, les informations juridiques (CIDFF), les hébergements d'urgence, l'accompagnement et l'accueil.



### Déposer plainte

→ **Dès que je le souhaite et que je suis à l'abri** : prévoir un plan de sécurité pour préparer le départ en cas d'urgence.

→ **Dans un commissariat ou à la gendarmerie** : ils disposent de psychologues et d'intervenants sociaux pour l'accompagnement, sur la **plateforme de signalement des violences sexuelles et sexistes**, à l'hôpital.

→ **Si départ en urgence** : déposer une **main courante** pour permettre un départ du domicile avec les enfants.



### La loi est de votre côté

→ **Ordonnance de protection** : Possible même si vous n'avez pas encore **déposé plainte** devant la justice pénale. L'ordonnance de protection vise à empêcher l'auteur de s'approcher de vous et de vos enfants avec la possibilité de rester à votre domicile. Elle doit être introduite par requête **auprès du juge aux affaires familiales**.

→ **Téléphone grand danger** : Dispositif d'alerte des forces de l'ordre et d'accompagnement par une association. Décision d'attribution par le **Procureur de la République**. Vous pouvez faire la demande directement auprès du parquet, ou **auprès des policiers ou gendarmes** qui le transmettront.

→ **Bracelet anti-rapprochement** : Le dispositif peut être mis en œuvre dans le cadre d'une procédure pénale ou dans le cadre d'une procédure civile.

→ **Aides juridictionnelles** : pour couvrir les frais, points d'accès gratuits partout en France.

**ARRÊTONS  
LES  
VIOLENCES  
.GOV.FR**

### LES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES SONT INTERDITES ET PUNIES PAR LA LOI

J'AI BESOIN D'AIDE

#NERIENLAISSERPASSER

→ <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>

→ **Plan de sécurité pour la préparation au départ** sur : <https://declicviolence.fr/p/le-plan-de-securite>

→ **Signaler une situation de violence en ligne** : <https://www.service-public.fr/cmi>

→ **Trouver une gendarmerie ou un commissariat** : <https://www.interieur.gouv.fr/Contact/Contacter-une-brigade-de-gendarmerie-ou-un-commissariat-de-police>

→ **Trouver un tribunal de justice près de chez vous**, pour les coordonnées du procureur de la république ou du juge des affaires familiales : <https://www.justice.fr/recherche/annuaires>

→ **Avocats, coordonnées sur** : [www.cnb.avocat.fr](http://www.cnb.avocat.fr)

→ **Plus d'informations sur vos droits** : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>



### Travailleurs sociaux

→ **Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)** de chaque mairie, CPAM, CAF, ou les « maisons des solidarités ».

→ **Les associations près de chez vous à retrouver sur** :  
<https://arretonslesviolences.gouv.fr>



### Prise en charge psychologique

→ **Annuaire des CMP** : <https://www.f2rsmpsy.fr/annuaire-des-CMP>

→ **Annuaire pour prise en charge des psychotraumatismes** : <https://www.traumapsy.com/-Consultations-.html>



### Pour en savoir plus

→ **Sur le consentement** : « La tasse de thé » : <https://www.youtube.com/watch?v=HSzqASpmEWA>

→ **Sur le mécanisme des violences et les psycho-traumatismes** : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/les-paroles-d-expertes>

→ **Sites de référence de la lutte contre les violences** : avec explications de la spécificité des violences  
<https://arretonslesviolences.gouv.fr>

# VERTATIM

## - Entretien 1

EB : Ma première question est très ouverte, c'est simplement vous demander, que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes notamment depuis la nouvelle recommandation ?

MT : Je n'étais pas au courant qu'il y avait des recommandations. Dépister les violences faites aux femmes, c'est toujours très compliqué parce qu'on est le médecin de famille. Ça veut dire suspecter le conjoint. Moi souvent, je leur demande comment elles vont, comment ça va globalement le travail, la famille. Je pense que ça permet de faire remonter les souffrances, que ce soit large, des violences dans le couple ou au travail.

EB : Donc, c'est une question ouverte ?

MT : Oui, c'est : «Comment ça va ?»

EB : Quels sont pour vous les freins et les limites qui pourraient vous empêcher de réaliser le dépistage en pratique ?

MT : Moi je suis un vrai médecin de famille, donc j'ai le grand père, l'arrière-grand-père. J'ai toutes les générations et ils sont très fiers de ça. Donc, je ne suis pas un médecin généraliste mais un médecin de famille. Être le médecin de famille en rural ce n'est pas le même rôle, connaître toute la famille dont l'agresseur. Il faut savoir manager les positions, positionnements familiaux. Et en plus, c'est très compliqué d'amener les mots et leur dire, alors on reste très général : «Dans le couple comment ça va ?». Et je suis dans un bassin de vie où les patients racontent très facilement leur vie, voir même intime et sexuelle. Donc, je n'ai pas à aller creuser finalement, parce que c'est une tradition de tout dire à son médecin. Donc je les écoute, en position d'écoute. Et les freins, c'est le positionnement familial, c'est le fait de connaître tout le monde. Et c'est de l'amener. Parce qu'ils ne sont pas trop élaborés donc c'est leur dire : «Alors est-ce qu'il y a de la souffrance dans le couple ?». Ils ne comprennent pas, verbaliser les choses, c'est très compliqué chez eux. Si je leur dis : «Alors il n'est pas trop violent avec vous ?» ça, ils vont comprendre. Alors que de dire : «Alors ça se passe comment dans le couple ?». Ils ont un niveau intellectuel, pas très, hum (...), pas tous. Mais là où il y a de la violence, c'est souvent là où il y a de la précarité. C'est le fait qu'il n'y a pas de tissu social. Il n'y a plus de services sociaux, je n'ai pas de planning familial. Une femme aujourd'hui qui veut s'en sortir ou qui veut essayer de faire des choses, il y a intérêt à avoir de la famille. Mais en général, comme tout est imbriqué et que c'est des milieux où ils se connaissent très bien, et où c'est toujours la faute de la femme. Donc, elles ont intérêt à soit avoir de l'argent ou un tissu familial important ou que ce soit un fait grave, avéré et prouvé. J'ai le cas d'une gamine avec attouchement sexuel, les parents le savent, mais le père lui dit de se taire car ça va être la honte pour la famille. Elle a dut être hébergée par sa sœur avec ses 4 filles, il faut un tissu social. Qu'il soit familial ou social même. Ça, c'est un vrai problème.

EB : Je vais passer directement à la 3eme question parce qu'on est dans le thème, concernant l'après dépistage, est-ce que vous avez des peurs ou des appréhensions ?

MT : Je n'ai pas peur des retombées, car on est des médecins, on est censé quand même représenter le juste. Ce que j'ai peur, c'est le manque de ressources pour la patiente. On me

confit qu'elle est maltraitée, il faut que je lui donne un relais et je la relais où ? Comment ? avec quoi ? Il faut aussi que la patiente est un minimum... (*en réfléchissant*). Je ne peux pas le faire pour elle. Moi, ce que j'ai peur c'est que les démarches n'aboutissent pas, qu'elles soient trop longues et que finalement, les patientes cèdent. Après, c'est là où je suis et c'est très propre à là où je suis. On avait des hommes maltraitants qui ne remettaient plus les pieds au cabinet parce qu'ils avaient honte. Là où je suis, ils ont quand même très honte, pas le cas où j'étais à Roubaix, où ils s'en foutent et se sentent complètement légitimes.

EB : Pensez-vous que la recommandation est applicable à tous les médecins généralistes ?

MT : Le problème des recommandations, c'est que c'est des questions, et il faut savoir dans une consultation c'est jamais un cadre. Il y a des débuts une fin. Mais, il faut savoir, qu'on ne va pas dire : «Attendez, j'ai des questions à vous poser !», ça fait pas du tout relationnelle. Moi j'ai du mal à fonctionner comme cela. Je pense qu'il faudrait une formation, parce qu'on n'est pas formé, niveau psy, pas formé à l'accompagnement psy. On n'est pas des psys mais on ne nous apprend pas à gérer ça. On nous apprend les démarches administratives, les traitements mais pas tout ce qui est management du patient.

EB : Et du coup, quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices pour vous permettre de mettre en place ou d'améliorer le dépistage systématique dans le cadre de votre pratique ?

MT : De vraies formations, pas faites de manière magistrale ou des recommandations. Des vraies formations sur des cas pratiques, mises en situations, des échanges de pratiques ou des partages, des groupes de pairs. Encore faut-il que cela soit des groupes où les gens n'aient pas honte de parler, de dire je ne sais pas où j'ai fauté, parce qu'on rate tous. Et des formations avec des psys notamment, qui nous apprennent à nous protéger, à prendre en charge la patiente mais qu'on ait des choses pour nous servir de rempart. Parce que le transfert, se fait très vite et surtout quand on est une femme, parce que par moment on douille. On s'inquiète pour la patiente, pour qu'elle fasse les démarches. Il faut des formations, où on est accompagné par du médical et du paramédical. Et qu'on soit plusieurs. Les CMP, c'est 1,5 an de délais, on ne peut pas gérer ces patientes toute seule. On peut les gérer pour plein de trucs, mais pas ça toute seule. Donc effectivement, il faudrait qu'on ait des formations, qu'on ait de vrais réseaux avec des paramédicaux, des psys et psychiatres parce qu'il y a tout un travail à faire, pour qu'elles sortent de l'emprise, prennent de l'autonomie, travail sur leur estime personnelle. En consultation de médecine générale, on ne va pas travailler sur l'estime personnelle, sur le positionnement social, familial.

EB: Si vous êtes confrontée à des violences, quelles ressources utiliseriez-vous ou iriez-vous lire les recommandations sur le sujet ?

MT : Je recherche surtout ce qui va être légal. A partir du moment où on le sait, on va essayer de pousser la patiente à aller porter plainte. Parce qu'à partir du moment où elle le fait, elle peut commencer à penser à quitter son foyer et elle peut commencer à faire une démarche. Donc non, pas vraiment d'outil, la question c'est plus où se positionne la patiente.

EB : Est-ce que du coup, vous pensez qu'il y a besoin d'un, d'outil ?

MT : Plus un réseau qu'un outil. Je pense que c'est comme les enfants, qu'il faudrait une sorte de signalement, un réseau et qui redonne et dispatche la tâche. J'ai saisi le procureur pour signaler un enfant et j'ai envoyé un mail, cela ne m'a pas pris beaucoup de temps. Il faut savoir se déléguer de la partie administrative, parce que ce n'est pas notre rôle. Pour tout ce qui va être soutien psychologique, social, financier, sanitaire, il faudrait qu'on ait une

sorte de structure sur qui on pourrait rebasculer et gérer ça et que nous, on continue à gérer la patiente sur tout ce qui va être médical : le syndrome anxieux, l'accompagnement. Moi je ne peux pas l'aider à dégager des fonds, à avoir des enveloppes pour pouvoir partir. Alors que quand tu as une patiente qui vient et me dit je souffre de ça, de ça, tu ne vas pas aller voir l'assistante sociale pour elle, tu ne peux pas aller voir la banque pour lui dire : «bah désolée, elle n'a pas de quoi manger» et ce n'est pas notre rôle. Retourner à notre métier de médecin et pouvoir la suivre sur le physique et le psychique, et rebasculer la patiente pour qu'elle est toute la partie autre que le somatique et psychique.

EB : Du coup, est-ce que vous pensez qu'il y aurait un outil idéal pour la prise en charge et pour orienter la patiente, pour le médecin généraliste ?

MT : Convaincre ce n'est pas à nous de le faire, si la patiente nous en parle c'est qu'elle a créé un lien avec nous. Moi je suis contre le fait de devoir briser le secret médical. Je ne suis pas pour, car si la patiente vient, on est souvent la seule personne qui le sait et j'ai des patientes qui se font battre qui ne veulent pas partir. Qui viennent de temps en temps pour se soulager leur conscience, je sais que je suis juste un exutoire. Je pense qu'il y a les associations de femmes battues qui font très bien le rôle, il faut garder ces structures-là.

EB : Donc, vous orienteriez ?

MT : Oui, on ne peut pas gérer ça, fin pas tout. Je pars du principe où il ne faut pas nous donner le rôle que tu n'as pas. Je pense qu'on peut être quelque chose d'important pour la patiente dans le sens où, il y a un transfert et on les aide. Car, on est le début de la resocialisation, mais il y a tout un pan où on est incompétent.

EB : Comment vous les orienteriez ?

MT : Moi, c'est différent, car mes patientes me parlent. Je n'ai pas besoin d'outil, de numéros verts ou autres, par contre je sais qu'il y a une maison des femmes à Lens. Donc, je les envoie sur internet, ils font pas mal de boulot pour essayer de leur trouver un logement.

EB : Par exemple, si une patiente vous dit : « j'aimerais bien que vous m'aidiez pour ne pas le faire toute seule », est-ce que vous avez une plaquette ou numéro pour l'adresser ?

MT : Non, car le problème c'est qu'elles peuvent rebrousser chemin.

EB : Vous leur laissez prendre l'initiative de chercher ?

MT : Je pense qu'il faudrait leur donner un pack avec des associations sur les violences, d'avoir ça au cabinet, leur donner pour qu'elles prennent l'initiative, pour qu'elles puissent échanger et se sentent moins seules. Parce que pour elles, moi j'ai une belle maison, beau mari, des beaux enfants, je suis fiable mais je ne peux pas les entendre comme d'autres femmes. Avec un numéro d'association, AS, psy, numéro vert, quelque chose que je puisse donner à la patiente qu'elle puisse lire, qu'elle puisse ranger le temps de cheminer. L'idée c'est que quand elles font la démarche, c'est de se dire : «Ah oui, ça le médecin n'y a pas pensé !».

EB : Et du coup pensez-vous qu'une fiche réflexe pourrait vous servir au cabinet ? Notamment comme la fiche pratique de l'HAS.

MT : *(En critiquant les fiches pratiques de HAS)* Ça franchement c'est pas mal. Moi je suis pour faire les points d'évaluation pour que la patiente puisse partir, moi je suis pour l'après.

Ça, (*numéro 15 sur conseils d'orientation*) très mauvaise idée d'appeler le 15. Ce n'est pas des patientes qui se sentent légitimes, elles ne vont pas aller embêter le système qui après va être saturé. Créer quelque chose qui leur soit propre, qu'elles n'aient pas le sentiment d'être illégitime et surtout qu'elles aient quelque chose qui les attendent. Après nous, en tant que médecin on n'a pas beaucoup de pouvoir, parce qu'une fois dépisté, qu'est-ce que tu fais et tu as peur pour ta patiente. Tu te dis : «Est-ce qu'elle a compris ?». Il faut de l'accompagnement, pas le mot : «prise en charge» sur la plaquette.

EB : Là, donc c'est pour une fiche pratique pour le médecin, mais je suis d'accord que créer un petit kit pour elle, c'est une très bonne idée. Mais en revenant à la fiche réflexe, est-ce que vous pensez qu'une fiche réflexe pourrait servir au dépistage ?

MT : Non, parce qu'une patiente qui va dire qu'elle ne va pas bien, elle va le dire. Ce qui me dérange dans ces fiches, c'est que j'ai l'impression qu'on doit aller débusquer une patiente qui ne va pas bien. Un patient qui ne veut pas parler, ne parlera pas. Surtout dans le cadre des violences, c'est des années de vie communes, des années d'embrigadements, c'est une emprise qui se met en place tout doucement. Puis, il y a des événements de vie qui viennent s'installer qui justifient. Donc le patient qui parle, c'est déjà celui qui n'en peut plus. Le patient, c'est lui qui vient à nous et pas l'inverse. Il y a un biais, et je trouve que c'est difficile de donner ce qu'on peut donner au médecin traitant pour aller traquer le patient. J'ai des patientes qui sont maltraitées et quand je leur demande comment ça va, elles répondent : «Super docteur, mon mari est génial». Quelqu'un qui ne veut pas parler, il ne parlera pas, la question c'est comment on fait pour lui ? Quand c'est dans le cadre de l'urgence, déjà je ne savais pas qu'il y avait des logements en urgence pour les reloger rapidement. Après la question c'est de les convaincre au long cours. Les démarches administratives sont longues. C'est d'avoir un truc qui puisse explorer tous les pans, c'est à dire quand elles sortent qu'elles sortent avec des missions. C'est à dire d'avoir des objectifs actifs, pas le CMP où il y a 1,5 an d'attente. Avoir une assistance sociale, c'est ma problématique aujourd'hui, je n'ai pas d'assistante sociale. Ma patiente quand je veux l'orienter, je veux qu'on convoque la patiente dans les jours qui suivent pour pas que la démarche tombe à l'eau, qu'elles se découragent. Toujours créer ce réseau, mais rapide, convocation et visite. Recours rapides où elles ne se sentent pas seules.

EB: Vous voulez un document qu'on donne à la patiente avec les numéros ?

MT : Oui et qu'on contacte ensemble ou en général, elle le fait elle-même. Je pars du principe où c'est une démarche qui doit venir d'elle-même.

EB : D'autres choses dessus, comme les certificats médicaux ?

MT : Non, je les fais. Mais pourquoi pas une trame, car tout le monde nous demande des certificats médicaux. On sait ce qu'il ne faut pas mettre mais, on en fait tellement que cela serait bien d'avoir un certif qui nous couvrirait aussi. Donc, des certificats pour aller porter plainte, numéros asso, psy et assistantes sociales, un réseau qui les convoque dans 2/3 jours pour poser la situation individuelle de la patiente pour ce qu'elle prévoit de faire. Comment faire pour pouvoir les aider et comment on réalise la demande de la patiente. Comme on a rien, il faut centraliser, genre une maison des femmes, comme des CMP. Puis il y a des problèmes de mauvaise éducation, il faudrait de la vraie prévention. C'est peut-être des consultations scolaires pour les filles et les garçons. Même chez les filles, certains discours : «Je suis une bonne femme, la maison est toujours propre et je fais à manger». Et ce n'est pas notre rôle de nous pencher sur la psy, car tu n'as plus le temps de faire le reste, que l'on sait faire. On peut évidemment, mais si tu fais tout, tu pêches quelque part. Je pense qu'il faut vraiment du travail avec les pys et assistantes sociales. Médecine scolaire

qui doit passer, IST, contraception. Beaucoup d'harcèlements sur les réseaux sociaux, des garçons qui ne comprennent pas : «J'étais juste amoureux». De parler de la violence chez les femmes et les hommes qu'on a maintenant en miroir. Il y a un vrai travail sur la violence envers l'autre et jusqu'où on a le droit d'aller et où est le stop. La prévention ce n'est pas à nous de la faire, c'est déjà depuis l'école. Puis, il faut un kit, où on n'est pas seul, un numéro dédié, un endroit dédié, un endroit pour elle. Ce n'est pas que le médecin traitant, c'est tout ce qui est à côté qui fait que tu ne vas pas assez vite. Et que l'autre, l'agresseur, qui lui dit : «Tu es tombée dans un piège», bien tu y crois. C'est de l'éducatif, c'est du social, c'est un enjeu collectif. Nous, on est un relais pour les renvoyer vers des gens qui sont compétents. Quand on est épaulé, on n'est pas stressé. Le mot c'est : «comment accompagner» sur les recos HAS et pas : «agir». Concrètement, on fait un certif pour le commissariat, tous on accompagne, c'est elles qui font le boulot. Comment on leur ouvre un avenir, revenir à un être social, valorisé, avec un vrai statut. C'est ça dont elles souffrent, d'avoir été gommées un nombre d'années. Dans ce contexte, c'est à la patiente, à agir.

EB : Maintenant, c'est des questions d'actualité, une expertise juridique est actuellement menée pour potentiellement modifier l'article 226-14 du code pénal dans le sens d'un allègement du secret médical en cas de gravité. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : Je pense qu'il ne faut pas. Quand on est sous l'emprise, on n'a pas conscience et on se retrouve à juger une situation où ça devient un jugement de valeur et plus une vraie situation de fait concret. De un, les femmes ne vont plus se confier et en plus la question c'est au niveau psychique, où elles en sont. Car, c'est la patiente qu'on veut prendre en charge, si la situation passe à côté d'elle, qu'on décide pour elle. On peut l'accompagner dans une démarche de porter plainte, mais pas décider pour elle. Si on lève le secret professionnel mais que la patiente n'est pas dans le même timing que toi, toi tu es responsable. Laisser ça aux mineurs, personnes fragiles et handicapées.

EB : Et pour finir, que pensez-vous de la médiatisation de ce sujet, cela a-t-il modifié votre vision ou votre pratique au cabinet ?

MT : Je pense que c'est bien que les femmes parlent parce que ça permet de faire dire des choses horribles qui se passent encore, et c'est important. Il faut être pédagogue, car à côté de ça, il y a beaucoup d'hommes qui souffrent et qui ne savent pas se positionner. La question c'est le positionnement et je pense que c'est éducatif des deux côtés. Je pense que l'homme doit aussi faire sa révolution. C'est bien pour la femme mais l'homme doit aussi faire sa révolution et se dégager de cette pseudo virilité de merde qui les emprisonne. Il faut que les deux avancent ensemble. Il faut y aller avec les hommes. C'est bien, ça ouvre la parole, mais il faut être pédagogue et que les hommes n'aient pas peur : «Je ne veux pas ressembler à ce genre de mec dégueulasse». Il faut qu'il y ait un équilibre, à faire à deux. C'est intéressant à vivre quand on est médecin généraliste. Quand on nous raconte l'histoire, après je fais quoi ? Elle fait un syndrome post traumatique, j'ai le diagnostic mais après c'est plus moi. C'est pourquoi, les questions de dépistage j'ai du mal. C'est à toi qu'on viendra te parler parce que c'est toi et c'est en ça que c'est lourd, en ça qu'il faut se faire accompagner, tous. Ça dilue la responsabilité et recadre le patient au milieu de la prise en charge. J'ai fait mon taff de médecin généraliste, mais c'est pourquoi les questions de dépistage, j'ai du mal parce qu'après j'en fais quoi ? Et je pense que c'est plus adapté à la ville, car il y a quelque chose de l'ordre de l'impersonnel dans la ville. Moi, je connais tout le monde, le mari. Il y a un dépistage global : «Comment ça va ?», que je fais. Ce n'est pas un dépistage comme celui des recos, mais j'en fais un, du fait que cela n'est pas la même relation en rural. Après, je suis une femme jeune, donc c'est plus facile pour nous, on peut accueillir une parole de

femme. C'est aussi une question d'attitude, comment on se positionne sur l'écoute bienveillante. Et nous, nous protéger.

EB : Voilà, c'était la dernière question, merci beaucoup pour cet entretien très intéressant !

## - Entretien 2

EB : Ma première question est très ouverte, que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes notamment depuis la nouvelle recommandation ?

MT : Je pense que c'est un sujet d'actualité, que ce dépistage, on le fait de façon implicite régulièrement. De là, à proposer un questionnaire à chaque patiente, je trouve ça irréalisable, voire parfois déplacé. Par contre, être en alerte sur les violences que peuvent subir les femmes tant dans le cercle familial, qu'à l'extérieur au travail ou autre, je suis sensibilisé à ça, en alerte. Et c'est moi qui n'hésite pas à l'aborder, même si la patiente n'en parle pas.

EB : Parce que là, le dépistage qui est proposé, c'est des questions ouvertes? (*en montrant les exemples de questions sur la fiche pratique de HAS*)

MT : Mais c'est irréalisable en consultation, on n'a pas ce rapport-là. Pas un rapport de question sur une fiche avec nos patientes qu'on connaît depuis 10/15/20 ans, cela ne passe pas. Par contre, aborder le sujet avec : «comment ça se passe à la maison», quand on pense qu'il y a un problème, «comment ça se passe au travail?», oui ça évidemment. Mais un questionnaire où on doit lire chaque phrase et attendre une réponse est irréalisable et déplacé dans une relation médecin-patient. Par contre, ces questions, c'est évidemment important. Si le principe, c'est à chaque patiente au moins une fois durant sa vie, le médecin généraliste : «madame, on va vous poser ces questions-là», bah (...) (*du genre pas convaincu*).

EB : En fait, c'est une question parmi la liste, ce sont des exemples. C'est trouver sa question et aussi par rapport au contexte, ils ne disent pas de poser toutes les questions.

MT : Tout ça, on l'aborde et on n'hésite pas à en parler, quand on voit qu'il y a un problème, mais de là, à faire d'une façon systématique, comme une vaccination : «bah voilà madame, il faut vous vacciner, c'est le moment de vous vacciner, et on va parler des violences à domicile», elle va se demander où elle est tombée : «madame, on va parler de violences».

EB : Quels sont pour vous les freins et les limites qui pourraient vous empêcher de réaliser le dépistage en pratique ?

MT : Si le dépistage c'est de faire quelque chose de systématique, codifié comme ça, moi le frein il est total par la relation qu'on a. Parce qu'on a une relation d'intimité avec la patiente qu'on connaît depuis des années, on n'est pas un médecin spécialiste que la patiente va voir tous les 10 ans et encore, le frein serait qu'on a une relation autre qu'une relation de questionnaire avec nos patientes. Par contre, il y a aucun frein que je pose ces questions dans un contexte bien particulier ou dans des suspicions de violences ou de problèmes. C'est le côté questionnaire en systématique, dans une vraie consultation médicale, cela ne se passe pas comme ça.

EB : Et des freins pour les patientes ?

MT : Aucun, il y a vraiment aucun frein, et souvent de toute façon, lorsqu'elles ont un

médecin depuis longtemps, elles abordent le sujet. Le seul frein serait qu'elle soit accompagnée des enfants en consultation.

EB : Quelles sont vos appréhensions concernant l'après dépistage, de la prise en charge immédiate aux conséquences tardives ?

MT : Pour moi, je n'ai pas peur, ça fait partie du contexte médical, pour moi il n'y a aucune conséquence. Ou qu'elle change de médecin. Pour une patiente : «il s'immisce dans ma vie privée», que la patiente change de médecin : «parce qu'il me pose des questions comme ça.». Le frein, je le vois plus du côté de la patiente. Comme lorsque qu'on demande à ce qu'elle aille déposer plainte, les freins c'est plutôt la patiente et conséquences de cela, mais moi je n'ai aucune conséquence.

EB : Pensez-vous que la recommandation est applicable à tous les médecins généralistes ?

MT : Si les recommandations c'est interroger la patiente sur des éventuelles violences à domicile ou autres, il y a une façon de l'aborder. Moi, ça tombe sous le sens de poser ce type de questions. Oui, elles sont applicables à tout médecin, évidemment.

EB : Selon vous, quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices pour vous permettre de mettre en place ou d'améliorer le dépistage systématique dans le cadre de votre pratique ? Pour vous et les patientes ?

MT : Améliorer l'information de la patiente. Bien lui faire entendre que ce n'est pas normal, que le médecin le dise, que ça passe à la télé, spots publicitaires, affichages, émissions. Bien expliquer, notamment sur la violence conjugale qui peut parfois être banalisée, expliquée et excusée par la patiente. Bien expliquer que ce n'est pas parce qu'il est énervé, pas parce qu'il est jaloux, ou pas parce qu'il a bu, qu'il peut frapper ou être un tyran domestique. Moi, j'apporte l'info régulièrement mais il faut qu'elle soit diffusée partout, que les femmes connues, reconnues puissent prendre la parole, actrices, etc. Et pour les médecins généralistes avoir, autant cette plaquette (*fiche pratique montrée*) trop lourde et inadaptée pour une relation médecin-patient autant, une petite plaquette avec tous les numéros, par exemple 3919, qu'on pourrait remettre à la patiente plutôt que de ramer tout seul. Expliquer la conduite à tenir suite à une violence conjugale, comment porter plainte, certificat de coups et blessures, la médecine légale, 3919, SOS femmes battues, contacter une avocate. Avoir une petite plaquette pour le médecin, que le médecin puisse la remettre à la patiente en lui expliquant bien évidemment.

EB : Quelles ressources utiliseriez-vous si, vous vous retrouveriez face à une situation de violences, ou iriez-vous lire les recommandations sur le sujet ? Quels outils utiliseriez-vous ?

MT : Je regarde sur internet les numéros d'urgences, SOS femmes battues, je regarde sur internet. Moi, après j'ai une conduite à tenir avec mes patientes qui viennent pour ça, mais le reste des éléments, je les récupère sur internet. D'où l'intérêt d'avoir une petite plaquette et qu'on puisse donner également.

EB : Quel outil idéal permettrait de faciliter le dépistage et sa prise en charge selon vous ? Sous quelle forme le verriez-vous ? Vous me parliez donc d'une plaquette ?

MT : Le dépistage, ce n'est pas un outil, c'est de connaître sa patiente. Peut-être qu'on peut faire ça chez des médecins qui ne suivent pas les patientes depuis longtemps. Ici, c'est des familles que je connais depuis 25 ans, du coup, aborder le sujet ou être en alerte ça, je le suis. Je n'ai pas besoin d'une plaquette pour ça. Par contre, j'ai besoin d'outil pour orienter la

patiente par la suite. Ça, j'en ai absolument besoin, en forme de fiche, qu'on puisse lui donner plutôt qu'envoyer un mail, qui pourrait être vu par le conjoint, des fiches qu'on donne.

EB : Que souhaiteriez-vous y voir apparaître ?

MT : Avec la conduite à tenir, un certificat de coups et blessures avec quelques informations simples sur ce qu'on peut mettre. ITT son importance ? A mettre ou non ? Est-ce suffisant pour la patiente, pour aller porter plainte, ou est-ce qu'il faut un certificat de médecine légale ? On conseille de prendre des photos, prendre rendez-vous en médecin légale pour avoir un autre certificat, plus de valeur ? Informations sur la personne de confiance avec qui on pourrait échanger. Lui donner les numéros d'avocats, on a le droit ? Numéros SOS femmes battues et associations. Nous, dans l'urgence, qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'elle peut quitter ou non le domicile ? Doit-elle appeler la police ? Toutes les choses comme ça, de pratique parce que nous, on est en première ligne.

EB : Donc, voilà la fiche pratique réalisée par l'HAS pour aider les médecins généralistes sur la réalisation du dépistage en consultation et la prise en charge. Comment amélioreriez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ? Pour affiner l'outil pour son utilisation facile.

MT : (*En lisant la fiche pratique*), «Est-ce que j'ai le droit de quitter le domicile avec mes enfants, est-ce que ça va pas se retourner contre moi ?». Parce que la plupart du temps, cela se fait sans témoin. Puis, les problèmes financiers pour partir, mais après cela est de l'ordre de l'avocat. Mais avoir une fiche bien synthétique plus concrète sur l'après. (*En lisant la fiche pratique*) La relation entre un médecin généraliste et sa patiente qui subit ça, c'est assez simple, on est un peu le curé, les gens viennent se confier, ce qui revient souvent c'est les conséquences. Souvent, je fais des certificats et il y a aucune suite, elles ont peur des conséquences : «moi si je fais ça, il va me refrapper». Une autre raison, éclater la bulle familiale, la culpabilité si elle porte plainte. Bien leur expliquer que les enfants, qui vivent avec leurs parents, le voient, risque de reproduire le schéma familial. Les femmes qui se font frapper restent plus souvent. Elle se fait frapper, elle culpabilise, soit en trouvant des excuses pour son conjoint : problèmes au travail, jalousie, boisson. Comment briser et expliquer cette emprise ? Il faudrait faire des conférences pour leur expliquer que ce n'est pas naturel. C'est plus d'informations qu'on veut sur ces fiches. Je connais mes patientes par cœur. Et le dépistage systématique, je le fais, je l'applique systématiquement quand je vois que cela ne va pas. Ce n'est pas à mon niveau à changer les choses sauf peut-être une plaquette à donner. Mais c'est plus au niveau de la femme battue ou violentée, lui expliquer qu'il n'y a rien de normal et logique là-dedans. J'avais une idée aussi la création d'une maison des femmes, qui serait un lieu réservé aux femmes où elles auraient toutes les informations concernant les violences, contraception, inégalités salariales, comment faire quand on divorce, avoir un logement. Il faudrait peut-être dans chaque maison au niveau du CCAS, un lieu, un service dédié à la problématique féminine. Le dépister. On connaît tous en tant que médecin généraliste, on suit les enfants, tout le monde, souvent on habite la même ville. C'est un problème, on n'hésite pas du tout à les aborder et plutôt en alerte là-dessus.

EB : Maintenant les questions d'actualité, une expertise juridique est actuellement menée pour potentiellement modifier l'article 226-14 du code pénal dans le sens d'un allègement du secret médical en cas de gravité. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : Comme lever le secret de quelqu'un sous l'influence d'une secte ? Est-ce qu'on a le droit ou pas, c'est à double tranchant, ça serait lever le secret médical ? (*Hésitant dans sa*

*réponse*). De façon à faire quoi ? Qui interviendrait dans cette histoire ? Ce serait à l'encontre de la volonté de la femme, c'est à réfléchir. Si elle ne veut pas, c'est qu'elle a une crainte derrière, peut-être l'inciter plus, en lui donnant les personnes qu'elle va pouvoir aller voir ou autre. Et à partir de quel moment il faudrait lever ? Et surtout vers qui, la justice ? Moi, en soit cela ne me gêne pas, ce qui me gênerait, serait les conséquences de la femme qui ne serait pas prête. On la préviendrait par mail ? Pourquoi pas, oui, quitte à ce qu'elle s'en aille voir un autre médecin. C'est quelque chose de violent, il n'y a pas de réponse pour l'instant. Ce qu'il faut, c'est surtout protéger la femme, c'est délicat. Pourquoi pas l'imaginer comme la femme n'osant pas, on lui indique qu'on peut le faire, et cela soulagerait la patiente que le médecin le fasse, et pas elle. Mais il faut vraiment quelque chose de carré, pour les femmes qui ne voudraient pas faire la démarche de peur que le mari le sache, de mettre sur le dos du médecin, cela ne me gênerait pas. Que le mari soit convoqué sur un signalement que j'aurais fait. De ce fait là, la femme pourrait dire qu'elle n'a rien dit et ça, pourrait éventuellement la protéger. Moi, je veux bien assumer cette responsabilité-là, et je trouve ça intéressant de façon à ce que si le conjoint est convoqué à la police et que ce soit le médecin. Comme ça, la femme pourrait dire que ce n'est pas elle, oui pourquoi pas, moi je veux bien dans ce sens-là.

EB : Et pour finir, que pensez-vous de la médiatisation de ce sujet, cela a-t-il modifié votre vision ou votre pratique au cabinet ?

MT : Ça n'a pas changé à ma pratique ou à ma vision, par contre je pense que certaines femmes vont plus facilement parler puis dans un monde machiste à tout niveau. Moi, ça ne va rien changer mais il y aura peut-être plus de dénouements, donc oui il faut le faire. La fréquence de dépistage de femmes battues n'a pas vraiment augmenté, car moi, c'est récurrent c'est les mêmes avec des conjoints différents. Il y a un retour positif, vers une égalité, même salariale, parité sur liste électorale. Moi qui devait me présenter aux municipales. Oui, il faut mettre en place tout ça. En conclusion à cet entretien, moi, j'insiste sur cette boîte à outil, qu'on puisse la donner, parce que cela se déroule comme ça. Je les informe qu'il faut prendre rendez-vous en médecine légale, je leur donne les coordonnées d'avocats, numéros d'associations, mais si je pouvais leur donner une petite fiche, ça serait bien. Et aussi, créer un lieu dédié à ça, avec des assistantes sociales qui soient briffées là dessus, dans chaque mairie. Un lieu qui ne soit pas marqué aux yeux de tout le monde. Un lieu culturel, il y a un tout, pas que du péjoratif. Les particularités de la maternité, conception, fatigabilité. Un lieu sans qu'elle soit étiquetée quand elle rentrerait, que ce soit un lieu d'informations, d'offres d'emplois, d'activités, d'associations. Qu'elle puisse y aller sans qu'on lui dise : «bah pourquoi tu es allée là-bas ?». Qui saurait informer sur toute la problématique féminine. Mais j'en reviens à ça, cela ne se passe jamais comme ça une consultation. Mais d'entrée de jeu dans les antécédents, oui pourquoi pas d'entrée de jeu à une première consultation dans les antécédents. Il y a peut-être des patientes, si on leur pose, je pense qu'elles me diraient non, mais elles m'en parlent, le moment venue. Peut-être avoir une affiche dans le cabinet médical, rien qu'une seule pour montrer que le médecin est sensibilisé à ça. Des feuilles dans la salle d'attente, documentations, que ce médecin généraliste là, est ouvert à la discussion concernant les violences. Nous, on aimerait que ça aille plus vite, que le mec soit entendu plus vite, on ne serait pas à l'abri d'erreurs judiciaires, et qu'il y ait plus de conséquences. J'axe souvent la conversation sur les enfants. En entretien, charger la mule sur les enfants, je le fais, notamment dans des violences verbales quand elles n'osent pas. Je leur explique qu'ils seraient plus heureux avec l'un ou l'autre, que les deux, qui ne s'entendent pas du tout.

EB : Merci beaucoup !

MT : J'ai oublié de te parler d'un autre point, j'ai pensé aux bourreaux. Déjà, les détecter et

surtout créer des fiches pour leur expliquer ce qu'il a le droit de faire ou non. Faire un point sur ce qu'on ne peut pas faire en couple. Avec cette culture du machisme endurée, que ses actions sont répréhensibles, quelque chose pour informer « les mâles dominants » qui sont perdus (*Ton ironique*).

EB : D'accord, super, merci beaucoup !

### - Entretien 3

EB : Alors je vais commencer par vous demander simplement, que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes notamment depuis la nouvelle recommandation ?

MT : Intérêt modeste à mon avis, il n'y a pas vraiment de frein, mais le problème c'est que quand vous connaissez en tant que médecin généraliste votre famille souvent vous êtes quand même au courant de ce qui se passe dans les maisons, alors, pas systématique. Enfin, faire du dépistage systématique, ça a un intérêt modeste, vous connaissez vos gens, vous pouvez de temps en temps quand vous voyez un bleu leur demander, une fracture ou autre, poser les questions. Mais en dehors de ça, voir des gens pour une angine ou autre et leur demander : « Est-ce que vous vous faites taper par votre époux ? », c'est délicat. Ça fait quand même partie, pour pas mal de femmes, où le problème, où les gens ont l'impression d'être fautifs et ne sont pas à vouloir le dire : « Je me fais taper par mon mari », ou d'autres sévices.

EB : D'accord, et quels sont pour vous les freins et les limites qui pourraient vous empêcher de réaliser le dépistage en pratique ?

MT : Ça a un intérêt modeste en systématique, mais ça peut faire partie d'un interrogatoire, pourquoi pas. Interroger d'emblée en disant : « Est-ce votre époux vous tape dessus ? », ce n'est pas la bonne méthode. Si les gens ne veulent pas se confier, ils ne le feront pas. Et souvent, conjoint jaloux vient avec son épouse et donc on peut difficilement poser les questions concernant les relations entre les deux. Donc, voilà (*air plutôt expéditif*), la suite ?

EB: Quelles sont vos appréhensions concernant l'après dépistage, de la prise en charge immédiate aux conséquences tardives ?

MT : Non, ce n'est pas le dépistage qui me fait peur, c'est la suite. C'est à dire qu'une fois qu'on a dépisté, oui, on leur dit qu'il ne faut pas se laisser faire, qu'il faut aller déposer plainte, mais il y a parfois des femmes qui ne veulent pas faire ça. Parce qu'il y a des contraintes financières, parce qu'elles sont dépendantes de leur mari, on ne veut pas avoir d'autres coups supplémentaires. Et nous, dans ce genre de problèmes, on ne peut pas dire aux gens : « Je vais aller porter plainte pour vous ». Mais on peut conseiller à la patiente d'aller porter plainte, c'est à elle à le faire. On a fait le dépistage, que peut-on faire après, à part soutenir les gens, faire quelque chose : « Il faut vous protéger, aller dans la famille ». C'est l'après qui pose problème.

EB : Pensez-vous que la recommandation est applicable à tous les médecins généralistes ?

MT : Il n'y a pas de raison que cela ne soit pas applicable à tous, même si ce n'est pas le médecin généraliste, cela peut être l'Orl s'il y a une fracture du nez.

EB : Pour trouver des solutions, quelles ressources utiliseriez-vous si, vous vous retrouveriez face à une situation de violences, où iriez-vous lire les recommandations sur le sujet ?

MT : Non pas d'outil. Quand il y a coups et blessures, ce que je fais, c'est orienter les gens vers une structure spécialisée. Un peu comme le viol, au CHR, faire un examen en médecine légale ça a toujours son intérêt. Le certificat, ça peut être fait mais souvent c'est une orientation en médecine légale. J'oriente (*toujours avec air expéditif*). La suite ?

EB : Quel outil idéal permettrait de faciliter le dépistage et sa prise en charge selon vous ? Sous quelle forme le verriez-vous ? Que souhaiteriez-vous y voir apparaître ?

MT : L'outil principal, ça serait des adresses, des numéros de téléphone, SOS femmes battues, les sites metoo ou que sais-je. C'est d'avoir des adresses pour orienter. Contacts, que puis-je faire : quels sont mes droits, quelles sont mes possibilités ? C'est surtout ça qu'il faut. Ça, je le verrais sur une forme de fiche ou sur internet, ce genre de truc. Nous, on peut faire du dépistage, du curatif, mais surtout un rôle de conseil, des numéros (*en insistant*) !!

EB : Là, c'est la fiche pratique réalisée par l'HAS pour aider les médecins généralistes sur la réalisation du dépistage en consultation et la prise en charge. Pensez-vous qu'une fiche réflexe vous servirait à la réalisation du dépistage ? Comment amélioreriez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ? En fait, affiner l'outil pour son utilisation facile.

MT : Ça peut être des questions qu'on peut poser, moi la première question, c'est la plus importante. C'est : «comment vous sentez vous à la maison ?». Je crois qu'à partir de ça, vous pouvez défiler les questions. Il faut être le plus simple. C'est la question ouverte qui n'agresse pas trop les gens. C'est la première question, et la plus importante puis après, on peut défiler ce qu'il se passe : «pourquoi vous ne vous sentez pas bien, quels sont les événements ?» On peut orienter. On est quand même avec ce genre de questions : «Comment se passe les rapports intimes», on rentre déjà sur des sujets très, très personnels. Je verrais quelque chose de plus synthétique (*en parlant de la fiche*), pratico-pratique. Là c'est vraiment... (*en regardant le nombre de page*). Le principal, c'est un numéro de téléphone avec un correspondant, point. Après, demande d'urgence, je veux bien, c'est d'abord un passage par l'hôpital. C'est plus le domaine de l'hôpital d'orienter. C'est intéressant en effet.

EB : Quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices pour vous permettre de mettre en place ou d'améliorer le dépistage systématique dans le cadre de votre pratique ?

MT : Ça dépend vraiment, y penser et interroger. Quand vous voyez quelqu'un, ce n'est pas ce genre de questions que vous allez poser systématiquement. Vous voyez les gens pour un diagnostic (*en montrant la fiche avec les plaintes somatiques*). Il y a un problème, c'est plus de l'ordre du psychologique et passer à la question ouverte : «comment ça va à la maison ?». L'information, c'est une bonne chose. Pour moi, le dépistage, ce n'est pas suffisant, ça pourrait être mieux. Informer les patients et médecins. Tout ce qui s'est passé au niveau de la presse, tout ce qu'on a entendu avec les metoo, les féminicides, je pense que c'est une excellente chose. Ça permet aux femmes, qui ont ce type de problèmes d'en discuter avec leur médecin. Ça peut valoir le coup de faire une campagne, si vous subissez des violences, parlez en avec le médecin, appelez 3919 directement. Un numéro de téléphone simple, pour que le spécialiste de la santé puisse téléphoner à cet endroit, je pense que c'est une bonne chose. Formations pour les médecins, pourquoi pas, pour le savoir comment agir et comment dépister en premier, c'est pas toujours évident. L'action c'est plus de l'information.

EB : Ensuite deux questions d'actualité, une expertise juridique est actuellement menée pour

potentiellement modifier l'article 226-14 du code pénal dans le sens d'un allègement du secret médical en cas de gravité. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : Je pense que le secret médical doit être respecté (*avec un ton d'exclamation*) !! Les femmes sont considérées comme adulte pouvant prendre leurs responsabilités. Et lever le secret médical, ce n'est pas à nous de le faire, ça peut poser des problèmes et doit être respecté. Quand vous êtes majeure, vous devez prendre vos responsabilités, à téléphoner, et puis agir. On peut quand même conseiller et prendre le téléphone, mais il faut que la personne soit quand même responsable de ce coup de fil, sinon ça serait... (*ton grave*). On doit le respecter, il y a une relation de confiance dans un cabinet, et ce qu'il y a ici, reste ici et ne part pas ailleurs. Sauf quand coups sur enfants, mais sinon pas à le faire.

EB : Et enfin, que pensez-vous de la médiatisation de ce sujet, cela a-t-il modifié votre vision ou votre pratique au cabinet ?

MT : Très bien, et ma pratique n'a pas extrêmement changé. Mais moi, je trouve ça très bien, le fait de parler des violences au niveau famille, couple et enfant, c'est une excellente chose. C'est un truc qu'on ne doit pas accepter, dépister et traiter. La fréquence n'a pas vraiment augmenté dans mes consultations. Peut-être qu'on ne dépiste pas suffisamment, j'y pense pas assez et puis des couples où il a des conflits, les femmes, je pense, savent de plus en plus répondre à ce genre de problèmes. Il y a une indépendance financière, de plus en plus, sans passer nécessairement par le médecin. Cela n'est plus acceptée, les femmes sont plus indépendantes.

EB : Merci beaucoup pour vos réponses !

#### - Entretien 4

EB : Ma toute première question est très ouverte, que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes notamment depuis la nouvelle recommandation ?

MT : Pour moi, c'est exagéré, on connaît bien notre patientèle. Par exemple, quand on vient pour des pathologies qui sont mal systématisées ou autres, on sent qu'il y a de la pression derrière, alors là, on va se dire avec le flair. Mais comme ça, aborder abruptement je trouve que c'est trop frontal. Je connais mes patientes et pas facilement, mais au bout de 2/3 consultations quand elles sont seules parce que bien souvent, il est là. Elles me disent : «je vous le dis docteur, ça reste entre nous», parce qu'elles ont peur, ça leur fait du bien de parler mais très rarement, elles ont envie d'aller plus loin. Le problème c'est les repréailles. Parce que oui un foyer, oui divorcer et partir de chez soi, mais sous quelles conditions ? Parce qu'elles partent, c'est quelque chose en définitif. On vit «bien» malgré la douleur, malgré la violence. Moi, j'en ai une, elle a plein de trucs cassés, il est mort et elle l'a en médaillon autour du cou. Donc, c'est extrêmement choquant, donc à chaque fois qu'elle venait, on faisait des mains courantes ou des certificats qu'on gardait. Elle ne les prenait pas chez elle, car elle avait peur qu'il tombe dessus, mais elle n'a jamais porté plainte. On gardait les certificats, on avait la preuve au moins, ils étaient en sécurité. Parce que c'est surtout la promiscuité après. Parce que j'en ai une, c'est du harcèlement psychologique. Il ne veut pas qu'elle appelle ses enfants. Elle n'a pas le droit de sortir toute seule, justifie l'argent. Plusieurs fois, elle est partie vivre chez son fils, mais elle revient parce que c'est compliqué. C'est le cercle vicieux des violences, elles sont sous emprise et souvent, elles sont dépendantes financièrement. Ça aussi, c'est compliqué. Les freins, on en discute toujours

mais pour moi, c'est faire quelque chose. Elles le savent qu'on peut faire quelque chose, mais c'est plutôt elles, qui s'auto-freinent. Parce que les conséquences sont parfois plus dures à vivre. Imaginons qu'elle passe un coup de téléphone et qu'il s'en aperçoit, bah là, ça va aller mal.

EB : Et en consultation il y a des freins ?

MT : Si elles sont seules, non, il y a aucun frein. Elles se lâchent, elles parlent librement et ça leur fait du bien. Mais souvent, même si on leur dit il y a des solutions, il y a un numéro vert, elles ne font pas la démarche.

EB : Quelles sont vos appréhensions concernant l'après dépistage et la prise en charge immédiate, aux conséquences tardives ?

MT : C'est une conséquence pour elles, parce que si elles en parlent, si elles doivent partir. J'ai  $\frac{3}{4}$  des patientes, elles sont avec leur mari.

EB : Et vous, avez-vous peur des représailles ?

MT : Non, je n'ai pas peur. On est dans notre droit dans le questionnement, c'est plus une femme qui dirait : «vous ne m'avez pas aidée». Mais pas les représailles du mari. Ils savent quand même qu'ils sont dans leurs torts et dans l'impunité parce qu'elles ne bougeront pas. Elles sont tellement sous l'emprise, qu'ils continuent leurs harcèlements, c'est terrible.

EB : Que pensez-vous de l'applicabilité de la recommandation à tous les médecins généralistes ?

MT : Ce qu'il faudrait, c'est qu'on ait vraiment une structure solide pour dire, cette femme-là, on déclare, on fait un signalement et après, c'est plus nous. Donc, si c'est des acteurs sociaux, etc., ça serait bien. C'est pouvoir, faire un signalement, tout en étant protégé. On n'a pas peur mais si le mari sait qu'on a fait un signalement, on ne sait jamais ce qu'il peut arriver. Mais être protégé de ce côté-là, en ayant vraiment une structure solide. On n'en a pas encore ce genre de structure, foyer, assistantes sociales, c'est très flou encore. Il faudrait un SAS de sécurité, parce que vraiment quand ça ne va pas, elles sont tabassées. Si elles doivent se sauver, dans ce cas-là, où est-ce qu'elles vont ? Maison de la femme en urgence ça, ça serait génial.

EB : Quelles ressources utiliseriez-vous si, vous vous retrouveriez face à une situation de violences ?

MT : Non, pas vraiment.

EB : Quel outil idéal permettrait de faciliter le dépistage et sa prise en charge selon vous ? Sous quelle forme le verriez-vous ? Que souhaiteriez-vous y voir apparaître ?

MT : Par exemple, un numéro dédié aux médecins généralistes, où appeler en disant : «j'ai vraiment une femme qui ne va pas bien, qu'est-ce qu'on peut faire pour elle ?». Bah vraiment, l'outil pour le dépistage pure, c'est la parole, le ressenti qu'on a et puis quand elles témoignent, c'est vrai que pour les amener à témoigner, c'est compliqué et on ne peut pas les forcer.

EB : D'accord, voici une fiche pratique réalisée par la HAS pour aider les médecins généralistes sur la réalisation du dépistage en consultation et la prise en charge (*ci-jointe*).

Pensez-vous qu'une fiche réflexe vous servirait à la réalisation et la prise en charge ?

MT : Oui, très bien, voir ce qu'on peut faire au niveau juridique etc., ça serait très bien.

EB : Comment améliorerez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ?  
Affiner l'outil pour son utilisation facile ?

MT : *(en regardant les fiches pratiques)* Ah oui, il y a au moins 20 pages ! Et des numéros verts pour les hommes aussi ! Oui, après le 15 vraiment, c'est vraiment une urgence, euh, c'est vraiment qu'il y a eu...*(dans le sens une chose très grave)* et qu'on est appelé en visite.

EB : Après, il y a une aide sur les certificats médicaux, je ne sais pas si vous avez une problématique là-dessus ?

MT : Ça fait longtemps que j'en fais, donc normalement, ils sont bons *(rire)*. Après, c'est bien de le remettre, c'est bien de le remettre dans la fiche réflexe.

EB : Qu'est-ce que vous améliorerez dans cette fiche réflexe de l'HAS ?

MT : Je ne sais pas, après j'ai lu quelque part de dire au mari : «Non, vous n'entrez pas.». C'est trop abrupte, quand elle vient avec lui, s'il rentre, il rentre. Après, petit à petit, moi je suis installée, donc ces gens, je les connais depuis longtemps, donc il faut aussi... *(du genre maintenant, je peux insister comme je les connais)*. Parce que la violence faites aux femmes, ce n'est pas tout blanc, tout noir. C'est aussi que lui, est peut-être très mal aussi. Il y a peut-être besoin d'aide aussi, donc il faut l'écouter lui aussi. Parfois, soit il n'en parle pas du tout, donc c'est tout. Mais parfois, on peut avoir des billets ou des petites portes d'entrées pour essayer justement de comprendre : «Comment ça se fait que vous êtes irritable avec votre femme ou que vous ne la comprenez pas ?». Il faut aussi essayer de comprendre, même si parfois c'est incompréhensible. C'est des hommes assez rustres, limités et donc quand ils boivent, ils tapent quoi... *(d'un air impuissant)*.

EB : Donc oui, on pourrait aussi poser la question aux hommes de savoir comment ça se passe à la maison avec des questions larges ? Pour voir un peu comment ils réagissent ?

MT : Après la phrase : «Comment ça se passe à la maison ?», c'est trop large pour moi. Ce n'est pas la bonne question à poser, plutôt : «Comment ça va dans votre couple ?» ou «Est-ce qu'il y a des choses qui vous énervent ?» Sans rentrer dans les détails. Et après, si elles commencent à parler, vous leur rendez compte que c'est inapproprié par rapport à, c'est une réaction exagérée et puis voilà. La violence ne mène à rien. Il faut essayer d'aider les deux à la limite. Parce que des fois, c'est un engrenage et lui est tellement dedans. Le pire, c'est les manipulateurs pervers, eux n'ont pas conscience du tout du mal qu'ils font, et là il y a rien à faire. Pour moi, ils n'ont pas conscience du tout, faut qu'elles se sauvent mais malheureusement, il n'y a pas toujours moyen de se sauver.

EB : Et du coup, j'en reviens à la fiche, vous la verriez sous quelle forme ?

MT : Une fiche sous forme d'un petit questionnaire, je pense pour se souvenir de certaines choses et comment aborder le personnage.

EB : Et la fiche en elle-même ?

MT : Je la verrais petite, pas des pages et des pages. Là, c'est trop long. C'est comme un cours *(en parlant des fiches pratiques de l'HAS)*. Nous, on a pas le temps non plus de tout

lire, donc il faut que cela soit direct.

EB : Vous voudriez y voir quoi, sur les fiches réflexes ?

MT : Les numéros, les acteurs sociaux, s'il y a des associations, etc. Après ça, ça dépend du lieu où on est aussi. Mais ça serait bien quand même qu'on puisse sortir les associations, les foyers, qui on peut prévenir en cas d'urgence. Où ces femmes peuvent aller en cas d'urgence ? Parce qu'on ne sait pas.

EB : Pour vous, quels seraient les moyens nécessaires ou les actions correctrices dans le système français, pour permettre de mieux mettre en place le dépistage et la prise en charge ? Vous parliez d'une structure, par exemple la maison des femmes ?

MT : Oui, une structure comme la maison des femmes. Pas forcément pour quitter le domicile, mais par exemple si elles restent, avoir une journée ou le week-end pour qu'elles se ressourcent et qu'elles arrivent à réfléchir à la situation. Parce que quand elles sont toujours dedans, elles n'ont qu'une peur, c'est de se faire tabasser ou d'avoir du harcèlement. Elles, c'est la survie. Donc, les sortir un peu de là, pour qu'elles puissent réfléchir un peu à la situation et leur avenir. Parce que souvent, c'est juste : «Il faut que je me protège», parce qu'elles sont tellement..., se culpabilisent quand elles sont violentées. Donc, c'est : «qu'est-ce que j'ai fait de mal», alors qu'il faudrait quelqu'un de l'extérieur pour leur dire : «Mais non, vous êtes victime». Mais juste une journée par semaine, avoir quelqu'un à qui parler, se détendre, du bien-être. Je pense que ça serait bien et le mettre dans le dossier. C'est, je ne vais pas dire dangereux, mais il faut vraiment l'accord de la patiente pour pouvoir le mettre. Parce que l'écrire noir sur blanc, c'est quand même, je ne vais pas dire une prise de risque, mais quand même. Il faut vraiment qu'on lui dise et si elle nous dit : «non, surtout pas», c'est tout il faut... (*vers le sens de l'écouter*). Mais qu'il y ait une case comme les facteurs de risque où : «il y a-t-il eu de la violence ?», ça serait bien.

EB : Maintenant, c'est plus des questions d'actualité, une expertise juridique est actuellement menée pour potentiellement modifier l'article 226-14 du code pénal dans le sens d'un allègement du secret médical en cas de gravité. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : C'est toujours pareil, c'est protéger cette femme qui est violentée. Alors est-ce qu'elle, elle va dire : «bah oui, vous pouvez le dire.», ça m'étonnerait. Parce que déjà, qu'elle fasse la démarche de venir vous en parler, c'est difficile. Parce que quand elles viennent chez le médecin, elles savent qu'il n'y a rien qui sort, donc ça les sécurise, elles peuvent parler. Si on leur dit : «bah voilà le médecin, il peut aller raconter», je pense que c'est plus délétère qu'autre chose. Sachant que, quand il y a une violence et qu'on fait un certificat médical avec elle, porter plainte : le secret est levé. C'est-à-dire qu'elles vont à la police et vont raconter. Voilà, il faut que la police les écoute, ça c'est important. Quand elles appellent pour dire qu'elles se font tapées dessus, ils ne viennent pas toujours. Donc ça, aussi, il y a du changement à faire. «Vous êtes sûre que ce n'est pas mérité ?» Mon dieux ! (*air exaspérée*), ça se dit encore, c'est en train de changer c'est bien, mais il y a encore beaucoup de choses à faire.

EB : Que pensez-vous de la médiatisation de ce sujet, cela a-t-il modifié votre vision ou votre pratique au cabinet ?

MT : Bah, justement ça remue la merde, et il faut la remuer. Comme les viols, etc. Pourquoi on n'en parle pas ? Parce que ça change tellement les choses quand on en parle que voilà.

Par exemple, le patinage artistique, pourquoi ça fait 30 ans qu'elle ne parle pas, faut se poser la question ? Parce que déjà là ça remue énormément de choses, donc si elle l'avait dit il y a 30 ans, ça aurait été encore pire. Là maintenant, je trouve qu'on s'ouvre, mais il y a encore du chemin parce que derrière, qu'est-ce qu'il va se passer ? Les conséquences et puis quand on est médiatisé comme là, bah voilà, on sait qu'elle a été violée. Elle n'a pas envie, fin ça ne la représente pas, ce n'est pas ça sa personne, mais voilà comment on parle d'elle, elle a été violée. Donc, c'est très dure pour qu'elle absorbe et puis après, donc libérer la parole oui, mais sous quelles conditions ?

EB : Vous ressentez en consultation cette libération de la parole ? Plus de cas ?

MT : Non, pas pour l'instant, pas remarqué de différences pour l'instant. On verra. On est là pour les soutenir, les aider avec notre parole. Mais un jour, j'espère, qu'elles auront assez de force, pour quitter tout ça. C'est l'enjeu, leur donner la force.

EB : D'autres choses pour conclure l'entretien ?

MT : Qu'est-ce qu'on peut faire, c'est protéger les enfants. Oui, ça aussi parce que partir, divorcer, elles savent que bah si c'est une garde alternée, elles savent que cet homme va garder les enfants pendant une semaine. Qu'est-ce qu'il va faire avec eux ? Donc souvent, elles restent pour protéger leurs enfants. C'est souvent la parole de l'un contre l'autre. Et parfois, c'est très dure quand il y a les enfants, c'est encore plus compliqué. Comme les violences morales, où on n'a pas vraiment de preuves, au final. C'est au jour le jour au quotidien, de la survie, faire bien les choses. Dans leur tête c'est : «je ne peux pas réfléchir, tellement influencée, bonne à rien, sous l'emprise, laver le cerveau, je suis une bonne à rien». Et il faut énormément de temps pour récupérer de l'assurance, même après quand elles sont séparées. Ça devient normal à la fin. C'est pour ça, les faire sortir une fois par semaine de ce milieu, là comme je disais tout à l'heure, pour leur faire comprendre conscience. Ça prend du temps, pas du jour au lendemain. L'information faut qu'elle passe, parce que les femmes, elles ne sont pas forcément au courant des numéros de téléphone, faut qu'elles le sachent. Des affiches par exemple, dans les cabinets médicaux : «Vous êtes victime de violences, appelez le ...». Aussi chez le gynécologue, plein d'endroits où on s'occupe des femmes. Après, il y a la violence au travail, même des femmes contre des femmes, moi, j'en ai beaucoup. On essaie de les sortir du système, on les met en arrêt. Tant qu'il n'y aura pas de sanctions, le mec reste intouchable. C'est tellement entré dans les mœurs, surtout sur le milieu hospitalier, milieu extrêmement misogyne, où nous sommes des utérus sur pattes. Mais, on ne dit rien et ce n'est pas normal. C'est une question d'éducation. Exemple de l'histoire à l'école, c'est que des hommes en général qu'on apprend, même si ça bouge pas mal. Et que les femmes arrêtent de se laisser faire aussi. C'est un combat, et il y a beaucoup d'hommes qui prennent conscience aussi, le travail se fait sur les deux.

EB : Super, merci beaucoup !

## **- Entretien 5**

EB : Ma première question est très ouverte, c'est tout simplement que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes ?

MT : C'est une bonne chose, parce que oui, on n'y pense pas forcément au quotidien. Je n'étais pas au courant de ces nouvelles recommandations.

EB : En consultation, quels sont pour vous les freins et les limites qui pourraient vous empêcher de réaliser le dépistage ?

MT : Ce n'est pas des freins, mais c'est qu'il faut y penser. Mais pas de limites, pas particulièrement, je n'ai pas vraiment d'exemple en tête. *(Réponse expéditif, je n'insiste pas)*

EB : Après le dépistage, quelles sont vos difficultés sur la prise en charge ? Avez-vous des appréhensions ?

MT : Après, tout dépendant, si c'est quelque chose de passé ou qui dure encore, et si c'est quelque chose de passé et qu'il y a quelque chose d'enfouis. Il faut les aider à faire remonter tout ça. Donc là, je peux me faire aider de psychologues ou de psychiatres suivant le retentissement que cela aura eu sur la patiente. Ce n'est pas toujours facile d'amener la patiente à parler, il m'arrive de poser la question de si elle a déjà subi des violences ou autres. Après les recommandations de l'HAS, je les connais pas plus que ça.

EB : Que pensez-vous de l'applicabilité de la recommandation à tous les médecins généralistes ?

MT : Il y a des patients, et heureusement, où il n'y a pas d'intérêt à les poser ces questions-là. *(Réponse assez expéditif, encore une fois sans répondre à la question, je n'insiste pas)*

EB : Actuellement, quelles ressources ou recommandations lisez-vous sur le sujet quand vous vous retrouvez face à une situation de violences ? Utilisez-vous un outil ?

MT : Non je n'ai pas d'outil, je travaille pas mal avec le CMP conjointement, ou avec, une psychologue en ville, mais plutôt le CMP.

EB : En consultations, quels outils, supports ou moyens vous permettraient de faciliter le dépistage et sa prise en charge selon vous ?

MT : Une fiche pourquoi pas, ça pourrait être utile, je ne sais pas si ça existe ?

EB : C'est justement le thème de ma thèse, que souhaiteriez-vous y voir apparaître ? Sous quelle forme ?

MT : Une petite fiche à disposition dans le cabinet, parce qu'internet, il faut aller la chercher. Je verrais bien les petites questions à poser. Les numéros, c'est peut être difficile comme ça dépend des secteurs où on exerce, c'est difficile si c'est une fiche que l'on veut diffuser. Après, je pense que c'est à chacun de créer son petit réseau. Des associations, pour donner les coordonnées aux patientes.

EB : Comment amélioreriez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ? Affiner l'outil pour son utilisation facile.

MT : C'est déjà pas mal, c'est vraiment déjà bien complet. Après c'est difficile d'être exhaustif et synthétique. Bon après je n'ai pas lu en détail. Ils ont répertoriés les questions les plus importantes. Peut-être plus de numéros d'associations. Je réfléchis dans ma pratique, quelquefois c'est difficile de les amener à consulter et de les amener à aller plus loin aussi. Je pense à une qui était venue vider son sac, mais après je ne l'ai pas revue. Les fiches HAS sont bien faites mais, il y en a tellement pour toute la médecine et il y en a vraiment des imbuvables.

EB : Et en termes de santé publique, quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices à réaliser ?

MT : Il y en a déjà des numéros de téléphone dans les médias : «Appelez le «...» en cas de détresse, d'urgence». Et puis, non seulement pour les femmes qui recherchent du secours mais aussi pour alerter l'entourage, faire prendre conscience ! Moi, dans les études, on a rien eu de ce côté-là. Après, il y a deux ans, j'ai participé à une formation dans le cadre d'un congrès de médecin générale et là, il y a eu une intervention très bien, plus sur la prise en charge des problèmes d'inceste et de violences chez les femmes en générale et le fait de poser simplement la question. On est surpris des réponses, elles peuvent être vraiment surprenantes. Après, on connaît nos patientes mais on essaie de le mettre dans leur dossier.

EB : Maintenant en termes d'actualité, une loi est en cours pour un allègement du secret médical en cas de gravité. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violence chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : C'est délicat, je n'ai pas eu encore de cas concrets. Il ne faut pas que cela se retourne contre nous. Après, si c'est pour sauver des vies, mais c'est difficile de se projeter sans exemple, dans l'absolu pourquoi pas. Si la loi nous protège.

EB : Et enfin, que pensez-vous de la médiatisation de ce sujet, cela a-t-il modifié votre pratique au cabinet ?

MT : A mon échelle, dans le comportement des patientes, je ne peux pas dire. Je n'ai pas suffisamment de cas pour objectiver un changement de comportement chez mes patientes. En tout cas, sur un plan personnel, on est un peu plus en alerte. C'est quelque chose de bien, parce que quelques fois un message qui passe par un autre biais que par le nôtre, ça appuie aussi notre démarche. Quelques fois, on peut essayer d'apporter nos arguments mais ce n'est pas entendu et le fait que ça vienne d'autres côtés, et bien cela peut porter ses fruits.

EB : Voilà, merci beaucoup !

## **- Entretien 6**

EB : Premièrement, que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes notamment depuis la nouvelle recommandation ?

MT : Je pense que c'est adapté à la prise en charge globale de la patiente, que c'est une ouverture, peut-être sur la vie à domicile, des choses que l'on ne voit plus comme c'est des patients qu'on voit moins à domicile. De manière générale, je le fais plutôt quand il y a une suspicion ou quand on parle un peu de psychologie. Quand je vois qu'il y a un syndrome anxieux, un syndrome dépressif, j'essaie un peu de demander et m'intéresser à tout ça. Je parle même des violences dans l'enfance aussi.

EB : En consultation, quels sont pour vous les freins et les limites qui pourraient vous empêcher de réaliser le dépistage ?

MT : S'il y a un entourage, s'il y a la présence du mari, du conjoint, des enfants, c'est tout.

EB : Pas d'autres freins, en termes d'organisation ?

MT: Non, parce que c'est une question qui se pose très vite, donc non pas du tout.

EB : Après le dépistage, quelles sont vos difficultés sur la prise en charge ? Avez-vous des appréhensions ?

MT: Sur l'orientation, est-ce qu'elles sont encore des victimes actuellement ou est-ce que ce sont des violences passées, je pense que tout dépend des violences. Moi, ça serait plutôt l'orientation sur le contexte aiguë. Ou orienter ? Ou porter plainte ? Les associations de femmes ? Ça, ce sont des contacts que je n'ai pas par contre.

EB : Que pensez-vous de l'applicabilité en pratique de la recommandation à tous les médecins généralistes ?

MT: Je ne connaissais pas les recommandations, mais à tout le monde, je pense même à généraliser.

EB : Actuellement, quelles ressources ou recommandations lisez-vous sur le sujet quand vous vous retrouvez face à une situation de violences ? Utilisez-vous un outil ?

MT : Je vais voir sur internet, pas de site en particulier, là je chercherais plutôt les numéros de téléphone, où orienter et puis l'urgence, est-ce qu'il faut qu'elle soit isolée tout de suite ? Comment organiser ça, est-ce qu'elle a envie déjà ? Pas d'autres outils.

EB : En consultation, quels outils, supports ou moyens vous permettraient de faciliter le dépistage et sa prise en charge selon vous ?

MT: Quand on fait notre dossier médical, je pense qu'il y a toujours des onglets dans les antécédents ou dans les facteurs de risque, l'environnement. Je pense qu'il pourrait y avoir aussi un onglet : repérage des violences conjugales. Pour prendre en charge, c'est des numéros à connaître, je pense un répertoire.

EB : Pensez-vous qu'une fiche réflexe vous servirait à la réalisation du dépistage et à la prise en charge ? Que souhaiteriez-vous y voir apparaître ? Sous quelle forme ?

MT : Oui, avec les moyens d'action, les numéros. Une fois qu'on a repéré, quelles sont les choses à faire tout de suite. C'est les centres hébergement, les centres d'hébergement temporaires, ce sont des choses qu'on a du mal à avoir, toujours des difficultés à appeler et à avoir les bons interlocuteurs. Ça, je pense que cela serait bien. Ça serait peut-être bien sous forme de centrale, centre d'appel, à la limite, qui regroupe et qui peut orienter sur les départements, les bonnes structures.

EB : Je vous montre les fiches de l'HAS, comment amélioreriez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ? Affiner l'outil pour son utilisation facile.

MT : La forme déjà là tu vois... (*en lisant les fiches*), simplement les gros titres ça peut suffir. Après, c'est simplement du bon sens, tu vois quand tu examines déjà les gens tu.... Bon après ça va aussi un peu avec la formation, le fait de l'avoir lu déjà une fois, mais c'est vrai qu'il doit y avoir des mots clés, déjà là-dedans qui vont te... (*dans le sens t'aider*), et puis t'aider à te mettre la pouce à l'oreille, ce genre de chose, (*en train de lire*). Tu vois là, quand il parle de viol, c'est que déjà t'as posé la question et que tu es quand même déjà allé bien loin. Comportements des enfants et conjoint, c'est pas mal. Les propos méprisants, disqualifiants, c'est des propos qu'on voit et donc quand on voit les gens seuls, on pose la question. Mais, ils sont souvent tout le temps accompagnés, donc c'est comment aborder les violences conjugales quand ils sont à deux dans la même consultation quoi. C'est quand même le plus gros frein pour moi, (*en lisant la fiche*). Ça, c'est des choses, en pratique

décider de l'hospitalisation des enfants, tu le fais pas tout seul. Tu t'entoures, tu décides d'appeler la PMI. C'est vraiment l'urgence de soin pour la femme et puis évidemment, tu protèges un peu tout le monde. Mais tu ne fais jamais ça tout seul. Les numéros, c'est vraiment essentiel. Les certificats, je pense que c'est quelque chose qu'on maîtrise bien, après il faudrait voir avec les autres. Mais je pense que ça va surcharger ta fiche et qu'il aura peut-être d'autres choses de plus intéressantes à mettre. Du coup pour synthétiser, plus synthétique, peut-être pas de certificat médical et les numéros en plus gros pour les voir.

EB : En termes de santé publique, quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices à réaliser ?

MT : Des actions correctrices, de diffuser l'ouverture de la parole, je pense que c'est vraiment le repérage, c'est vraiment la clé du succès en fait. Une affiche qu'on met en salle d'attente, de dire : «la prochaine fois, venez seule, je suis sensibilisé, venez sans votre conjoint.». Je pense que s'il y a ce type d'onglet, je pense que tous les nouveaux patients, je pourrais leur demander mais même déjà le fait, rien que d'en parler, je me rends compte que je pourrais le faire beaucoup plus fréquemment que je le fais déjà. Donc, c'est quelque chose que je vais prendre, peut-être déjà maintenant, le fait que tu m'aies sensibilisé. Sensibiliser les médecins.

EB : Une expertise juridique est actuellement menée pour potentiellement modifier l'article 226-14 du code pénal dans le sens d'un allègement du secret médical en cas de gravité. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : Avec qui comme interlocuteur ? Au moins, avec des représentants de la justice, des procureurs ou comme quand on fait avec des enfants. Finalement, on lève une certaine partie du secret médical. Je pense que là, ça peut se faire. Dans le même ordre, mais je mets quand même quelques réserves. Parce que c'est des infos qui sont quand même trop personnelles, qui peuvent être destructrices. Parce que c'est juste un jugement, alors est-ce que notre jugement est bien fondé ? Est-ce que c'est à nous de le faire ? Nous, on rapporte simplement, on constate alors... Ça je pense, sur l'orientation, dire : «oui, il faudrait qu'elle soit vue», pour essayer de sécuriser un peu l'environnement, quand il y a pas d'urgence absolue, ça je pense qu'on peut le faire. Mais sans trop en dire non plus, dire: «Là, il y a une situation à risque, il faut qu'elle soit évaluée par des acteurs compétents», ça je pense qu'on peut le dire.

EB : Ma dernière question est d'actualité, que pensez-vous de la médiatisation de ce sujet, cela a-t-il modifié votre pratique au cabinet ?

MT : Non, pas vraiment de modifications. Et la médiatisation, c'est bien, je pense qu'il faut le faire parce qu'encore une fois, ça leur montre qu'elles ne sont pas seules. Aussi et souvent, c'est ce qu'elles ressentent. Et donc, montrer qu'il y a des acteurs, des gens avec qui elles peuvent parler. Et nous, on est quand même un acteur de proximité avec les gens et donc si on peut être un bon interlocuteur, il faut qu'on le soit. Donc, il faut le dire. Moi, je pense justement que, tu vois cette affiche dans la salle d'attente, ça peut être bien aussi. Comme cette petite phrase où on doit être sensibilisé en début de consultation ou en début de nouveau patient.

EB : Super, merci Beaucoup !

## - Entretien 7

EB : Ma première question est très ouverte, que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes ?

MT : De un, c'est une recommandation que je ne connaissais pas. Voilà, il y a plein de choses qu'on ne connaît pas en médecine générale. Deux, je crois que c'est un sacré sujet sur lequel on n'est pas à l'aise, loin d'être simple, le faire de façon systématique, la comme ça waouh !(*air étonné*). Je ne me vois pas trop le faire, mais ça peut être clairement, être une bonne idée, donc ouais, à voir.

EB : En consultation, quels sont pour vous les freins et les limites qui pourraient vous empêcher de réaliser le dépistage ? En pratique au cabinet ?

MT : En pratique, fin si c'est vrai que le fait d'en parler, que ça aide de pouvoir en parler. Mais elle peut nous regarder de travers, mais est-ce que c'est vraiment une limite ou pas ? Ça peut-être une limite, mais les gens peuvent aussi tout à fait comprendre. Ça risque sûrement, peut-être d'ouvrir un dialogue alors ensuite, ce que ça permet derrière, que la femme ou que l'homme, on ne sait jamais, ça peut arriver, agissent derrière mais... (*en réfléchissant*). C'est quand même fréquent que cette notion de violences, on l'évoque et qu'elle soit reconnue. Mais c'est très difficile parfois, aussi par rapport à la femme de franchir le pas et c'est excessivement compliqué, donc que faire dans ces cas-là ?

EB : D'accord et dans l'après dépistage, quelles sont vos difficultés sur la prise en charge ? Avez-vous des appréhensions ?

MT : Par rapport au conjoint, vis à vis de moi, médecin et aux repréailles ? Non, non je n'ai pas trop peur, après on peut avoir un conjoint un peu pervers. Alors là, on ne sait pas trop comment ça va tourner mais je pense que l'objet de sa préoccupation, ce sera plus l'épouse que le médecin. Mais peut-être aussi à tort, et peut-être aussi parce que je suis un homme, et peut-être inconscient, ça aussi alors, ça peut arriver (*en riant*). On est aussi dans une région où il y a quelques années, il y a quand même eu une mise en place de pratiques par rapport aux violences conjugales. Au niveau justice dans le Douaisis, quand tu as une main courante, cela va directement au procureur, ça commence peut-être à être le cas ailleurs. Il y a vraiment une prise en compte judiciaire de la problématique. Ce qui aide pas mal dans le discours pour essayer d'accompagner ses patientes. Où, s'il y a une problématique, ce n'est pas la femme qui va être mise dehors mais l'homme qui va être éloigné avec mesures d'éloignement. C'est quand même quelque chose, je pense que c'est quand même une avancée majeure. Et pour les femmes, c'est peut-être aussi plus facile d'oser parler sachant que de un, ça devrait être pris en compte et de deux, derrière il va vraiment y avoir des choses qui vont être mises en place, des mesures. Et le mari, dans ce cas-là n'est pas considéré comme un coupable mais comme quelqu'un à accompagner pour changer sa pratique, sa façon de faire, pour permettre d'arrêter les violences. Et bien sûr, si ça va trop loin, il y a aussi l'action de la justice en plus.

EB : Et sur la prise en charge, est-ce qu'il y aurait des limites concernant l'orientation une fois la question posée, est-ce que vous avez peur de ne pas savoir prendre en charge, des appréhensions ?

MT : Alors ce n'est pas ça, parce qu'on a un système juridique derrière qui marche vachement bien, grâce auquel je n'ai pas cette difficulté-là. La difficulté, c'est plus quand le cas est évoqué, c'est accompagner la personne pour l'aider, réussir à franchir le pas. Là, il y a aussi des psychologues qui peuvent aider, il y a pas mal de démarches qui peuvent la faire

évoluer mais souvent ensuite la porte se ferme quoi.

EB : Pensez-vous que la recommandation est applicable en pratique à tous les médecins généralistes ?

MT : Évidemment que oui, pourquoi non (*en souriant*) ? Nous sommes le premier maillon et nous avons un rôle à jouer.

EB : Actuellement, quelles ressources ou recommandations lisez-vous sur le sujet quand vous vous retrouvez face à une situation de violences ? Utilisez-vous un outil ?

MT : Pour repérer, un, on n'y pense pas toujours, donc c'est bien que ces recommandations soit là, peut-être nous rappeler que c'est plus fréquent que ce que l'on pense. Deux, on pense peut-être que les autres fonctionnent comme nous, donc c'est peut-être difficile de penser que les autres fonctionnent autrement. Donc, je pense que c'est un frein pour se dire qu'est-ce qu'il se passe ailleurs. Trois, je pense que la violence physique, ça peut se voir un peu avec des certificats médicaux et les difficultés des violences psychologiques qui sont difficiles à repérer. Quatre, ce qui peut, peut-être m'aider un peu c'est l'écoute active, c'est apprendre à écouter, et je pense que ça peut aider un peu à faire sortir les choses. Je pense que c'est surtout ça. En fait pour moi la préoccupation, c'est peut-être y penser plus. Mais des outils derrière, non.

EB : Vous pensez qu'un outil serait utile en consultation ?

MT : Un peu comme un questionnaire ce genre de chose là ? Alors oui, s'il est excessivement court, parce qu'il y a plein d'outils au-delà de 4/5 items, ça ne va pas vraiment, quelque chose excessivement court.

EB : Et pour la prise en charge ?

MT : Je pense que ça dépend énormément des secteurs. Déjà, nous rappeler que c'est un sujet important, c'est déjà vachement bien. Un outil, si c'est en une ou deux questions très courtes, oui pourquoi pas. Pour prise en charge réflexe, euh ça peut être une fiche sur internet, car en forme papier, elle se perde très vite. Et très court et avec une difficulté, c'est que dans chaque région, chaque secteur, ça sera très différent.

EB : Et qu'est-ce que vous verriez, qu'est-ce que vous voudriez voir dessus ? Par exemple si une patiente vient, et tiens : «Je vais aller voir ma fiche, ça va m'aider», qu'est-ce que vous voudriez y voir dessus ?

MT : Moi, je ne fonctionne pas trop avec les fiches en fait, donc je ne suis pas à l'aise, je fonctionne plus à l'instinct.

EB : Mais du coup, qu'est-ce qui pourrait vous aider vraiment ?

MT : Bah ce qui m'aiderait vraiment, c'est savoir que cette recommandation existe et penser à la question.

EB : Et comment on pourrait faire pour y penser ?

MT : Bah diffuser les recommandations HAS, moi je pense que le début du problème, c'est y penser. Comme un article, diffuser en recommandation avec l'envoi de petits fascicules. Oui, moi je verrais ça dans ce sens-là, et pas trop long à lire.

EB : D'accord, je vous montre la fiche pratique réalisée par la HAS pour aider les médecins généralistes sur la réalisation du dépistage en consultation et la prise en charge. Comment amélioreriez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ? Affiner l'outil en fait, pour son utilisation facile.

MT : Alors celle-là, elle me plaît pas mal, parce qu'il y a une liste de questions où je peux prendre celle qui me plaît bien. (*En parlant de la première feuille «Comment dépister»*). Celle-là, est assez simple (*en parlant de la deuxième feuille du «Comment dépister»*), pas trop mal faire, un peu plus synthétique, mais les éléments synthétiques, ils sont là avec..., ils sont dans les titres en fait. Et ensuite, rien qu'avec les titres le reste sort tout seul et c'est pour moi, c'est pas mal. C'est presque plus la première partie qui m'importe, comment y penser. Et l'orientation, une fiche internet à faire par région, je ne sais pas si c'est vraiment réalisable ou pas. Pour moi la difficulté, c'est vraiment y penser, à partir du moment où on se dit on va poser la question en systématique. Donc ça, c'est une bonne idée, on va peut-être avoir quelques surprises. Par contre parfois, on ne voit pas toujours la femme seule et il peut y avoir le conjoint, ça fait partie aussi d'une limite. Comment agir, c'est important, mais c'est plus le repérage. A la limite je mettrais qu'une seule fiche très courte et l'autre peut-être sur internet quoi. Mais à la limite pourquoi pas les deux, si elles sont courtes. Parce que la difficulté, c'est peut-être d'y penser et l'autre comment agir.

EB : Très bien et en termes de santé publique, quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices à réaliser ?

MT : Je pense que c'est surtout la justice à améliorer, sur la prise en charge. Sur ce qui est fait dans le Douaisis, la femme est la victime, c'est l'homme qu'on écarte. Ce qui n'est pas le cas ailleurs. L'homme certes est violent, mais on essaie de l'accompagner pour calmer le jeu et de toute façon, je pense qu'il y a un mouvement de fond qui est en train de se faire. Et nous (*en parlant des médecins généralistes*) repérer, donc c'est pour ça, que c'est pas mal. Peut-être de temps en temps un point flash dans les revues de médecine générale. Je pense déjà que venir m'interroger sur ce sujet-là, me rappeler qu'il y a une recommandation de l'HAS et qu'il faut essayer d'être systématique, je pense que ça va changer déjà peut-être ma façon de faire. Ensuite tout en place, on peut ne pas forcément tout faire, on oublie un peu donc un rappel quand même de temps en temps, ça fait du bien.

EB : En juillet 2020, le sénat a adopté une proposition de loi, proposée par l'assemblée nationale, visant à protéger les victimes de violences conjugales avec avis favorable de l'Ordre des médecins. Il est désormais possible pour les professionnels de santé de signaler à la justice les victimes de violences conjugales en danger vital immédiat et sous emprise, une proposition issue du Grenelle sur les violences conjugales de novembre 2019. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violence chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : Bah, ça fait partie toujours des débats, c'est à dire à partir du moment...(en réfléchissant), c'est vachement compliqué. A partir du moment où, tu lèves le secret médical, on va plus te parler. J'ai deux trois personnes en tête où elles sont venues me voir, sachant qu'elles pouvaient parler et moi pas, et elles avaient besoin de parler. Dans ces cas, elles ne viendront pas me voir. Alors, je n'étais pas au courant, je ne sais pas ensuite ce qu'ont été leurs démarches parce que je ne les ai jamais revu. Est-ce que ça a pu les aider ou pas, je n'en ai aucune idée. Mais tout ce que je sais, c'est que si j'avais la possibilité et si j'ai même l'obligation de lever le secret médical, dans ces cas-là, elles ne seraient pas venues me voir. A la limite, c'est peut-être pour certaines personnes, les mettre encore plus sur le bas de la route,

donc ça m'inquiète. Peut-être à tort, à voir si c'est vraiment une bonne chose ou pas. Si ça doit se faire, il faut vraiment de la communication, certes comme quoi ça existe et aussi comme quoi, c'est utile et que ça a vraiment permis de faire bouger les choses. Et que ça a vraiment permis que l'homme en cause soit pris aussi en compte et que l'on ait réellement pu protéger les femmes. Sinon, je pense que ce sont des femmes qui sont effectivement sous emprise, sous des violences extrêmes et que ça serait pour moi leur fermer une porte. Faudrait vraiment prouver et surtout faire diffuser l'info comme quoi, c'est utile et on peut les protéger. Parce que les violences sont extrêmes parfois et l'emprise est extrême, donc c'est compliqué. Ce n'est pas le secret médical, je m'en fous de ça, mais à partir du moment où on le lève, on coupe la parole. Et l'espoir aussi.

EB : Et sur les urgences imminentes, une patiente qui vient rouée de coup, avec une dangerosité du bourreau ?

MT : Ça, c'est compliqué. Sacrement, hum (*en réfléchissant*). Limite, je préférerais peut-être presque à l'occasion si j'en ressens la nécessité, violer le secret médical, c'est scandaleux ce que je dis (*d'un ton ironique*), plutôt que ce soit inscrit dans la loi et que les femmes ne viennent plus discuter. Je préférerais prendre la responsabilité et risquer une patate par derrière et assumer ma patate. Je préférerais à la limite faire ça. Mais je ne sais pas du tout si j'aurais le courage de le faire, attention c'est autre chose (*en rigolant*) !

EB : Enfin, que pensez-vous de la médiatisation de ce sujet, cela a-t-il modifié votre pratique au cabinet ?

MT : C'est très bien, je pense que c'est une éducation à faire beaucoup plus tôt chez les enfants, à l'école, ça me paraît hyper important l'éducation. Aussi, il y a les aspects culturels qui jouent, aspects familiaux, je pense qu'il y a des cycles à couper, je pense que l'éducation le permet. Il y a des petites choses aussi, apprendre un enfant à dire non. L'enfant homme ou femme, je pense que ce sont la même problématique ou très proche. L'éducation.

EB : Je ne sais pas si vous avez d'autres choses à ajouter, d'autres questions ?

MT : Non, mais c'est vrai en parler, je pense que la parole, c'est vachement bien et la parole. C'est aussi le dire très jeune. Je pense que la parole c'est très jeune, je pense que l'éducation nationale doit se majorer là-dessus. Ça va pas tout régler, mais je pense que c'est un rôle vraiment énorme. Et nous, si on peut faire un peu bouger les choses, oui rappeler que oui, il faut y penser. Les gens se présentent à nous quand même sur leur belle face même quand on est violenté. Et qu'ils sachent qu'il y a des choses à faire, communiquer sur le fait qu'il y a des choses à faire. On peut rompre cette violence sans culpabiliser l'autre. C'est à dire que souvent quand tu as des violences, tu peux quand même aimer l'autre et tu veux le protéger dans le mécanisme. Tu as quand même un facteur de protection, donc à partir du moment avec le facteur de protection, si tu parles, il explose. C'est problématique. Et je pense que beaucoup de femmes ne parlent pas pour le protéger. Si on le voit comme un bourreau, on va fausser notre regard et on ne va pas répondre à la problématique, je pense.

EB : Super, et bien merci beaucoup !

## - Entretien 8

EB : Ma première question est très ouverte, que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes ? Que pensez-vous de cette recommandation ?

MT : Dépistage systématique pour ?

EB : Les violences conjugales.

MT : Sincèrement, je ne suis pas soumis à ça au village, j'ignore complètement ces recommandations.

EB : Et dans votre pratique, vous pensez que c'est réalisable ?

MT : C'est réalisable, encore faut-il être sensibilisé et avoir la possibilité d'en dépister, moi sincèrement en regardant ici, j'ai jamais vu de violences.

EB : Et en consultation, quels sont les freins de ce dépistage, par exemple si vous vous disiez : «j'essaie le dépistage systématique», quels pourraient être vos freins ?

MT : Moi non, il n'y aurait pas de limite sincèrement non, si je suspectais des violences, non non j'irais jusqu'au bout.

EB : D'accord et après le dépistage, une fois que le diagnostic a été fait, est-ce que vous avez des craintes ou des difficultés de la prise en charge des violences ?

MT : Je ne sais pas faire parce que je n'ai pas été soumis à ça, je n'ai pas de formation, c'est vraiment un truc que j'ignore totalement.

EB : Et vous avez des appréhensions ?

MT : Non.

EB : Le but de cette thèse, c'est d'élaborer une fiche réflexe avec le ressenti des généralistes et la recommandation de l'HAS pour l'adapter à la pratique. Actuellement quelle est la ressource, bon même si vous ne le faites pas, donc il n'y a pas vraiment d'exemple, mais si vous étiez amené en consultation à avoir ce type de diagnostic, qu'est-ce que vous iriez voir ?

MT : Non je ne sais pas, si vraiment j'avais le doute ou la certitude d'une violence conjugale, je demanderais tout simplement au conseil de l'ordre l'attitude à suivre.

EB : Donc, votre ressource serait plutôt le conseil de l'ordre ?

MT : Je pense qu'ils sont à même de savoir ce qu'il faut faire. Et je ne regarderais pas sur internet, parce que j'ai trop de patients qui regardent sur internet et qui font leur diagnostic de maladie sur internet, pour que je fasse la même chose.

EB : Et en consultation, pour vous, est-ce qu'il y aurait un outil ou un support qui vous aideriez ?

MT : Non, je ne pense pas.

EB : Et une fiche réflexe ?

MT : Non je ne pense pas, c'est vraiment cas par cas, donc je ne pense pas qu'il y ait une attitude bien particulière à avoir.

EB : Je vais quand même vous montrer les fiches de HAS. Voici une fiche pratique réalisée par la HAS pour aider les médecins généralistes sur la réalisation du dépistage en consultation et la prise en charge. Comment amélioreriez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ?

MT : Non, je ne pense pas que ça m'apporterait quelque chose. Quand je vois «infection génitale à répétition» (*en lisant la feuille*), je ne vois pas le rapport entre troubles de la sexualité et puis la violence conjugale, j'avoue.

EB : Par exemple, des femmes qui subissent des sévices ou des violences dans le couple, des rapports qui ne sont pas consentis, c'est des choses qui peuvent se voir sur la sphère gynécologique.

MT : Troubles somatiques, moi aussi j'en ai des troubles somatiques, je n'ai pas l'impression que ma femme me maltraite, non franchement, non.

EB : En fait, c'est comment y pensez dans un contexte particulier, avec les plaintes somatiques fréquentes sans causes évidentes.

MT : Je ne dis pas qu'il ne faut pas rechercher des violences conjugales que cela soit dans un sens ou dans l'autre, parce que je trouve que dans ma patientèle, il y a des hommes qui paraissent très autoritaires. Les violences conjugales ne sont pas que physique mais aussi mentale, physique j'en ai pas, mais mentale j'en ai peut-être, euh ça marche dans les deux sens. J'ai vu des hommes très autoritaires et des femmes aussi, j'ai le sentiment que ça rentre plus dans le cadre d'un féminisme poussé avec des recommandations sur la politique actuelle et un semblant d'activité qui est fait par la Haute Autorité de Santé. Voilà, je suis assez comment dire, euh, assez réticent, j'ai beaucoup de recul par rapport à l'HAS. A mes yeux, elle ne sert pas à grand-chose mais surtout à embêter le monde, donc je n'ai pas, je suis assez retissant. Je ne comprends pas comment sur ce genre de chose, on puisse faire une fiche entre guillemet technique pour aider au dépistage, non sincèrement je ne vois pas, je ne sais pas. Et après quand on a dépisté c'est bien, mais ça va ou tout ça?

EB : Bah voilà, cela peut être une limite.

MT : (*en me coupant la parole*), Bah alors est-ce que les gens on va les aider ? Alors de un, est-ce que les gens veulent être dépisté ? De deux, lorsqu'ils sont dépistés, est-ce que ça sert à quelque chose ? Et de trois, bon là on donne un questionnaire et ça va où ça?

EB : Donc, c'est l'orientation, c'est surtout ça qui vous gêne ?

MT : Bah ouais, moi si on me dit qu'elle est malade mais je ne sais pas comment il faut traiter, je ne vois pas l'intérêt de le dépister.

EB : Donc justement là comme ça, s'il y a une fiche qui se crée pour orienter après le diagnostic, qu'est-ce que vous voudriez y voir dessus surtout pour l'après ?

MT : Je pense qu'on est en train de mettre la charrue avant les bœufs, moi je veux bien qu'on me trouve une fiche, or je ne suis pas apte à savoir ce qu'il faut mettre. Peut-être que

les psychologues ou des psychiatres seraient peut être les plus à même de nous proposer différents modèles de fiche. Et que nous, on les essaie et de tirer la meilleure. Mais bon, quand on parle de violences conjugales, la femme est battue, c'est bien, on l'a dépisté et après elle rentre chez elle ? Avec sa fiche ? Ça me paraît très politique cette histoire-là. C'est fort dans la communication et dans le bling-bling. On a qu'à faire des maisons d'accueil, on a qu'à faire au moins faire une structure et quand on aura la structure, on pensera au dépistage.

EB : Justement, c'est ma prochaine question en termes de santé publique, quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices à réaliser, donc des structures ?

MT : Bah, à mon avis sur des femmes battues qui ne savent pas où aller avec leurs gosses, il faudrait faire des maisons d'accueil avec une équipe qui la prenne en charge. Et à mon avis, ce n'est absolument pas le rôle du médecin traitant à prendre en charge cette équipe. Là, certainement il y aura une prise en charge globale (*en parlant des structures d'accueil*) de la violence, tandis que là, on fait de la communication avec l'HAS. On nous sort un tas de papier avec : «ouais, ça serait bien ...», mais ça va ou après ? Parce que nous, automatiquement, il y a un biais, comme on s'occupe de toute la famille, on s'occupe souvent du mari, des beaux enfants, des parents, des enfants.

EB : Justement, ce que vous dites, peut faire partie des freins et des limites du dépistage ? C'est à dire d'être médecin généraliste et connaître toute la famille ?

MT : Très probablement, et peut être qu'on a les yeux pas bien ouvert pour voir si réellement il y a violences ou pas violences. Je n'ai jamais constaté même en regardant mes patientes de la violence physique, mais il a très probablement d'autres types violences.

EB : En juillet 2020, le sénat a adopté une proposition de loi, proposée par l'assemblée nationale, visant à protéger les victimes de violences conjugales avec avis favorable de l'Ordre des médecins. Il est désormais possible pour les professionnels de santé de signaler à la justice les victimes de violences conjugales en danger vital immédiat et sous emprise, une proposition issue du Grenelle sur les violences conjugales de novembre 2019. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : Il faut voir, la loi, les détails, là je n'ai vraiment pas d'opinion. Connaître les limites de la divulgation du secret médical, pas assez d'élément pour me prononcer. Il faudrait savoir réellement si il y a violences, ce n'est pas parce qu'on a une personne qui va venir avec des hématomes de partout et qui dit que c'est son mari qui l'a battu, est-ce que réellement, elle est battue ? Nous, on n'a pas assez d'éléments quoi, faut voir qu'est-ce que ça veut dire de lever le secret médical. Moi, je ne sais pas, je peux tout imaginer. La dame, elle est tombée, son mari l'a trompé, il n'y a pas violence et elle veut se venger. Elle vient me voir : «Mon mari me bat», alors que c'est peut être totalement faux, on ne sait pas. Et puis, je fais un signalement et on s'aperçoit que la dame a menti. Moi je serais plutôt dans l'embarras quoi. Lever le secret professionnel quand on pense qu'il y a réellement des violences conjugales, peut-être que oui, mais donner moi les limites de cette loi. Je vous le dis bien, c'est un problème politique, parce que le sénat s'en mêle.

EB : Et ma dernière question, que pensez-vous de la médiatisation de ce sujet, cela a-t-il modifié votre pratique au cabinet ?

MT : Que du mal, je ne pense pas que ça apporte quelque chose en plus. Je trouve que ce

n'est pas bien, c'est du bling-bling, c'est de la communication qu'on fait depuis bien longtemps, ça sert à rien. On médiatise, on met des sentiments et on n'est peut-être pas dans la réalité des choses.

EB : Mais si on médiatise, il y aura peut-être plus de femmes qui libéreront la parole, en parler autour d'elles, dans des associations, pas forcément au médecin généraliste, mais lever une certaine forme d'emprise ?

MT : C'est difficile, parce qu'on rentre aussi dans les ethnies des gens. Je veux dire, leur conviction religieuse, politique, c'est difficile. Est-ce que une juive et une musulmane, je veux dire, qui est mise à l'écart lors de cérémonies religieuses, ce n'est pas une forme de violence ou de sévisse ? C'est difficile à dire. Et est-ce qu'une femme soumise est directement une femme subissant des sévices, j'en sais rien. Je ne sais pas, je n'ai pas assez d'éléments.

EB : Cela n'a pas modifié votre pratique au cabinet ?

MT : Non

EB : Pas plus de femmes dépistés en consultation ?

MT : Non et je pense que ces femmes-là, elles ne viennent pas forcément voir leur médecin généraliste.

EB : J'ai oublié de vous poser la question, pensez-vous que la recommandation soit adaptée à tous les médecins généralistes ?

MT : Je dis oui, parce que c'est tellement général qu'on a l'impression d'avoir une liste d'effets indésirables à la fois la constipation et la diarrhée. Moi, j'ai l'impression que c'est des gens qui se sont réunis et ont passé leur matinée. Je ne sais pas si une femme qui fume ou qui boit, ce n'est pas forcément une forme de sévisse. Après, c'est pareil : complications fœtales ou mort in utero. Je ne sais pas, j'avoue que non, elle est trop générale. Acte délictuel chez les enfants, donc on va pardonner l'enfant qui a cambriolé parce qu'il y a de la violence dans la famille ? Non, moi je trouve que non (*en lisant la fiche pratique*). Oui, comme c'est nouveau, c'est peut-être probablement à retravailler pour être plus synthétique.

EB : Au niveau des fiches, pour revenir à cette question, qu'est-ce que vous modifieriez ?

MT : Déjà, première question, est-ce que ça a été travaillé avec des femmes battues ?

EB : Oui, elles ont été faites avec un groupe de médecins et des associations de femmes battues (*En montrant l'argumentaire scientifique, avec les parties prenantes*).

MT : Donc, il y a un début de travail qu'il faut approfondir, améliorer et en discuter avec les médecins généralistes. Moi je vais être simple, le plus simple, c'est d'aller porter plainte. Le fait d'aller chez le médecin et que nous en tant que médecin on doit dépister les violences et après ? On peut, peut-être intervenir et trouver une solution, alors, qu'il n'y en a pas et qu'il n'y a pas de structures pour la solution. C'est un peu le chien qui se mord la queue. Et par rapport à la recommandation, je pense qu'il y a des violences conjugales femmes et hommes. Là, ça sous-entend, pas de violences pour l'homme. Et puis on n'a fait que le début du travail.

EB : Moi j'ai fini, avez-vous des questions ?

MT : C'est un travail inintéressant, mais il faut approfondir, et le fait de médiatiser la chose, je pense que ce n'est pas bien, car on n'y met de l'affectif et ce n'est pas bien.

EB : Après, on est sur du syndrome post traumatique, on est sur un phénomène d'emprise, les femmes pensent être responsables, il y a un embrigadement, elles ne se rendent pas compte ou ne se sentent pas légitimes. Le fait de médiatiser ça permettait à la victime de libérer la parole. Le dépistage sert aussi d'échappatoire pour les patientes quand elles ne sont pas bien.

MT : En tout cas, ce n'est pas à nous de faire le signalement. Je pense qu'un médecin généraliste lambda ne sait pas prendre en charge, ça demande réellement une formation, ça demande de prendre du temps, de l'investissement. On peut être très déçus, donc de l'investissement temps, formation et affectif.

EB : Dans votre cursus, vous avez eu des formations sur le sujet ?

MT : Non, pas du tout, et ça dépend de la population. Ce n'est pas la même chose en ville ou en rurale. L'exemple du contexte religieux, c'est important aussi. On ne le voit peut-être pas, parce qu'on n'ose pas le dire. Ça rentre en ligne de compte et est-ce que c'est vraiment de la maltraitance ou pas, je n'en sais rien. On ne le voit pas. La soumission est-ce une forme de maltraitance ? Je n'en sais rien.

## - Entretien 9

EB : Ma première question, c'est que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes s'intégrant dans une nouvelle recommandation de l'HAS ?

MT : Je ne connais pas la recommandation personnellement, après le dépistage, on en fait beaucoup et donc des questions, moi personnellement, je pose des questions indirectement : les relations de couple, dès que j'en ai l'occasion ou que la consultation s'y prête. Pour moi, dans tous les cas, ce qui est dépistage systématique, c'est une évidence. Il n'y a pas besoin de faire une recommandation pour ça. Après, il y a des consultations où on y pense plus facilement que d'autres et donc là, ça dépend de la pratique du médecin généraliste. Parce que là par exemple, le patient qui vient en consultation libre ou pour un souci de santé le médecin se focalise dessus, dépistage et prévention par-dessus pour moi, c'est compliqué. C'est pour ça, que je ne pratique pas cette médecine-là, mais plutôt celle sur rendez-vous. Donc après, les rendez-vous les plus simples qui sont : certificats, bilans de santé quand tout va bien, croissance etc., grossesse. J'en profite pour poser la question des conflits du couple. Comme à chaque fois qu'il a une notion de nouvelle relation, bilans IST, pareil. Et si par exemple, il y a une blessure ou une lésion traumatique, ça fait partie des questions mais pas directement bien évidemment, mais de manière indirecte.

EB : Donc, il y a des consultations un peu thématiques, où vous vous dites : «Là, il faut que j'y pense».

MT : Oui c'est ça, des drapeaux rouges où j'essaie d'y penser effectivement, pour certaines consultations.

EB : Ok très bien, et en consultation, quels sont pour vous les freins et les limites qui pourraient vous empêcher de réaliser le dépistage, en pratique ?

MT : Bah, ne pas savoir quoi en faire. Si le médecin ne sait pas à qui l'adresser, ou ne sait pas comment aborder le côté psychologique. Où, il sait qu'il prend le risque que la femme

s'effondre mais qu'en fait, il ne sait pas quoi lui dire. Ou s'il considère que ce n'est pas son travail de médecin généraliste. Il y a des médecins généralistes qui considèrent que la part psychologique, n'est pas leur travail. Ça je pense qu'en générale, ça pourrait poser problème.

EB : Donc, plutôt dans l'après dépistage, si on a une réponse positive, c'est un peu la panique, qu'est-ce qu'on en fait, c'est ça ?

MT : C'est ça. Un autre frein possible, c'est la responsabilité. Parce que je sais qu'il y a d'autres collègues qui font attention à la responsabilité médicale, qui ne fait qu'augmenter avec le temps. Et du coup, si c'est verbalisé explicitement, nous avons l'obligation légale d'en faire quelque chose. Tant que ça n'est pas dit, c'est facile de faire comme si de rien. On est d'accord, ce n'est pas une bonne chose. Mais tant qu'on ne sait pas, on ne peut pas être tenu comme responsable.

EB : Et termes d'organisation, plutôt au sein du cabinet, est-ce qu'il y a des choses qui pourraient vous freiner ?

MT : Au niveau du cabinet en soit ? Rien je pense, en fait ce qui me freinerait, c'est le souhait du patient à se prendre en charge ou pas. Par exemple, si je voyais qu'il y a un indice quelconque. Euh, si on veut parler uniquement des freins, en fait moi, je jouerais la subtilité. Si je fais revenir le patient, je trouverais un motif médical obligatoire où je ferais revenir le patient, et bien sûr, je le mettrais sur une petite liste à côté, pour s'en rappeler. Donc ça nécessite que le patient revienne et ça, ça serait mon frein principal. Effectivement, si je le découvre en fin de consultation, effectivement le frein ça va être le temps. Je ne peux pas le faire en 5 minutes et ça va être bâclé, je ne peux pas. Ça nécessite de prendre son temps, il faut une consultation dédiée. Mais, je ne lui dirais pas qu'il vient pour ça, je trouverais un motif médical. Voilà, c'est une subtilité.

EB : Est-ce que vous avez des difficultés particulières dans l'après dépistage, des choses qui bloquent, que vous ne savez pas faire ?

MT : Des difficultés ? Pas forcément, les patientes ne viennent pas forcément pour elles. Par exemple, je me méfie beaucoup, c'est le contexte de la grossesse. Effectivement, qui est quand même une situation de conflit potentiel, vérifiée dans la réalité de notre profession. Des conflits qui ressortent surtout après, dû au manque du sommeil lié au bébé. Et c'est là, qu'on voit quand même des exacerbations de conflits dans les couples qui sont normaux, bien sûr, et parfois qui s'aggravent. Les mamans ne prennent jamais rendez-vous pour elles, ce que j'essaie de les insister systématiquement à prendre au moins une fois. Je leur explique la rééducation, des questions de santé et j'en profite toujours pour faire le dépistage de la dépression du post-partum. Et notamment, de comment ça se passe dans le couple. Donc ça, c'est des questions et des dépistages que je fais systématiquement mais au final, je le propose à beaucoup de patientes, de prendre un rendez-vous pour elles, et il n'y en a pratiquement aucune qui le fait. Elles ne prennent pas de temps pour elles, parce qu'il y a un bébé, donc ça veut dire, peut-être un des freins à le rajouter, c'est que je dois le faire en parallèle avec une consultation pour l'enfant. C'est déjà une consultation complexe de dépistage, donc voilà je lance toujours deux, trois perches. Je vois l'état général de ma patiente, le sourire ou pas, l'expression. Je vois s'il y a un signe d'alerte ou pas. Si j'en ai un, je l'oblige à revenir. Mais encore une fois, ça dépend d'elle. Mais je lui fais comprendre que c'est une nécessité pour sa santé, que je la trouve triste. Je ne lui parle pas de conflits etc., mais je parle vraiment de la tristesse. Et en général, c'est facile de faire pleurer avec le manque de sommeil et la fatigue (*en rigolant*). Et en général du coup, elles reviennent, mais ça c'est un frein encore une fois, les patientes si elles veulent bien revenir ou pas. Et si elles

veulent bien, de s'ouvrir et prendre le temps ou pas. Un autre frein, c'est si elles sont accompagnées de monsieur. J'ai le cas d'une patiente qui subit des violences à la maison et qui en fait, est venue plusieurs fois avec son mari, impossible de le voir. Elle était fermée bien sûr. Par contre, le comportement du couple était excessivement positif. On va dire ça comme ça. Et c'est que quand je l'ai vue toute seule, que j'ai pris conscience à quel point elle n'allait pas bien. Elle m'a tout dit là en l'occurrence. Mais le frein, c'est qu'après presque systématiquement, elle revenait avec monsieur, donc par contre là pour faire un suivi là-dessus, c'est compliqué surtout qu'elle n'avait pas le droit de sortir sans son mari.

EB : Donc en fait, ces freins deviennent un peu la difficulté de suivi pour vous, si je résume ?

MT : C'est ça, tout à fait.

EB : Et qu'est-ce que vous pensez de la recommandation et surtout de son applicabilité à tous les médecins généralistes ?

MT : Pour moi, ce n'est même pas si c'est applicable ou pas, c'est une nécessité. C'est quelque chose d'indispensable à faire. En fait, il y a la pathologie physique du patient et la partie psychologique. Qu'il y ait des médecins qui ne sont pas capables de faire ça, je le conçois. Par contre, les dépister, le constater pour orienter, ça je considère que c'est notre travail. Après, qu'ils veuillent faire le suivi s'ils s'en sentent capable ou pas ça, c'est autre chose. Mais pour moi, le dépistage, c'est absolument indispensable. C'est comme les violences scolaires, violences femmes enceintes ou pas, parce qu'après, il y a des cas aggravés. Parce qu'en fait, ça fait partie de la santé psychologique. Donc oui, c'est une nécessité et tout le monde est concerné, oui.

EB : Ensuite, quels ressources ou outils utiliserez-vous si, vous vous retrouvez face à une situation de violences, où iriez-vous lire les recommandations sur le sujet ?

MT : Moi, pour les seules fois où ça m'est arrivée, euh en fait, on a un numéro de téléphone là, où je m'oriente, moi c'est le (*en tapant sur son clavier d'ordinateur sur internet pour le trouver*) : 3919. C'est le numéro des femmes battues et c'est là-dessus que je m'oriente en fonction de chaque cas.

EB : Vous appelez ou vous donnez le numéro à la patiente ?

MT : Je le donne à la patiente, mais en fonction de la gravité ou pas, j'appelle moi-même pendant que je suis ici. C'est-à-dire la dernière patiente, je lui fais téléphoner, alors que j'étais là. Par exemple pour qu'elle se mette en lien, qu'elle voit ce que c'est et qu'ensuite, elle fasse son suivie directement.

EB : Très bien, donc surtout ce numéro de téléphone là, d'autres choses ?

MT : Non, après dans tous les cas, ce que je fais c'est quoi qu'il arrive dans cet aspect-là, ça c'est pour le début de la prise en charge, mais quoi qu'il arrive une fois que j'ai un constat, je fais en sorte d'étoffer immédiatement mon dossier médical pour la valeur médico-légale. Donc, si j'ai une lésion physique, j'essaie de la faire constater par un expert. Si j'ai une blessure, je fais des imageries associées. Si je vois que psychologiquement le suivi ne va pas bien, je reste subtile en notant des conflits conjugaux. Mais je fais tout de suite une traçabilité de prise en charge, pour montrer qu'après la bonne volonté de ma patiente d'aller mieux. Sans la mettre en difficulté, en explicitant la violence conjugale surtout, quand elle n'est pas d'accord. Et la plupart du temps, elle n'est pas d'accord même si elle sait qu'il y a un risque pour sa santé. Donc en fait, j'essaie de les inciter à se prendre en charge sans

qu'elle comprenne directement que c'est pour ça.

EB : Et du coup, vous les orientez pour le certificat ?

MT : Bah, c'est médecine légale. On n'a pas le choix ici, c'est le médecin légiste. Je les oriente pour le certificat de vraies lésions physiques mais moi, je mets une traçabilité systématique dans mon dossier au cas où elle n'irait pas.

EB : Quel outil idéal permettrait de faciliter le dépistage et sa prise en charge selon vous ? Sous quelle forme le verriez-vous ?

MT : Honnêtement..., en réfléchissant, je ne pense pas qu'il y ait un outil idéal au dépistage, je pense que ça fait partie des dépistages qui sont compliqués. Il n'y a pas de prise en charge facile et rapide malheureusement. Mais, c'est la répétition du rappel qui fait que ça finit par être pris en charge. Pour moi à ce niveau-là, c'est pour moi justement la nécessité de ces petites phrases à glisser comme pour l'arrêt du tabac. C'est comme le dépistage scolaire. Pour moi, c'est l'association personnellement, c'est peut-être ça que vous appelez un outil au final, c'est l'association de trois petites questions que je pose en systématique. Et en fonction des réponses, je mets refaire le point à la consultation d'après. Des questions courtes et standards qui permettent d'ouvrir l'esprit de la patiente et se faire poser des questions sur sa situation. Comme ça, elle le sait le jour où elle a une difficulté que je fais partie des interlocuteurs. Parce que j'ai déjà eu des patientes qui m'ont dit mais je pensais que ce n'était pas votre travail. Donc en fait, le fait d'ouvrir le sujet, même si elles ne veulent pas de prise en charge au moment de la consultation, permet effectivement de leur rappeler que si cela n'allait pas, je suis accessible n'importe quand.

EB : Et du coup, sous quelle forme verriez-vous ce rappel ?

MT : Moi, j'ai des alertes, dans mon logiciel. J'ai des alertes dans ma conclusion de chaque consultation en elle-même. J'ai des alertes rouges pour les surveillances, effectivement.

EB : Pensez-vous qu'une fiche réflexe vous servirait à la réalisation du dépistage ?

MT : Moi, cela ne me servirait pas trop en cabinet honnêtement. Je pense, que cet outil-là serait utile si les gens se posent et le font à la maison. Mais jamais une femme sous violences conjugales ne va prendre un document qui est à risque d'entraîner une violence conjugale si son mari tombe dessus. J'ai déjà mon outil de mes trois petites questions à poser, j'utiliserais ça. Je pense qu'il faut que ce soit court le plus possible, concis et le répéter plein de fois. Qu'avoir un outil développé à faire qu'une fois, où de toute façon tant que la patiente est en phase de d'opposition ou de déni ça sera négatif.

EB : Donc deux, trois questions et un système de rappel, plutôt sur logiciel ?

MT : C'est ça.

EB : Je vous montre très rapidement les fiches de l'HAS, pour aider les médecins généralistes sur la réalisation du dépistage en consultation et la prise en charge. Comment amélioreriez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ?

MT : Je vais rajouter une chose, dans les outils que moi j'utilise pour les patients globalement, je trouve qu'il y a plus de conflits chez les patients d'une tranche d'âge relativement jeune. Et, je fais un suivi du poids systématique de tous mes patients à chaque consultation. La perte de poids est également pour moi, fait partie de mon panel d'outil. Si

une patiente perd des kilos, je pose des questions indirectes sur un changement d'alimentation à la maison. Et ça, me permet une ouverture pour une perte d'appétit sur anxiété. Dans les outils, je rajoute le poids. Puis concernant cette fiche, déjà, c'est très pertinent tous ce qu'il y a dessus. Juste une chose, c'est que je trouve que par contre les questions adaptées au contexte, elles sont trop directes. C'est trop direct. Clairement, ça ferme directement le patient. On comprend où on veut en venir directement sur les questions : «Comment se comporte votre conjoint avec vous (*En lisant*) ?». Ça veut dire qu'elle serait déjà au stade d'être en capacité d'accusation. Et clairement, ce n'est pas le cas. Donc, pour moi, ça c'est déjà trop direct. La première question : «comment vous sentez vous à la maison ?», à la limite oui. Mais après, des choses plus subtiles. Donc déjà, je partirais plutôt sur des questions types en déculpabilisant et en disant, je dis toujours : «il est normal qu'il y ait des conflits à l'apparition d'un enfant, est-ce que vous aussi, vous en avez à la maison ?». Déculpabilisation d'en avoir, et elle se sent comme les autres, donc elle peut dire sans culpabiliser : «oui, il existe des conflits». Donc déjà, ça me permet de la positionner dans ce risque. Mais alors qu'elle pense que c'est une norme, déjà sans culpabiliser et sans attendre que l'on soit dans l'accusation. C'est vrai que ce n'est pas toujours facile, donc ça par exemple, c'est très subtil. Parce que je la compare, c'est vrai, au reste de la masse de la population dans sa situation. Et à partir de là : «et donc vous (*en continuant le questionnement à la patiente*), vous en êtes à quelle fréquence des disputes ? Souvent, c'est tous les jours, vous c'est comment ?». Justement aggraver la situation : «ah non, pas autant, (*en imaginant la réponse de la patiente*), plutôt tous les deux jours». Ce qui en soit est déjà grave, mais ça me permet d'avoir l'honnêteté en prêchant plus le négatif, c'est plus subtil. Que ça clairement non, si je dis : «comment se comporte monsieur avec vous ?», là il faut être sûr : «Ça va, comme d'habitude». Là, c'est sûr, c'est fermé. C'est fini, je n'ai pas de conversation. Donc, juste revoir ces questions, c'est pour ça, questions plus subtiles.

EB : Donc, plus ouvertes, est-ce qu'on remet aussi le «comment y penser» avec toutes la symptomatologie ?

MT : Pour moi, chaque lésion physique fait partie des signaux d'alerte, donc à partir de là oui, absolument. Mais pas besoin d'un listing. Donc, juste les gros titres éventuellement. Et moi concrètement, un outil qui pourrait m'être utile en médecine générale, pour ceux qui ont des difficultés à évoquer le sujet, leur donner directement deux, trois questions. Après, à tester pourquoi pas dans une thèse, pour avoir les retours. Est-ce qu'elles sont assez larges et dans ce cas-là, pourquoi pas en développant l'outil plus précisément. S'il y a des réponses «oui» à toutes les questions, on passe à l'étape d'après pour comment orienter. Que poser comme questions d'après si on voulait élargir. Par exemple, un «oui» à une question implique plus celle-là, ou celle-là. Et, faire vraiment comme un organigramme d'orientation et des questions avec plus de tact.

EB : Très bien et en termes de santé publique, quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices pour permettre d'améliorer le dépistage systématique dans le cadre de votre pratique ?

MT : Toujours évidemment je pense en France, faire des messages de prévention à la télévision. Qu'on le veuille ou non, à chaque fois, il y a la télé. Autant les gens ne lisent pas forcément les publicités qui sont dans leur boîte aux lettres mais par contre, la télévision ça reste un outil de communication principal en France. Après, proposer des formations aux médecins, éventuellement, ça oui. Parce que pareil, un médecin qui a été formé se sent plus capable de prendre en charge donc, le dépistera plus facilement. Après, tout ce qui est publicité au cabinet pourquoi pas, quand il y a des affichages. Par contre, maintenant qu'il y a le COVID, on ne laisse plus de prospectus en salle d'attente, donc c'est un outil en moins, ça c'est une certitude. Mais après, pourquoi pas des affiches à mettre dans tous les cas au

cabinet sans manipulation bien sûr. Ça aussi, pour la communication, ça fait toujours des petits rappels.

EB : Et parlant de formation, avez-vous été formée ?

MT : Non, mais j'ai fait ma thèse sur la violence chez les enfants et le harcèlement scolaire. Donc effectivement, c'est là dessus que je me suis orientée sur la violence et «le dépistage subtil». On va dire ça comme ça. Je dépiste en systématique et comme j'essaie de faire tous les dépistages possibles et bah en fait, il y en a beaucoup. Après, dans tous les cas, s'il y avait d'autres propositions de petits outils, si je vois qu'il y a des questions qui me permettent un meilleur retour, oui, je pense que je m'adapterais, certainement.

EB : En juillet 2020, le sénat a adopté une proposition de loi, proposée par l'assemblée nationale, visant à protéger les victimes de violences conjugales avec avis favorable de l'Ordre des médecins. Il est désormais possible pour les professionnels de santé de signaler à la justice les victimes de violences conjugales en danger vital immédiat et sous emprise, une proposition issue du Grenelle sur les violences conjugales de novembre 2019. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler en cas de péril imminent ?

MT : Pour moi, on n'est pas forcément les interlocuteurs principaux, parce que s'il y a péril imminent, c'est qu'il y a déjà gradation dans la gravité. Parce que la violence conjugale, on a dans tous les cas plusieurs étapes, on a d'abord les violences verbales ensuite, le début de la violence physique avec des lésions non graves puis des lésions graves puis péril imminent. Et pour moi, c'est plutôt les urgentistes, du coup, qui sont les premiers interlocuteurs dans ce cadre-là. Il faudrait constater un certains nombres, degrés de lésions, pour considérer comme du coup l'étape d'après et considérer comme déjà, l'étape de trop. Et là, ça serait le péril imminent. Moi de toute façon, si je vois une patiente avec une lésion physique grave, je trouverais toujours un argument pour l'envoyer aux urgences pour ensuite que la prise en charge soit faite. Parce que, je sais qu'il y a les légistes associés aux urgences et qu'on peut faire appel à la police, si besoin. Autant, je ne suis pas adaptée en cabinet médical pour le péril imminent, autant les urgentistes, oui.

EB : Et du coup, en médecine générale, pas beaucoup d'intérêt ?

MT : Si, on en voit avec des lésions graves, oui. Mais, par contre je ne ferais pas de déclaration, fin, en réfléchissant je pourrais faire, mais après ma patiente je l'orienterais aux urgences. J'en ferais rien derrière. Donc pour moi, ça c'est le travail des urgentistes.

EB : Et pour vous quels pourraient être les freins à la levée ?

MT : Oui, c'est qu'après la patiente face à une prise en charge d'une personne extérieure, si la patiente n'était pas d'accord ou pas prête à cette étape, qu'elle nie. Ce qui entraînerait dans tous les cas, un arrêt de la prise en charge. Parce que s'il n'y a pas de preuves ou pas de confirmation, la parole n'est pas suffisante. Donc par contre, une fois qu'il y aura une trace de prise en charge, la patiente sera considérée comme étant la dénonciatrice des violences, donc ça risquerait presque d'aggraver les violences à la maison. Le frein principal, serait que la femme ne soit pas prête à la prise en charge et que le mari soit au courant qu'il y aurait une démarche, cela entraînerait une majoration de la violence à domicile.

EB : Et la dernière question, que pensez-vous de la médiatisation du sujet ?

MT : Dans tous les cas pour moi c'est pareil, c'est une bonne chose. Je pense que c'est une nécessité, est-ce que c'est suffisant ? Probablement pas, mais ça permet d'ouvrir beaucoup de portes donc nécessaire oui, suffisant pas forcément. Mais, ça permet déjà aux femmes qu'elles prennent conscience pour certaines qu'elles sont dans la situation. Parce que c'est facile de ne pas se rendre compte surtout quand ses parents étaient dans la même situation, le modèle familial est considéré comme une norme jusqu'à preuve du contraire. Donc, si sa mère était violentée, pour elle, c'est une norme d'être dans la même situation. Et du coup, d'avoir conscience d'être dans une situation anormale et après de savoir comment se prendre en charge, oui, le jour où je souhaiterai. Donc oui, c'est utile effectivement pour ça.

EB : Et vous, avez-vous vu votre pratique se modifier ?

MT : Oui, une femme qui est venue me voir et qui s'est mise à pleurer tout simplement et donc du coup, à partir de là, je fais le dépistage classique qui est : «est-ce que vous avez des soucis professionnels, à la maison ? Parce vous êtes inquiète pour la famille ?». Et en fait, en faisant un panel comme ça, ça permet d'orienter très facilement. Et une fois qu'on comprend que c'est à la maison, pareil, je me réoriente : «C'est parce qu'il y a des conflits ? Est-ce que c'est autre chose ?». Et c'est là, que la consultation s'ouvre. Donc moi, ma patiente est venue et il suffit juste de dire à une femme : «vous n'avez pas l'air d'aller bien ?» à une femme qui ne va pas bien, et là, elle se met à pleurer. C'est assez simple et à partir de là, la porte s'ouvre.

EB : Et vous pensez-vous avoir modifié des choses en consultation ?

MT : Non, c'est juste que j'essaie de les faire pleurer en consultation (*sur ton ironique et en rigolant*).

EB : J'ai fini mon entretien, avez-vous d'autres questions ou d'autres choses à rajouter ?

MT : Non, par contre, ce que je peux vous dire, c'est que quand j'ai eu ma patiente qui était justement victime de violences qui est venue me voir et qui s'est mise à pleurer tout de suite, donc très vite, j'ai compris que c'était par rapport à ça. Elle ne voulait pas se prendre en charge, elle voulait juste en parler. Elle a fait une main courante, elle a été hospitalisée, mais elle a tout annulé derrière. Parce qu'elle était maman de son fils et qu'elle voulait que son fils est un père, autre débat. Et du coup, j'ai demandé à mes collègues vers qui l'orienter, et effectivement, ils ne savaient pas non plus. Donc en fait, c'est en me renseignant moi-même, que j'ai découvert le 3919. Donc par contre, je recommanderais, s'il y a quelque chose à faire au niveau médical, c'est quand même mettre en évidence au moins ce numéro de téléphone. Et ça, les médecins ne vont pas lire, parce qu'ils n'ont pas le temps, il s'orientera le jour où on sera face à, ce qui m'est arrivée. Je n'avais pas de numéro raccourci, clairement maintenant je connais. Donc, tant qu'on n'est pas face à une situation compliquée, euh, on n'enregistre pas forcément l'information. Donc, donner facilement accès à cette information aux médecins au moment où ils en ont besoin. Effectivement, là sur internet, j'ai trouvé en deux secondes parce qu'ils l'ont mis en évidence. Ça, ça m'a été utile. Alors après face à ça, pourquoi pas y ajouter un numéro pour le professionnel, pour aider le professionnel à prendre en charge ces situations-là. Ça oui, ça serait efficace.

EB : Et la diffusion, ça serait plutôt ?

MT : Des mails professionnels associés à l'HAS. Pourquoi ne pas faire un bilan relatif des adresses mails professionnelles. Par contre, il n'y a pas d'obligation de l'enregistrer, donc tous les médecins n'ont pas ou ne sont plus à jour. Donc, à partir de là, pourquoi pas le faire passer par des systèmes de santé nécessaires comme AMELpro qui est le logiciel avec

lequel on travaille particulièrement. Quitte à faire aussi, ils ont des fiches pré-enregistrées pour certaines situations. Mais du coup, pourquoi ne pas faire par exemple une fiche en cas de suspicions de violences sur AMELpro ? Par contre moi, je ne mettrais pas pour les femmes, je mettrais violences tout court. Il y a des hommes qui sont dans des situations compliquées. Je trouverais ça injuste de mettre en évidence la femme et pas l'homme. Quitte à faire un outil, être large. Par contre, la population générale n'est pas très à jour de ce qui est toléré dans le couple. Je ne sais pas si ça rentre dans le cadre du travail ou pas, mais j'ai été choqué d'un présentateur télé qui avait considéré qu'il n'existait pas de viol à partir du moment où les gens étaient mariés. Ça, ça m'a choqué. C'est passé sur une chaîne de grande écoute, cela a créé de la culpabilité vis à vis des victimes et de l'absence de reconnaissance. Et là, pour que quelqu'un ne se rende pas compte de l'énorme, alors il s'est excusé, je pense que quelqu'un lui a fait remarquer que c'était une énorme aberration. Par contre, c'est déjà trop tard. Les gens qui n'ont pas vu l'émission d'après, ça reste dans les mœurs. Ça veut dire, si cette personne qui était là, présentateur sur une émission de grande écoute, n'avait pas conscience que c'était possible, ça veut dire que la population générale n'en a pas conscience non plus. Et que là du coup, il faut travailler sur ça. Donc dans les messages, dans tous les cas, l'information est à faire par l'état, pour moi. Toute la question. On devrait encore une fois, pas forcément rentrer dans les détails le but n'est pas de choquer, mais de rappeler régulièrement à l'esprit et la mémoire, que ça ne se fait pas. C'est facile d'oublier ce message-là. Il l'a forcément entendu un jour dans sa vie, mais ce message a été oublié. C'est le rappel qui marche chez les gens, que ce soit le patient ou la population, c'est le rappel. Après tout, comme on prend en charge médicalement les lésions, on doit respecter les croyances de chaque patient, de la même manière qu'il faut aussi respecter les religions des patients et leur vision du couple. Sauf en cas de péril imminent, où on peut se permettre de passer outre. Mais sinon, j'ai des patientes qui ne vont pas bien mais qui ne veulent pas se prendre en charge. Je respecte, c'est dur, mais c'est mon travail de respecter son absence de prise en charge tant qu'il n'y a pas de risque immédiat pour sa santé. Mais grâce au rappel régulier, je me rappelle qu'elle est triste, que ce n'est pas une bonne chose, et qu'il existe des alternatives. Mais pareil, je ne peux pas obliger un patient à se prendre en charge, quel que soit le problème de santé physique ou psychologique, voilà.

EB : Merci beaucoup pour cet entretien !

### **- Entretien 10 (entretien réalisé en vidéoconférence)**

EB : Ma première question, que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes s'intégrant dans une nouvelle recommandation de l'HAS ?

MT : C'est une bonne chose. Ce n'est pas facile à mettre en œuvre, parce qu'on peut quand même être considéré comme intrusif et maladroit. Moi ce qui m'embête, c'est la position inconfortable. Alors c'est peut-être égoïste, dans laquelle ça va nous mettre. Parce que souvent en tant que médecin généraliste, on est médecin de famille, donc on est médecin de la femme, du mari, des enfants, donc c'est compliqué. Ce n'est pas impossible mais c'est compliqué.

EB : Donc, c'est le statut de médecin généraliste principalement et le côté intrusif ?

MT : Oui, c'est compliqué. Le risque de se dire : «De quoi vous vous mêlez ?». Ça nous met dans une position complètement inconfortable. Mais c'est nécessaire.

EB : Vous actuellement, quelle est votre pratique ?

MT : Je ne pose pas de questions, mais ça m'est arrivé d'avoir des femmes victimes de

violences conjugales en consultation.

EB : C'est parce qu'elles vous ont dit qu'elles avaient des violences à la maison, vous ne leur avez pas demandé, c'est ça ?

MT : Je n'ai jamais constaté.

EB : Quels pourraient être les freins et les limites en consultation ?

MT : Le fait que spontanément, on m'en parle pas, ou que je n'ai pas forcément de signes évocateur, donc euh, c'est un peu compliqué.

EB : Est-ce que vous avez des difficultés particulières dans l'après dépistage, des choses qui bloquent, que vous ne savez pas faire ?

MT : Oui, oui ! Honnêtement oui, ça fait peur. Je ne vais pas vous mentir, mes appréhensions, c'est compliqué. La plupart des femmes ne veulent pas forcément passer à l'acte, c'est à dire porter plainte etc. Donc le cul, excuse-moi, entre deux chaises, entre la volonté évidemment de protéger et d'un autre côté, respecter le choix du patient, même si le choix me paraît aberrant.

EB : Donc, c'est plutôt la frustration, que ça n'aille pas jusqu'au bout ?

MT : Bah ouais, c'est ça, que ça n'aille pas jusqu'au bout et que le risque également de représailles de la part de l'époux.

EB : Pour vous même ou la patiente ?

MT : Pour nous deux. Moi ça m'est déjà arrivé d'être menacé par un patient. Euh, c'est difficile. Est-ce que ça va suivre ? Et le problème aussi, des femmes qui portent plaintes, le peu de retour que j'en ai, c'est d'être complètement banalisées ou ne pas être écoutées par les fonctionnaires de police. C'est compliqué.

EB : Et qu'est-ce vous pensez de la recommandation et surtout de son applicabilité à tous les médecins généralistes ?

MT : Pour moi, non. Parce que à priori, je ne sais pas si la loi est passée, parce si on a une violence conjugale, est-ce qu'on a l'obligation de le signaler ? Sans l'accord de la patiente, je dis bien.

EB : Effectivement, cela va être une question dans la fin de l'entretien.

MT : Parce que dépister, ce n'est pas compliqué fin...*(en rigolant)*, c'est délicat mais pas impossible. Mais alors, est-ce qu'après tout le monde va le faire ? Après c'est toujours pareil, si c'est une question de masse et d'adhésion de tout le monde, alors on sera plus à l'aise. Je le fais, mes collègues de la font, alors là, dans la région ils le font. C'est quand même plus agréable, on se sent moins seul. Je pense aussi idéalement avoir l'appui de l'ordre des médecins.

EB : Du coup, le manque d'applicabilité, c'est difficile du fait du manque de diffusion, que cela ne passerait pas de poser ces questions ?

MT : Oui, complètement. Il faudrait que la caisse fasse une campagne de sensibilisation.

Qu'il y ait des campagnes publicitaires, aussi bien à la télé qu'à la radio. En signalent, qu'une femme peut en parler à son médecin traitant déjà spontanément des violences conjugales.

EB : Ensuite, quelles ressources utiliseriez-vous si, vous vous retrouveriez face à une situation de violences, où iriez-vous lire les recommandations sur le sujet ? Quels outils utiliseriez-vous ?

MT : Non, je n'ai pas forcément d'outil. Les ressources que je peux avoir, j'ai de la chance de travailler en cabinet de groupe. Donc, les ressources que je peux avoir c'est toujours faire appel à un collègue pour avoir plus de poids. Si je sens que j'ai des difficultés à lui faire comprendre que cette situation ne peut pas durer et qu'il faut faire quelque chose pour sa santé. Et voilà, les ressources ce seraient ça, éventuellement mes collègues. Si elle venait à me demander des numéros particuliers, oui à ce moment-là je ferais des recherches internet. Je pense qu'il y a des numéros verts, SOS femmes battues, etc., ça doit exister. Donc ça, je trouverais facilement sur internet.

EB : Quel outil idéal permettrait de faciliter le dépistage et sa prise en charge selon vous ? Sous quelle forme le verriez-vous ?

MT : Pourquoi pas quelques questions, comme un questionnaire, comme Hamilton en consultation. Pourquoi ne pas avoir un test en 3-4 questions, qu'on peut poser de façon assez anodine. Mais s'il y a deux propositions sur 5, tiens à priori dernière tout cela, il y a une femme qui est battue. Comme des questionnaires qu'on peut utiliser dans l'état d'équilibre de l'asthme, la BPCO et bah pareil. Et pour la prise en charge, ça serait bien que la personne s'investisse avec nous et pourquoi pas faire comme le COVID, un signalement sur un site pour que la personne puisse être contactée par l'assistante sociale de la caisse, avoir une psychologue, ça serait bien ça.

EB : Donc, l'outil idéal ce serait un signalement avec l'accord de la patiente ?

MT : Bah oui quand même, tout à fait. Pour montrer qu'on l'a écouté, qu'on l'a entendu et qu'on va l'aider.

EB : Pensez-vous qu'une fiche réflexe servirait à la réalisation du dépistage avec l'aide au diagnostic et à la prise en charge ?

MT : Oui pourquoi pas, ça pourrait être possible, de réaliser une fiche médicale et pourquoi pas directement sur internet, ouais. Plutôt forme dématérialisée.

EB : Qu'est-ce que vous verriez dessus ?

MT : Pour la prise en charge ? Peut-être une fiche avec un arbre décisionnel dessus, est-ce que la patiente est d'accord ou pas ? Si elle dit non, qu'est-ce qu'on peut faire pour l'orienter ? La possibilité de lui donner des accès gratuits, prise en charge par la caisse de psychologues, assistantes sociales, des numéros et surtout qu'elle puisse être contactée rapidement. Et on peut aller plus loin, pourquoi pas des numéros pour la mairie, lui trouver un logement qu'elle se protège elle et ses enfants, fin voilà c'est compliqué hein, mais pourquoi pas ouais.

EB : Et termes de santé publique, quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices pour permettre d'améliorer le dépistage systématique dans le cadre de votre pratique ?

MT : En termes de santé publique, il faudrait encore une fois qu'on ait des affiches fournies pas InVS par exemple, ou par le ministère de la santé pour justement sensibiliser. Oui, sensibiliser. Parce que les victimes de violences conjugales, souvent culpabilisent et ont du mal à se positionner en victime. Limite, si elles sont battues, c'est de leur faute. Euh, surtout que souvent autour de cela, il y a une emprise impressionnante du mari ou du concubin qui a tissé sa toile pendant des années voir des mois. Et souvent, je les compare, je leur dis : «C'est le lièvre ou le chevreuil en plein milieu de la route ébloui par les phares, qui ne bouge pas. Et, il sait qu'il va se faire percuter par la voiture, mais il ne bouge plus. Une espèce de tétanie. Donc, ça serait pour lutter contre ça. Ça montre la difficulté de prise en charge. Sensibiliser pour déculpabiliser les victimes. Aussi au cabinet, des sensibilisations par affiches.

EB : Et au niveau de l'organisation au cabinet ?

MT : Bah moi, je fonctionne par rendez-vous, donc souvent éventuellement, je peux toujours même si je n'ai pas prévu de temps, je n'hésite pas à convoquer. Je peux toujours dire aux patients : «Ah là, il y a quelque chose qu'on peut voir ensemble et on peut se revoir demain ou après-demain, et en rediscuter». Donc, je peux dédier un temps, montrer que j'ai entendu, que j'ai compris et que je suis prêt à la revoir pour en discuter dans de bonnes conditions. Si on était moins seul et plus appuyé, oui ça modifierait ma prise en charge. Je me sentrais plus à l'aise s'il y avait un appui du gouvernement, de la CPAM, etc. Ouais, il faut que ce soit une prise en charge pluridisciplinaire par contre, tout seul, on ne peut rien faire. Pourquoi pas la création de réseaux. Mais, je me méfie toujours parce que c'est une lourdeur administrative incommensurable. Donc, il faut que ce soit simple. Là, on le voit bien dans le tout-venant pour les syndromes dépressifs etc., quand je vois les délais de consultation avec un psychiatre qui sont énormes. Malheureusement, je vais être dur mais la médiocrité de la prise en charge des CMP. Il ne faut pas se mentir, ils sont débordés, pas de moyens, les rendez-vous sont long, quand ils sont vus par les IDE. Les rendez-vous avec le psychiatre c'est deux mois après. Fin, c'est du grand n'importe quoi, il y a pas vraiment d'urgence, mais les urgences psychiatriques sont très mal pris en charge. Mais malheureusement, la psychiatrie, ils n'ont pas de sous pour pouvoir se développer. Je le vois bien, il n'y a pas de moyens ! C'est n'importe quoi. Ou sinon, ce n'est pas remboursé, les psychologues comme les psychiatres en secteur 2. Donc, sortir 70-80 Euros, ils ne peuvent pas donc, ils abandonnent. Tu vois, ils ne se sentent pas soutenus. Des consultations remboursées par la caisse, c'est important. On vit dans une société où on évolue. Il y a des belles choses qui sont faites. Là, je ne sais pas si t'es au courant, mais maintenant les préservatifs sont remboursés. Et le fait que cela soit remboursé, même moi, j'ai changé mon attitude à chaque fois que j'ai un ado, bah je lui propose. Je lui parle ça, je me permets d'avoir une porte d'entrée tout en respectant son intimité et je trouve ça génial. Parce que lui proposer une prise en charge psy, moi j'ai peur qu'on propose et que les délais soient longs : «Le docteur il est bien gentil, mais il peut rien pour moi». Et voilà.

EB : En juillet 2020, le sénat a adopté une proposition de loi, proposée par l'assemblée nationale, visant à protéger les victimes de violences conjugales avec avis favorable de l'Ordre des médecins. Il est désormais possible pour les professionnels de santé de signaler à la justice les victimes de violences conjugales en danger vital immédiat et sous emprise, une proposition issue du Grenelle sur les violences conjugales de novembre 2019. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : C'est une arme à double tranchant (*ton ironique*). C'est bien et ce n'est pas bien. Parce qu'à la base quand même, euh, la levée du secret c'est un moment donné faire comprendre

au patient qu'il appuie sur le bouton. Que moi honnêtement, je me suis un peu défaussé et protégé par le secret médical et que le risque, c'est que le patient perde confiance en moi. Et puis, péril imminent, péril imminent, honnêtement au cabinet ça n'arrive jamais. Donc tu vois, ça prouve bien que le gouvernement ne prend pas ses responsabilités, se décharge sur nous, comme d'habitude. Donc, vous pouvez lever le secret médical, c'est comme si on te mettait en appétit, et uniquement en péril imminent, ça sert à rien. Et de toute façon, dans tous les cas, je ne pense pas qu'on puisse au final. On a quand même prêté serment. La relation qu'on a avec un patient, c'est une relation de confiance. On n'est pas là pour les assister non plus. On n'est pas là pour décider à leur place. Je ne suis pas sûr qu'au final, ça leur rende service. Comme tout action curatrice, c'est toujours mieux quand ça part du patient et pas de moi, voilà.

EB : Et la dernière question, que pensez-vous de la médiatisation du sujet ?

MT : 100% d'accord. C'est bien de véhiculer tout ça. Il faut que..., pour moi l'éducation c'est répéter, répéter et répéter. C'est pour cela qu'on enseigne. Donc, je suis complétement d'accord pour tout ce qu'on peut faire dans la prévention médicale.

EB : Et vous, avez-vous vu votre pratique se modifier ? Pensez-vous avoir modifié des choses en consultation ?

MT : Pour l'instant non, je n'ai pas de retour. Je ne vais pas te mentir, moi je suis maître de stage, donc je me tiens au courant régulièrement. J'aime bien enseigner, je n'ai pas attendu ça pour me mettre dans l'actualité. J'ai toujours été plus ou moins sensible, mais c'est vrai que je n'ai jamais cherché à questionner mes patients chez qui, je n'avais pas de suspicion. Après, l'avantage qu'on a d'être médecin traitant, médecin de famille, c'est qu'on les connaît très bien, et on repère quand ça ne va pas. Combien de fois, ça m'est arrivé pour une patiente : «Oh, ça n'a pas l'air d'aller vous ?». Et voilà, en disant cette phrase, j'ai déclenché une consultation, parce que je connais mes patients par cœur.

EB : J'ai fini mon entretien, avez-vous d'autres questions ou d'autres choses à rajouter ?

MT : Non, c'est une thèse intéressante de médecine générale.

## **- Entretien 11**

EB : Ma première question est que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes s'intégrant dans une nouvelle recommandation de l'HAS ?

MT : Très bonne chose. Personnellement, je le fais très rarement, je n'y pense pas et je m'en rends compte là maintenant. Très bonne chose, parce que je pense que quand on pose la question, les patientes ne vont pas mentir, elles ne voudront pas forcément porter plainte ou que ça aille plus loin. Mais, elles vont le dire au moins et personnellement, elles auront quelqu'un à qui en parler. Par contre, des femmes qui en parlent spontanément, j'en ai, mais à posteriori, j'en n'ai pas beaucoup et je devrais lancer des perches, oui.

EB : Et vos motivations à faire le dépistage seraient lesquelles ?

MT : Bah déjà, pour qu'elles se sentent moins seules. Pour mieux les comprendre, comprendre l'environnement et du coup des causes de dépression ou des comportements qui pourraient être liés à ces violences, euh voilà.

EB : Quels pourraient être les freins et les limites en consultation ?

MT : S'ils viennent en couple. Si, je suis les deux patients au cabinet peut-être, sinon pas de freins.

EB : Est-ce que vous avez des difficultés particulières dans l'après dépistage, des choses qui bloquent, que vous ne savez pas faire ?

MT : Si je demande et qu'on me dit oui, des difficultés par la suite ? Oui, effectivement. Généralement, une femme qui veut porter plainte et qui veut que cela cesse entre guillemets, elle ne passe pas directement par moi. Les femmes vont d'abord au commissariat et généralement, nous, on les voit après, quand la démarche est faite. Et généralement, elles le disent spontanément. Je pose rarement la question et ce n'est pas bien. Elles viennent pour le dire, elles me le disent et elles écoutent ce que je dis quand je leur dis d'aller porter plainte ou voilà, ce qu'on peut faire. Mais, elles n'appliquent pas. Elles vident leur sac. Mais le problème après, on se sent : «Merde, est-ce que ce n'est pas moi qui dois le dire ? Est-ce que je ne dois pas appeler quelqu'un de sa famille pour dire ça ? Mince, moi je le savais et j'ai rien fait.», voilà. Donc, c'est des difficultés quand quelqu'un ne veut pas aller plus loin dans ses démarches. C'est ça, voilà.

EB : Et qu'est-ce que vous pensez de la recommandation et surtout de son applicabilité à tous les médecins généralistes ?

MT : Bah oui, ça va vite à poser comme question. Personnellement, je ne le fais pas. Mais parce que ce n'est pas rentré dans mes habitudes. Tous les nouveaux patients que je vois au cabinet, je leur demande s'ils fument, boivent et fument du cannabis. Alors, c'est compliqué à rajouter en toute première question. Autant la drogue voilà ça, autant les violences en toute première question quand on ne connaît pas les gens, euh. Il faudrait que je regarde les questions et tout ça. C'est une question assez intime, donc pas au premier rendez-vous.

EB : Ensuite, quelles ressources utiliseriez-vous si, vous vous retrouvez face à une situation de violences, où iriez-vous lire les recommandations sur le sujet ? Quels outils utiliseriez-vous ?

MT : Quand ça m'arrive, je lui dis de porter plainte pendant tout le temps de la consultation, voilà. Et, je lui dis de revenir pour voir si ça a été fait. Mais non, je n'ai pas d'outil. Si je recherchais, je taperais sur Google je pense. Je chercherais une plate-forme d'aide sur Google. Mais généralement, elles ne veulent pas. Et c'est vrai autant le tabac, l'alcool, la drogue, on a des plates-formes avec des numéros de téléphone. J'ai des papiers disponibles, je peux les donner. Autant là, je n'ai pas de support papier ou de structures à donner tout de suite à la patiente.

EB : Quel outil idéal permettrait de faciliter le dépistage et sa prise en charge selon vous ? Sous quelle forme le verriez-vous ?

MT : Un centre. En fait, ce qu'elles ont peur, leurs freins, c'est qu'elles n'ont pas trop confiance. Elles ne veulent pas porter plainte. Il y en a beaucoup, parce qu'elles n'ont pas trop confiance en la justice, elles se disent qu'ils vont être... (*sans finir la phrase*). Que c'est déjà arrivé et que ça n'avait pas abouti. Et du coup, elles préfèrent ne rien dire par peur de représailles, quelque chose comme ça.

EB : Donc, finalement un centre pour les orienter et assurer leur protection ?

MT : Je n'ai jamais de femmes vraiment où j'ai eu peur pour leur vie. Où, je me suis dit : «Il

faut absolument la sortir de cet environnement pour la mettre ailleurs et /ou l'adresser». Je n'ai pas encore eu. Mais ça oui, je pense qu'un jour si j'ai cette situation-là, je vais les envoyer aux urgences, je pense.

EB : Pensez-vous qu'une fiche réflexe peut vous servir à la réalisation du dépistage avec l'aide au diagnostic et à la prise en charge ?

MT : Oui. Moi dans l'idéal, tout ce qui est informatique c'est mieux, comme je fais tout sur l'ordi. Et un truc intégré dans le logiciel médical avec des questions, des scores. Des numéros qui sortent, quelque chose d'intégrée.

EB : Qu'est-ce que vous verriez dessus ?

MT : Des petites questions rapides, pour que ça aille vite. Et tout de suite après des numéros de téléphones, des adresses à qui l'envoyer. Je ne sais pas s'il y a un numéro d'écoute entre femmes victimes de violences. Moi, j'envoie soit aux urgences ou à la police. Après, elles y vont pour porter plainte, mais je ne sais pas ce qui se passe après. Je ne sais pas ce que fait la police.

EB : Je vous montre très rapidement les fiches qui accompagnent la recommandation HAS, pour aider les médecins généralistes sur la réalisation du dépistage en consultation et la prise en charge. Comment amélioreriez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ? Qu'est-ce qui est bien ? Le but, c'est d'en faire quelque chose de ludique en consultation que ça vous serve.

MT : Pour synthétiser, ce qui me paraît indispensable, c'est les numéros. Certains petits trucs pour y penser : partenaire trop impliqué, les multiples consultations itératives avec plaintes vagues. Ça, bien on y pense, les dépressions, plaintes, peut-être synthétiser les gros trucs. Troubles du sommeil éventuellement, parce que lésions traumatiques etc., on y pense. Dans «Comment agir», conseiller de porter plainte, il faut le mettre mais bien sûr qu'on y pense. Moi, je n'y connais pas grand-chose et voilà j'ai un dépistage qui est mauvais. Moi, comment agir ça s'arrête à ça. Mettre en avant les numéros ! C'est une belle phrase les services sociaux mais les numéros concrets. Non, certificats ce n'est pas la peine, parce qu'on le fait déjà, non ce n'est pas la peine. Les photos, je le dis aussi. Violences psychologiques, j'avoue, je passe complètement à côté. En fait, on ne va pas tous le faire à chaque fois et comme première abord, c'est difficile de demander ça. Donc, mettre vraiment une grosse alerte et penser violences si ça, ça, ça. Et poser la question s'il y a des signes d'alerte et après numéros. Ça, certificat, non, vraiment des choses concrètes dans la pratique.

EB : Et termes de santé publique, quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices pour permettre d'améliorer le dépistage systématique dans le cadre de votre pratique ?

MT : Non, il faut du rabâchage comme ça (*en parlant de notre entretien*). Ne pas oublier de penser à ça. Sensibiliser les médecins au dépistage des violences conjugales. Pourtant, je suis une femme mais je n'y pense pas de façon systématique. Des rappels AMELI, c'est une bonne idée. Formations, bah non, parce que ça va sensibiliser qu'une petite tranche. Les petits rappels AMELI qu'on reçoit c'est bien. Parce que dès les premières minutes, je me suis dit : «Mince, ce n'est vraiment pas un truc que je fais, ce n'est pas bien, je vais essayer de m'améliorer et de poser les questions». On m'avait sensibilisé, il n'y a pas longtemps sur le harcèlement scolaire, j'avais reçu un jeune. Et j'ai essayé de changer ma façon de faire sur le harcèlement scolaire, je pose des questions : «Avec les copains, est-ce que ça se passe bien à l'école ?». Alors que, je ne le demandais jamais. Maintenant, les jeunes enfants, je

pose la question. Et là : «Tout va bien à la maison ? Une bonne ambiance ? J'essayerais de trouver une formulation qui peut passer, et je ne le faisais pas.

EB : Ok, bah tant mieux, si je vous ai sensibilisé ! Et maintenant, je passe à un sujet d'actualité, en juillet 2020, le sénat a adopté une proposition de loi, proposée par l'assemblée nationale, visant à protéger les victimes de violences conjugales avec avis favorable de l'Ordre des médecins. Il est désormais possible pour les professionnels de santé de signaler à la justice les victimes de violences conjugales en danger vital immédiat et sous emprise, une proposition issue du Grenelle sur les violences conjugales de novembre 2019. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : Peur (*ton étonné*) ! Peur, que les femmes n'en parlent plus du tout et à personne. Parce qu'elles supplient de ne rien dire. Moi, la femme qui me l'a dit, elle a un frère qui est suivi au cabinet. Et je pense que si on pouvait, déjà, qu'on est embêté quand elles disent les violences et qu'on n'arrive pas à les convaincre d'y aller. Sachant que c'est difficile de savoir péril imminent. C'est quoi ? C'est parce qu'il y en a qui font des menaces, des menaces de mort, qui dise ça et qui, on n'arrive pas. Comment juger est-ce que c'est un péril imminent ou pas ? C'est toujours un péril imminent quelque part, une première fois ça peut voilà. Et la deuxième fois, ça peut être direct (*du style être très grave*). On ne peut pas savoir combien, fin, comment ça va évoluer. Dans tous les cas, ce n'est pas normal. Sur un coup de folie. Et dans ce cas-là, celles qui parleraient, c'est elles, qui seraient peut-être prêtes. Qui pourraient y aller (*dans le sens de porter plainte*), elles-mêmes, et qui peuvent décharger la responsabilité sur le médecin. Compliqué. Même pour les enfants, quand j'ai une suspicion de maltraitance, moi ce que je fais, quand je ne fais pas trop confiance et je ne veux pas qu'il fuit, si je suspecte un truc mais que ce n'est pas voilà, généralement j'invente un motif, truc aux oreilles. Voilà, et je les envoie aux urgences. Pour que cela ne soit pas moi, entre guillemets, et un médecin neutre. Ce n'est pas notre rôle en tant que généraliste.

EB : Et ma dernière question, que pensez-vous de la médiatisation ? Pensez-vous avoir modifié des choses en consultation ?

MT : C'est très bien, c'est une bonne chose qu'on en parle. Parce que je pense que celles qui sont victimes de ça, doivent se sentir moins seules. Euh après, la médiatisation souvent les sujets c'est des thèmes, violences aux femmes, après le COVID. Oui, c'est une bonne chose qu'on en parle. Les campagnes etc., moi ça n'a pas changé ma pratique. Après, est-ce que j'ai plus de femmes qui m'en ont plus parlé ? Je ne pense pas. Mais, j'ai eu beaucoup plus de plaintes comme ça pendant le confinement. J'en ai eu beaucoup plus, rien à voir avec les proportions habituelles. Sinon, je n'ai pas de femmes qui sont venues en me disant : «J'ai vu ça à la télé, que ce n'était pas normal». Non, je pense que la majorité des femmes le savent au fond d'elles que ce n'est pas normal. Elles se sentent tellement dévaluées, elles n'ont tellement plus confiance en elles. Parfois, il y en a qui se disent qu'elles le méritent, ou qu'elles ont trop poussé à bout. Elles se trouvent toujours des excuses. Mais, elles le savent quand même que ce n'est pas normal, toutes.

EB : J'ai fini mon entretien, avez-vous d'autres questions ou d'autres choses à rajouter ?

MT : Non, c'est intéressant.

EB : Merci beaucoup !

## - Entretien 12

EB : Alors ma toute première question est très ouverte, que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes s'intégrant dans une nouvelle recommandation de l'HAS ?

MT : Comme vous me dites là, apparemment il y aurait des nouvelles recommandations. J'en ai pas spécialement entendu parler, donc euh (*en réfléchissant*), ce que je pense de cette nouvelle recommandation ?

EB : Oui, vous personnellement ?

MT: Bah pourquoi pas. Après, c'est toujours comment aborder les choses avec des patients qui viennent pas du tout pour parler de ça. C'est vrai qu'en tant que médecin généraliste parfois ça peut, peut-être, mal se passer si les gens ne sont pas du tout concernés. Bon après, je pense que ça reste quand même intéressant de trouver une manière de dépister ces choses-là, qui sont souvent plus fréquentes que ce que l'on pense.

EB : Et vous, quelles pourraient être vos motivations à faire ce dépistage ?

MT : Pour protéger les patientes et créer une relation de confiance encore plus avec elle, et puis voilà.

EB : Et du coup, on parlait des freins. Là finalement, vous disiez que les patients pourraient se sentir offensés d'en parler, est-ce qu'il y a d'autres freins ?

MT : Si c'est une consultation dédiée, un peu systématique pour toutes les femmes, c'est juste comment aborder ça ? Je ne sais pas (*air perplexe*), si c'est une dame qui vient pour un de ses enfants ou autres, lui dire, comment aborder la chose avec elle si, elle n'a pas l'air concerné ? Ouais, c'est aborder le sujet sans paraître parano pour les femmes, bah qui ne comprendraient pas pourquoi. Après d'autres freins... Ouais, c'est ça. Même une relation de confiance qui pourrait être altérée. Même, pour certaines femmes qui de sentiraient agressées ou jugées même : «J'ai l'air d'être battue?».

EB : Et, en termes d'organisation dans vos consultations, il n'y a pas de freins ?

MT : Bah non, ça prendrait un créneau de consultation je pense, si c'est une consultation dédiée.

EB : Et vous, actuellement, quelle est votre façon de faire le dépistage ?

MT : Bah moi, ça fait un peu plus d'un an que je suis installée ici. Donc, j'ai remplacé un peu avant. Donc c'est vrai que quand on voit des gens ponctuellement, pour un remplaçant, c'est difficile d'aborder ça. Sauf si la personne vient pour ça. Et là, sur l'année que j'ai passé sur le début d'installation, j'ai pas mal de femmes dont des jeunes, moins jeunes, et pour l'instant, je n'ai pas été amenée à discuter de cela.

EB : Est-ce que vous avez des difficultés particulières dans l'après dépistage, des appréhensions, des choses qui bloquent, que vous ne savez pas faire ?

MT : Bah je n'ai jamais été confrontée à ça, mais j'avoue que ça pourrait être une appréhension de se dire en tant que médecin, qu'est-ce que j'ai le droit de faire ? Est-ce que je dois faire un signalement ? A qui ? C'est vrai que ça c'est des questions que je...

comment protéger la patiente, aussi ? Je ne pense pas que ça dépend que du médecin dans ces cas ci, ça va dépendre un peu de la justice.

EB : Surtout, les retombées pour la patiente ?

MT : Bah si c'est elle qui m'en parle et qui me demande de l'aide, bah forcément on répond à ça. C'est plus la manière de procéder pour pas que cela la mette plus en danger.

EB : Et qu'est-ce que vous pensez de la recommandation et surtout de son applicabilité à tous les médecins généralistes ?

MT : Bah, comment ça se mettrait en place ? J'essaie d'imaginer un peu, parce que quand on reçoit un patient parfois, il vient seul et si c'est une dame souvent, elle vient avec ses enfants ou son mari. Donc, ça ne va pas être évident de parler de ça sauf, si elle vient seule pour un motif où là, il y a l'occasion d'aborder le sujet. Mais ça arrive quand même souvent que les femmes viennent au moins avec l'enfant ou voir le conjoint.

EB : Donc ça, ça pourrait être un frein ?

MT : Oui, tout à fait.

EB : Actuellement, face à ce genre de problème, avez-vous une ressource ? Ou iriez-vous lire les recommandations sur le sujet ? Quels outils utiliseriez-vous ?

MT : Si une patiente me parlait de violence ? Bah, je pense que, moi je n'ai jamais eu l'occasion d'étudier ça, mais je pense que si c'était le cas, je me renseignerais auprès de collègues qui ont plus d'expérience que moi là-dedans. Et après, j'imagine que l'on peut faire un signalement s'il y a des violences rapportées.

EB : L'outil principal, serait finalement les pairs, les collègues ?

MT : Bah ouais, je ne pense pas que je resterais seule pour gérer cela. Surtout qu'ici on est plusieurs médecins et je pense que c'est toujours bien d'avoir un avis. En demandant à la patiente, si elle est d'accord pour que j'en discute avec les collègues pour voir un peu comment on peut l'aider. Sur internet, je pense que je pourrais y aller en plus pour voir les démarches, les certificats éventuels qu'il faut fournir.

EB : Quel outil idéal permettrait de faciliter le dépistage et sa prise en charge selon vous ? Sous quelle forme le verriez-vous ?

MT : Bah un outil, là tout de suite je ne sais pas trop. Mais c'est vrai qu'on aborde facilement, enfin moi dans ma pratique, j'essaie d'aborder facilement quand je vois une femme : est-ce qu'elle est à jour de ses dépistages, vaccins, contraception ? J'arrive à aborder le sujet, même si c'est hors sujet dans la consultation. Et du coup, pourquoi pas dans le cadre d'un dépistage un peu obligatoire. On met un peu sur le dos de la sécurité sociale que c'est obligatoire tout ça, donc on en parle. S'il y avait un outil qui était rendu officiel, on pourrait peut-être avoir cette excuse là pour aborder le sujet : «Vous n'êtes peut-être pas concernée». Mais avoir un petit questionnaire rapide, un peu comme un certificat chez l'enfant où on aborde plusieurs choses.

EB : En fait, créer une consultation obligatoire de dépistage ?

MT : Oui. Comme ça, les choses qui sont rendues officielles, obligatoires, bon bah on n'a pas

trop le choix d'en parler. Bon bah, on se dit (*discours pouvant être donné à la patiente*) : «ça ne vient pas de moi personnellement, ce n'est pas de mon jugement, c'est comme ça, il faut que je vous en parle». Ça, peut-être que ça aiderait à aborder et poser la question à tout type de femmes qui pourrait même ne pas se sentir concerné.

EB : Que pensez-vous de la création d'une fiche réflexe ?

MT : Un peu comme un questionnaire ?

EB : Pourquoi pas, mais plus pour vous aider au diagnostic et vous aider à la prise en charge ?

MT : Bah si, ça peut toujours aider je pense.

EB : Que verriez-vous dessus?

MT : Comme des certificats d'examens obligatoires, peut-être qu'on pourrait inclure pour noyer le poisson, une contraception, le poids, je ne sais pas. Les vaccins, mode de vie, si elle a des enfants, mariée ou divorcée. Si elle a, je ne sais pas. Du coup, déboucher sur quelques questions de la vie familiale, la vie conjugale. Quelque chose comme ça. Et pourquoi pas, après poser des questions directes, est-ce qu'elle se sent maltraitée ?

EB : Et, pour vous aider à la prise en charge, qu'est-ce que vous verriez dessus ?

MT : Bah, peut-être justement, euh en cas de diagnostic de violences, qui alerter et comment ? Des numéros, des adresses. S'il y a un certificat particulier à fournir et pourquoi ? Le certificat où on constate. Après, c'est de l'interprétation, ce n'est pas forcément à nous de faire la part des choses.

EB : Sous quelle forme vous la verriez ?

MT : Moi, j'utilise facilement l'ordi et tout ça. Mais je passe facilement au papier quand c'est des choses personnelles. Alors moi, j'ai du mal. Je trouverais ça plutôt ludique d'avoir quelque chose en main à mettre devant les personnes, leur expliquer, pouvoir même leur donner.

EB : Quelque chose de matériel, pour leur montrer et expliquer ?

MT : Oui, voilà.

EB : Je vous montre très rapidement les fiches pratiques de l'HAS pour aider les médecins généralistes sur la réalisation du dépistage en consultation et la prise en charge. Comment amélioreriez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ? Qu'est-ce qui est bien ? Le but, c'est d'en faire quelque chose de ludique en consultation que ça vous serve.

MT : On pourrait tout lire dans les détails. Mais on pourrait faire, pourquoi pas, un organigramme, un diagramme. Par exemple, suspicions de violences, avec les choses essentielles. Bon là, ça détaille tous les troubles somatiques, mais ça, on peut mettre des listes et des listes donc ça, pas forcément détailler. Je pense qu'on peut avoir tout et n'importe quoi comme symptôme et ce n'est pas... (*en ne finissant pas la phrase*).

EB : Donc, surtout un petit diagramme et synthétiser.

MT : Le certificat, oui, oui, ça pourquoi pas. Ça peut être utile. Surtout qui appeler et quelques conseils à donner à la patiente, surtout. Oui, je pense que j'essaierais d'aborder le sujet plus souvent.

EB : Et termes de santé publique, quels pourraient être les moyens nécessaires ou actions correctrices pour permettre d'améliorer le dépistage systématique dans le cadre de votre pratique ?

MT : Bah, peut-être un peu plus de publicitaire entre guillemets. Peut-être, comme on voit un peu plus pour les dépistages. Pour essayer de marquer à l'esprit que cela peut concerner tout le monde, qu'il n'y a pas de population systématisée. Essayer de rendre ça un peu plus accessible. Fin, que les patientes, qu'elles puissent ressentir qu'elles ont des outils accessibles. Après, non je ne vois pas plus. Ouais et des affiches, après pourquoi pas avec la médecine de travail. Ça pourrait être un outil qu'on utiliserait nous, si ça se fait. Et pourquoi pas, le mettre dans les consultations de médecine du travail. Comme elles sont souvent obligatoires, ça pourrait être l'occasion aussi d'aborder le sujet.

EB : Et les deux dernières questions, questions actualités, en juillet 2020, le sénat a adopté une proposition de loi, proposée par l'assemblée nationale, visant à protéger les victimes de violences conjugales avec avis favorable de l'Ordre des médecins. Il est désormais possible pour les professionnels de santé de signaler à la justice les victimes de violences conjugales en danger vital immédiat et sous emprise, une proposition issue du Grenelle sur les violences conjugales de novembre 2019. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : La levée du secret en cas de péril imminent, bah je pense que je ne suis pas contre. En tant que médecin et femme, on se doit de protéger nos patientes.

EB : Est-ce que vous verriez des limites ?

MT : Est-ce que la patiente est d'accord ?

EB : Non justement, contre son avis, c'est la nouvelle nuance.

MT : Ah oui d'accord, la patiente n'est pas d'accord, je n'avais pas saisi. Oui effectivement, c'est plus compliqué. C'est à dire qu'elle a quand même consulté pour nous le dire, qu'elle était en souffrance. Je pense que les dames qui ne veulent absolument pas que cela se sache, je ne pense pas qu'elles viennent consulter pour le dire. Après, si elles viennent et qu'elles me le disent et ne veulent pas qu'on le dise...*(en réfléchissant)* Tout ça, je pense qu'il faut essayer de jouer avec notre relation de confiance justement et, négocier.

EB : Et si elles vous disent non, justement ?

MT : Ouais, après je pense que c'est pareil, il ne faut pas rester seule en tant que praticien, et voir comment on peut faire à plusieurs. S'il faut répondre, je pense que ça serait plutôt oui, mais avec une réserve, il faut essayer de tout faire en tout cas pour avoir sa coopération. Bah, si la loi le permet, on fait entre guillemets notre devoir. Après, si la loi ne le permet pas, on prend le risque quand même. Bah forcément, il y a une rupture de confiance. Après, j'ai du mal à visualiser cette situation. Quelqu'un qui vient demander à l'aide et qui bah non. Je pense qu'il y a toujours moyen de négocier.

EB : D'accord, très bien et ma dernière question, que pensez-vous de la médiatisation ?

MT : Pas forcément une mauvaise chose, tout dépend comment c'est fait. Non, c'est bien d'informer les gens, et si c'est sérieux, vérifiée et pas des informations qu'on peut entendre à la télé avec les médias ou quoi. Que ce soit quelque chose de concis.

EB : Et qu'apporte la médiatisation selon vous ?

MT : Bah tout le monde regarde la télé, les réseaux sociaux, etc. Donc, je pense que le message peut vite passer quoi, je pense.

EB : Et avez-vous modifié votre pratique ?

MT : Pas de répercussions dans la pratique.

EB : Très bien, je ne sais pas si vous avez des choses à rajouter ?

MT : Bah non, c'est intéressant. C'est un sujet qui sera encore d'actualité à vie, je pense. Non, c'est vrai que c'est important et qu'il y a plusieurs sortes de violences. Il y a les violences qui ne se voient pas. Non, c'est intéressant et un problème à prendre au sérieux.

EB : Merci beaucoup.

### **- Entretien 13**

EB : Ma première question est très ouverte, que pensez-vous de cette recommandation sur le dépistage systématique ?

MT : Bah très bien. Pour une fois qu'il y a une recommandation ! Je suis hyper pour, le dépistage je le faisais déjà des violences en général, pas des violences conjugales spécifiquement, de tous type de violences. Donc qu'il y ait une recommandation là-dessus, cela me paraît essentiel. C'est un vrai problème de santé publique donc, c'est adapté.

EB : Ok, donc vous le faites de façon systématique pour tous les types de violences, c'est bien ça ?

MT : Pour tous les types de violences. Euh, la première fois que je vois les patients, si ça fait un moment que je ne les ai pas vue, je les repose en fonction de certains critères. Ils sont finalement dans les critères qui sont mis dans les recommandations de l'HAS : Grossesse, des problèmes moraux, enfin voilà, plein de choses.

EB : D'accord et quelles sont également les motivations à faire ce dépistage ?

MT : Mes motivations personnelles ? Alors mes motivations, c'est de pouvoir leur proposer une aide s'ils le désirent. Les informer aussi des répercussions que cela peut avoir et voilà. De pouvoir, je pense que ça crée un véritable lien aussi avec ma patiente parce que quand elles ont pu verbaliser, alors là je spécifie sur les violences conjugales, là-dessus ça ouvre le sujet. Et elles savent qu'il n'y a pas de jugements et elles voient bien la façon dont c'est pris en charge. Et je pense vraiment que ça crée un lien supplémentaire. Dans le cadre des violences conjugales du coup, je peux leur expliquer ce que c'est que la dissociation. Pourquoi elles sont venues auprès de leur agresseur plutôt que s'éloigner. Et de ne pas leur mettre toute la culpabilité que la société met en mode : «Comment ça se fait que tu es battue et que tu ne pars pas ?». Voilà cela me permet de donner aussi toutes les informations pour le jour où, si un jour cela se présente, elle désire quitter leur agresseur. Et donc, du coup, je

leur donne toutes les références que j'ai, toute une banque de sites internet vers lesquels je peux les faire tourner. Et de manière à ce qu'elles puissent prévoir leur plan de sécurité. Leur donner les informations aussi juridiques, parce que souvent elles sont mal informées et désinformées par l'agresseur. Et il y a plein de structures quand même qui sont bien, très, très bien, le CIDFF. Là-dessus qui donne beaucoup d'informations sur leurs droits en lien aussi avec leurs enfants. Elles ont toujours l'énorme problème lié à ça, voilà. Du coup, c'est extrêmement pluridisciplinaire. Ça prend du temps, c'est certainement ça qui retient encore pas mal de médecin, ça prend du temps.

EB : Bah justement, quels seraient plutôt les freins, alors en termes d'organisation, en consultation, les freins que vous avez dans votre pratique ?

MT : Clairement, c'est le temps je pense hein. Mais voilà, c'est tout, après, c'est du temps de gagné pour après. Donc, il faut juste, elles ne viennent pas pour ça en fait, quand on fait un dépistage systématique. Il faut se rendre compte que ce n'était pas le sujet. Donc en fait, on va devoir traiter le sujet et en plus régler cette problématique-là. Donc moi, je propose systématiquement un nouveau rendez-vous en lien avec ça, mais je sais que le temps, il est hyper important à ce moment-là. Et quand j'ai l'accroche, je balance déjà beaucoup d'infos pour bien montrer que je suis au fait des choses. Et surtout, je leur explique sans forcément leur donner les informations des recours, même si j'aime bien donner au moins un site internet qui leur permet de faire des recherches. Après, mais déjà rien que les répercussions que ça va avoir sur elle, vraiment tous les mécanismes neurophysiologiques qu'on connaît maintenant et qui font qu'elles ne comprennent pas toujours pourquoi elles n'arrivent pas à sortir de cette situation-là. Et en leur montrant vraiment, qu'il n'y a pas de jugements, que ce n'est pas de leur faute, de montrer qu'elles ne doivent pas ressentir de culpabilité et bah ça, mine de rien, ça prend quand même du temps ! Donc voilà, je pense que le frein essentiel, c'est le temps. Pour autant, après je reste persuadée qu'on le gagne après.

EB : Et il y a des appréhensions dans la prise en charge après le dépistage ?

MT : Moi non, mais c'est une question de pratique. Mes internes en général, je vois mes SAS PAS souvent, ils sont un peu en difficulté au départ, ouais. Mais après, petit à petit en fait, ils prennent le pli et ils se rendent compte qu'en fait, on n'est pas tout seul. On a plein de recours. Donc, du coup non, plus d'appréhensions, plus beaucoup.

EB : Ok, est-ce que vous pensez que c'est applicable à tous les médecins généralistes ?

MT : Oui.

EB : Et du coup, vous en avez parlé un petit peu, vos outils que vous utilisez en consultation ?

MT : Beaucoup de sites internet, parce qu'en fait ça leur permet de pouvoir lire à distance de reprendre les choses et tout ça. C'est des patients qui sont dissociés, donc forcément, il y a un phénomène de sidération, de distanciation. Donc, c'est difficile pour elle de totalement intégrer tout ce qu'on est en train de leur dire. Alors que si on leur donne un flot d'informations, elles vont oublier la moitié, enfin voilà. J'ai eu une fois une consultation pendant ce temps-là, son agresseur, son conjoint l'a appelé. Je ne sais pas huit fois, dix fois pendant qu'on était en train de faire le point. Elle avait passé une nuit d'horreur avec lui et alors, lui donner des informations et qu'elle les intègre, alors qu'elle était dans un état d'angoisse. Elle ne pouvait pas ne pas décrocher le téléphone parce que bah sinon, il allait se demander où elle était, enfin voilà. Et moi, je ne pouvais pas taper même sur mon clavier, il ne fallait pas que je fasse de bruit. Il fallait qu'elle fasse croire qu'elle était chez elle. Donc

euh, bah dans ces moments-là, les informations, euh c'est au compte-goutte. Donc vraiment, j'ai pris une feuille et un crayon, j'ai tout noté les différentes associations, les sites internet. Dès que l'on pouvait échanger trois phrases, on a échangé de manière à ne pas perdre du temps, qu'elle ait toutes les infos et voilà. Et pour l'histoire, elle a quitté son conjoint et ça se passe vraiment très bien, mais par contre elle l'a fait de façon brutale. Elle s'est enfuit, elle a tout préparé son départ un mois avant et quand elle est partie, il ne s'y attendait pas du tout.

EB : Et vous parliez d'un site pour les aides juridiques justement qui vous sert aussi.

MT : Bah pour le plan de sécurité, déclic-violence, il est vraiment bien. Ça avait été fait par le chef de clinique de Clermont-Ferrand. Il est bien. Du coup, je donne plein d'infos de sécurité là-dessus. Les informations le CIDFF, il est très bien. 3919, c'est un vrai truc. L'association SOLFA sur Lille, l'association Louise Michel. Après, il y avait Chatelet pour les violences enfin, plus sexuelles et viols, c'est un peu plus précis. Comme les violences conjugales touchent à peu près tous les types de violences possibles, puisque c'est psychologique, physique, sexuelle, administrative, financière, c'est tellement vaste que du coup, c'est difficile de partir sur une association précise. Et les vidéos de stopviolences.gouv. Il y a avait quand même des outils qui sont très bien pour les patientes, ce n'est pas que pour les professionnels de santé.

EB : En consultation, est-ce que vous voyez un outil idéal ?

MT : Non, alors moi j'ai mon outil, j'ai une fiche, je mets tout dessus.

EB : C'est une fiche que vous avez créé du coup ?

MT : Donc ça, c'est la fiche que je mets à disposition de mes internes pour qu'ils aient déjà toutes les informations (*Sur l'affiche les sites et numéros d'associations précédemment énoncé*).

EB : Donc l'outil idéal pour une bonne prise en charge, ça serait votre fiche que vous utilisez ?

MT : Bah je me permets d'avoir déjà pas mal de choses enfin, d'être simple. Comme le consentement pour les jeunes filles, enfin voilà. Et du coup, ça leur permet de faire ces recherches-là. Et puis, donc ça c'est toutes les associations, les horaires, enfin voilà et puis les travaux de recherche qui ont été fait, mémoires traumatiques. Le site [declicviolences.fr](http://declicviolences.fr). Le consentement, il y a pas mal de choses. La prévention, la culture du viol qui est en bande dessinée.

EB : Du coup, qu'est-ce que vous pensez d'une fiche réflexe en consultation ?

MT : Oui.

EB : Là, c'est surtout pour la prise en charge et est-ce que pour le dépistage vous y voyez un intérêt ?

MT : Pour le dépistage, bah en fait ça devrait figurer dans nos antécédents.

EB : Donc plutôt l'outil informatique ?

MT : Moi je suis en difficulté. En fait, quand je pose la question des violences souvent, je le

note dans mon historique de consultation et je me mets un post-it en le mettant. Donc, c'est un post-it qui s'ouvre à l'ouverture de mon dossier, où je mets le psycho-traumatisme et je mets : «consultation du (*en parlant d'une date*)». Comme ça, ça s'affiche, mais je ne sais jamais si je peux le mettre dans les antécédents. Je n'ai pas envie de ficher des gens là-dessus. Je ne veux pas qu'ils portent ça toute leur vie, mais en même temps ça m'est hyper nécessaire de le prendre en compte. Mais malgré tout, à force de faire des dépistages, c'est atroces mais il y a des fois où j'oublie. J'oublie que les gens ont vécu un truc, donc il faut que je me le note parce que sinon je vais oublier que c'est cette patiente-là qui m'a dit ça. Ce n'est pas tolérable en fait. Et comme les gens qui me l'ont déjà dit : «vous vous rappelez ?» et là, oh la la ! Et ça du coup, dans le dossier médical, c'est difficile à ranger pour qu'on n'oublie pas et en même temps que ça ne soit pas non plus sur tous les courriers médicaux et tout ça. Ça ne serait pas du tout adapté.

EB : D'accord, et en revenant sur la fiche réflexe, qu'est-ce que vous voulez voir dessus ? Je pense que j'ai ma réponse (*en parlant de la fiche créée par le médecin*).

MT : Bah ça, en parlant de la fiche, c'est vraiment au début pour mes internes.

EB : Après ça serait une fiche à diffuser pour les médecins généralistes.

MT : Après, en termes de ce que je voulais mettre en place, du coup après avoir mis en place tout le repérage que je peux faire dans la consultation. Là, dernièrement, ce que j'ai fait, j'essaye de le diffuser autrement. Donc, pour favoriser justement le repérage auprès des médecins généralistes par l'intermédiaire d'un congrès de médecine générale. J'avais fait faire un, on avait eu la chance d'avoir le Docteur Muriel SALMONA qui était venu faire une intervention devant deux cent médecins généralistes, donc j'étais trop contente. J'avais commencé des formations pour des structures de formations médicales continues sur les violences, dépistages des violences. Euh voilà et bah, j'avais essayé de contacter auprès de la Fac pour essayer de créer ça. Mais sur la Fac, il n'y a pas de module lié à ça et sur la transversalité des cours qui sont donnés pour les internes. Euh, ça n'en fait pas partis parce que du coup, c'est abordé ponctuellement. C'est peut-être abordé par exemple, si on parle de la vitalité, si on parle de, voilà. Et du coup, ça dépend de l'enseignant. Donc en plus, c'est clairement hétérogène et ça m'agace. Donc du coup, quand j'avais essayé de le mettre chez les internes, on m'avait clairement dit non. Et ils m'ont dit que ça doit être fait dans l'enseignement de deuxième cycle. Donc moi, je ne suis pas intégrée dans l'enseignement de deuxième cycle. Et du coup, parler plutôt quand ils sont externes, je trouve que c'est beaucoup moins concret que quand ils sont internes. Et ça, je trouve que c'est une vraie lacune de notre formation et ça m'agace. Parce que du coup, à chaque fois que je vois mes internes, ils sont ébahis de ce que je leur explique. Chaque semestre, alors c'est chouette parce que du coup au moins, ça leur ouvre un pan du truc, mais c'est super dommage que ce ne soit pas dans les modules de la fac.

EB : Bah justement du coup, c'est ma question d'après, en termes de santé publique qu'est-ce que vous verriez comme solution ?

MT : Bah moi, j'essaye de diffuser auprès des médecins généralistes. Je suis contente parce que ça marche, euh là, je vois la formation quand on avait eu le Docteur Muriel SALMONA quand elle était venue à la formation au forum. J'ai eu des retours des médecins qui ont assisté à ça pendant toute l'année qui a suivie. Et pour les organisateurs, j'ai dû batailler pour placer mon sujet et bah n'empêche, j'ai bataillé mais ils étaient vraiment, enfin, ils m'ont tous dit ça change complètement notre façon de voir. Et en fait, de poser la question quand on se rend compte du nombre de retours positifs, on se dit qu'il n'y a pas photos, c'est un vrai problème de santé publique ! Donc euh voilà, alors toutes les violences, les violences

conjugales aussi. Donc euh, diffuser sur la médecine générale et puis diffuser sur les internes en médecine générale. Les internes en gynécologie, je pense qu'elles sont généralement bien formées. Mais ça, n'est lié qu'à un moment de leur vie. Donc, ce n'est pas suffisant vraiment en médecine générale, on pourrait faire plus et pas uniquement centré sur les violences conjugales.

EB : D'accord, ensuite pour vous montrer un peu les fiches pratiques de l'HAS, je pense que vous les connaissez. Il y a vraiment deux volets, la partie comment repérer avec les questions ouvertes selon le contexte, la sémiologique, les contextes particuliers à la maison, comment évaluer la gravité. Et la deuxième partie comment agir, il y a quelques petits points sur que faire en cas d'urgence, préparer ma patiente, il y a quelques numéros, il y a des sites internet.

MT : Par rapport aux certificats avec des ITT, derrière dans des cas de violences, ils font un modèle de certificats et ils précisent bien qu'on peut faire un certificat psychologique. C'est à dire, quand on a véritablement des reviviscences, des angoisses, des choses comme ça, avec tous les symptômes de dissociations. Donc, on peut faire un certificat qui est que psychologique sans forcément avoir... (*dans le sens des signes physiques*) et ça c'est top. Mais moi, je ne le savais pas par exemple. Ça m'a pris quelques années avant de savoir qu'on pouvait le faire. Moi, je pensais qu'un certificat c'était vraiment coups et blessures même si le terme n'est pas bon, c'était ça. Alors que finalement, le certificat ça peut être aussi juste quelqu'un qui est angoissé, qui pleure, qui se fait mal, qui a des comportements de mise en danger et tout ça. Et, ça montre bien qu'il y a lieu d'un psycho-traumatisme. On n'est pas obligé de faire la causalité derrière, puisque c'est elle qui va la faire.

EB : Donc du coup, garder un modèle de certificat en précisant que les violences psychologiques peuvent être étiquetées voir notées sur un certificat. Qu'est-ce que vous verriez pour rendre les fiches plus pratiques ?

MT : Comment repérer, c'est trop vaste. Des troubles psycho-traumatiques, on va mourir. Donc de toute façon, je pense qu'il faut poser la question, revoir le patient reposer la question. De toute façon, tout ce qui va être troubles fonctionnels, il faut poser la question. Donc en fait, il faut passer son temps à retenter de reposer la question.

EB : Donc repérer, c'est répéter la question.

MT : Voilà, il ne faut pas de gênes pour le faire et voilà. La gêne, souvent quand je reprends l'exemple de mes internes parce que c'est eux tous les six mois qui redécouvrent ça, la gêne. C'est de un, ils ont peur d'être intrusifs et de deux, ils ont peur de ne pas savoir quoi dire après. Parce que quand le patient dit oui, ils sont envahis de : «Qu'est-ce que je vais faire, mais moi je ne peux pas l'aider.». Voilà. Et donc ça, ça leur fait super peur. Et du coup, au niveau des fiches, c'est bien. Mais je trouve ça, euh sur les formations que j'ai faite du coup je les ai vu ces fiches là, mais c'est trop. Voilà quoi, c'est très, très vaste en même. Tant je comprends parce que ça nécessite d'être vaste, mais en fait il faut juste se dire que ça doit être systématique.

EB : Ok et du coup, des choses, peut-être, un peu plus concrètes. Comme vous parliez tout à l'heure, par exemple avoir des liens utiles sur l'explication des phénomènes d'emprise, des choses comme ça ?

MT : Oui, c'est ça alors il y a un truc qui est bien aussi, c'est le violentomètre. Je ne sais pas si tu connais ?

EB : Oui, on me l'avait envoyé justement dans le cadre de ma thèse.

MT : Ah bah alors ça, par exemple, je l'utilise sur les jeunes femmes, quand voilà. Parce que du coup, elles expliquent : «oui mais, c'est parce qu'il regarde mon téléphone, il regarde machin». Hello ! Ce n'est pas normal, hein ! J'ai une patiente, tous les soirs, elle montre qui elle a appelé sur son téléphone, qui est machin, vérifier que ça n'avait pas été effacé. Elle me dit : «Bah oui c'est normal, il a été trompé une fois, du coup il n'a pas confiance.». Il ne faut pas abuser enfin, alors du coup, en lui montrant ça, ça l'a marqué et elle s'est dit bah ce n'est pas normale. Ça aussi, c'est un petit outil voilà.

EB : Ok parfait, très bien. Bah maintenant c'est plus dans le cadre des sujets d'actualités, bah je pense que vous avez dû le voir passer, (...), (*sans finir ma phrase*)

MT : Les pharmacies ? Les pharmacies avec euh avec le confinement ?

EB : Euh oui effectivement j'ai vu que l'on pouvait maintenant signaler dans les pharmacies avec un «mot de passe». Mais moi je pensais à la levée du secret médical. En juillet 2020, le sénat a adopté une proposition de loi, proposée par l'assemblée nationale, visant à protéger les victimes de violences conjugales avec avis favorable de l'Ordre des médecins. Il est désormais possible pour les professionnels de santé de signaler à la justice les victimes de violences conjugales en danger vital immédiat et sous emprise, une proposition issue du Grenelle sur les violences conjugales de novembre 2019. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : Alors, je ne sais pas si. En fait, je pense que ce n'est pas tant à nous qu'il faudrait poser la question mais plus aux patients. Parce qu'en fait je l'entends, mais en même temps, euh je ne sais pas quoi en penser. Il y a des cas de figures extrêmement précis, bah là cela, m'aurait aidé parce que j'avais des patientes qui étaient dans une situation vraiment inextricable. Donc du coup, si on prend la main dessus par contre, je ne sais pas dans quel état on récupère les patientes, mais en même temps, elles sont vivantes, voilà. Et en même temps, pour les autres patientes, il faut qu'elles fassent leur chemin sur le côté, peut-être qu'elles auraient besoin de faire leur chemin. Mais si on prend la main dessus, l'agresseur ne va pas leur en vouloir à elle. Peut-être qu'on limite le risque de féminicide. Je ne sais pas. J'avoue que là, je me dis que dans tous les cas, il y a des études à faire, des questions à poser et j'imagine que s'ils le suggèrent, ils l'ont déjà fait, donc je suis dans cette expectative-là.

EB : Et les freins et les limites pour vous à lever ?

MT : A la levée du secret médical ? Bah que cela ne fonctionne pas. Je suis désolée mais je n'ai pas une super grande confiance en la justice et donc c'est ça qui m'embête en fait. Si on me disait sûr de sûr, vous faites ça et vous sauvez la femme évidemment, n'importe qui peut dire ok je suis open et tout ça. Mais moi, j'ai des patients tous les jours et tous les jours où il y a des démarches judiciaires qui sont en cours, mais ça ne marche pas. Ça ne marche pas et les patientes sont toujours en danger. J'ai des histoires horribles comme ça, j'ai cette patiente qui s'est enfuie, alors ce n'est pas elle que je suis mais c'est sa fille. Alors, elle je ne l'ai pas connue mais, elle s'est enfuie avec ses deux enfants chez ses parents. Et euh, le père l'a retrouvé chez les parents, a tué la mère, a tué la grand-mère. Le grand père, il a survécu six mois avec les deux enfants. Euh et puis, il est mort de tristesse. Voilà et donc les deux enfants ont été élevés par un oncle et tout ça. Et le père lui, il vaque à sa vie, je ne sais plus combien de temps il a eu de prison et puis voilà. Donc, c'est un sujet, quand elle m'en reparle, c'est un peu compliqué pour elle à dire. Et surtout en fait, tout le monde est prévenu,

la police était prévenue. Cette dame était partie chez ses parents et tout ça. Elle n'a pas été protégée. C'est bien beau, mais on sait très bien que la séparation c'est un moment aiguë, avec la grossesse. Donc c'est deux moments aigus, où il y a un risque de féminicide énorme. Si c'est pour que ce soit moi qui vienne lever le secret médical et que rien ne soit fait correctement et qu'il n'y ait pas de justice immédiate, voilà mais je mets en risque majeur mes patients.

EB : Donc la levée mais sous conditions d'avoir une vraie prise en charge derrière.

MT : Exactement, donc avec quelque chose de ferme et en même temps du coup, ça impose sur nous une véritable responsabilité. C'est à dire, il faudra qu'on soit sûr, entre guillemets, des faits et pour autant, je ne suis pas enquêtrice. Voilà, mais ça c'est notre job. De même, quand on a des enfants qui sont battus, quand on a des personnes avec un handicap, déjà chez eux quand on engage notre responsabilité sur le risque, bah voilà, c'est tout. Mais voilà, c'est ça qui me fait peur. Donc, c'est ce qui fait que je suis un peu... Je me dis, si ça se met en place, de me dire bon bah voilà avec l'accord de la patiente, avec une discussion ou alors quand justement elles sont complètement : c'est déjà une situation qui met en péril leur vie de toute façon. Mais après, peut-être que j'aurais plus de réticences dans une situation qui pour l'instant est à peu près contenue, parce que je vais me dire : «bah oui, mais non.» Là, si on n'a pas assez de matos pour que l'autre il soit totalement éloigné de la patiente. J'aurais trop peur pour elle, je pense.

EB : Ok, et dernière petite question, qu'est-ce que vous pensez de la médiatisation du sujet ?

MT : Bah bien. Bien parce qu'il y a encore des trucs qui m'agacent, parlez-en à Roman POLANSKI. Voilà donc, euh non. Non, c'est bien de parler des violences. C'est pour ça, je prends toujours les violences en terme générale, parce que les violences faites aux femmes, c'est vraiment qu'elles sont plus nombreuses. Mais pour autant chez l'enfant, elles sont mixtes, donc voilà. L'idée, ce n'est pas non plus d'en faire un sujet féministe et tout ça. Parce que du coup, trop d'énergumènes pourraient le réduire à ça et ce n'est clairement pas le but. Euh, c'est les violences en général, c'est inacceptable et les violences faites aux femmes aussi. Et elles sont beaucoup plus nombreuses. On pourra dire ce qu'on veut mais, c'est les femmes qui ont le plus de violences, plus de féminicides, c'est tout.

EB : Et du coup là-dessus, vous verriez l'étendre aux hommes ? Parce que c'est spécifique aux femmes pour l'instant ?

MT : Alors la violence conjugale existe chez les hommes, mais elle ne se présente pas de la même façon. Et du coup, on ne peut pas engager les mêmes prises en charge. Typiquement un homme des retours des études que l'on a, on va lui proposer une structure comme Louise Michel, il ne le fera pas. Ils ne le feront pas. Ça n'existe pas les foyers pour les hommes. Quand ça a été mis en place, ça n'a jamais fonctionné. Donc, ça c'est compliqué. C'est finalement le même principe qu'une dépression chez une femme. Une dépression chez un homme, on n'a pas les mêmes critères et finalement les échelles qu'on utilise ne sont pas adaptées pour les hommes. Alors, il y a plein de trucs qui ne sont pas adaptés pour les femmes. Mais il se trouve que sur ces sujets-là, bizarrement, c'est plus adapté presque pour la dépression chez la femme que pour la dépression chez l'homme. Bah en fait, la violence conjugale chez l'homme c'est compliqué, aussi parce que ce ne sont pas les mêmes modes de dépistage. Il y a aussi que les patientes féminines, mais après moi j'ai peut-être un biais de sélection, mais moi je vois plus les patientes femmes que les patients hommes. Donc du coup, je me dis c'est plus facile de faire un dépistage quand on voit plus souvent les femmes. Et je les vois plus parce que je fais des suivis gynécologiques, je fais tout ça. Donc du coup, j'ai plus l'occasion de les rencontrer. Que les hommes bah, des fois, ils ne consultent pas

pendant trois ans, cinq ans. Donc forcément, ils arrivent un peu tard sur le truc. Donc ça n'est pas la même, ce n'est pas les mêmes critères. On ne pourra pas avoir la même fiche de repérage. Euh donc, il faut que ce soit quelque chose, une entité spécifique par le fait. Et après euh, quand je parlais de ça, c'est surtout pour les enfants. Parce que sur les enfants, on a quand même beaucoup de jeunes garçons dans l'histoire. Donc, ce n'est pas que féminin et je trouve ça bien d'élargir parce que je n'ai pas envie d'entendre dire : «Ah oui, mais c'est encore un truc de nana.». Non, c'est un problème de société et c'est pour ça qu'il faut en parler pour qu'on éteigne tous ces gens qui se permettent de dire des âneries.

EB : Et vous dans votre pratique, vous avez vu plus de femmes se confier, venir vous voir ? Est-ce que vous avez vu des modifications en termes d'incidence ?

MT : Ah mais oui ! Et même à force de demander en fait, parce que du coup, j'ai des copines des copines, des machins qui elles, quand je leur ai demandé, elles m'ont dit non et effectivement elle n'avait rien. Mais, elles ont eu une bonne copine qui elle a galéré et : «Tu sais cette docteur-là, elle demande». Donc, les patientes viennent en disant : «J'ai appris que vous, vous posez la question pour les violences». Donc c'est fou, mais ça se..., voilà. Donc du coup, ça j'ai. Mais après, oui il y a plus de choses parce qu'il a typiquement les refus de consentements, par exemple. Ça j'en ai de plus en plus, de gens qui viennent en me disant : «En fait, je crois, je ne pensais pas mais en fait, je crois que j'ai été violée.». Et là, ils me réexpliquent : «J'ai dit non, j'ai dit non.». Donc ça, on sent que voilà. Et : «Je crois que du coup, j'écoutais une émission l'autre soir, et en fait en écoutant l'émission, bah des fois, j'ai eu une gifle. Bon je me disais voilà. Mais en fait, il paraît que moi, ma mère c'était un peu pareil entre mon père et ma mère.». Et donc du coup, leurs curseurs ne sont pas les mêmes. Et puis finalement, ils regardent un truc à la télé, ils en discutent avec des potes et puis finalement une gifle, ce n'est pas normal. Finalement, regarder dans son portable, ce n'est pas normal ou être dans le contrôle de ton salaire, ce n'est pas normal. Donc finalement, ils arrivent en disant ça. Donc oui, ça diffuse, c'est bien la pédagogie faite par les médias. Ce n'est pas toujours parfait, mais ça touche plus de monde.

EB : Ok, bah moi j'ai fini. Je ne sais pas si vous avez d'autres choses à rajouter ?

MT : Non, non, bah il faut repérer quoi, et puis voilà. C'est bien d'avancer sur ce sujet-là. A mon époque, le DIU de gynéco-obstétrique, il n'y avait pas l'objet des violences. Je ne sais pas si ça en fait partie maintenant ?

EB : Euh oui. Je l'ai fait il y a deux ans. Il y avait un médecin d'Armentières et lui il gère beaucoup la violence de type excisions etc. Il fait beaucoup de prévention à l'étranger. Donc, on a parlé de ça essentiellement. Après, on a quand même fait une partie sur la violence conjugale.

MT : Bah c'est bien, moi à mon époque, non ! Mais je trouve qu'il faut une formation universitaire. Ça devrait être enseigné et je suis très déçue que ça ne le soit pas. A force d'avoir des amis enseignants, je râle tout le temps. Je sais que machin, lui il le fait dans ses GEP et tout ça. Mais je trouve que c'est quand même très dommage d'avoir une hétérogénéité sachant qu'en plus, on a un centre de psycho-traumatisme qui est sur Lille maintenant. Enfin ça fait deux ans maintenant. Euh, Lille et Paris sont les deux centres qui sont, un peu les deux qui montent, tout ça. Et voilà mais bon sang, dans l'université avec le CHRU et tout ça, ce n'est toujours pas intégré, c'est agaçant ! L'année dernière, j'ai essayé de bouger des trucs et tout, et j'avais une fin de non-recevoir. Je suis montée dans les DMG et ça n'a pas marché. Là, le président du DMG, il a changé et du coup faudrait que je le relance là-dessus, pour voir si je peux essayer de mettre ça en place. Mais je m'étais dit, ça peut être vraiment un module qui peut même carrément être sortie. En disant voilà, une fois

ou parfois on fait une conférence sur les violences, voilà. Rien que de faire comprendre le repérage, ça serait énorme. Et puis, de faire une solution un peu locale en disant les références, que vous pouvez avoir c'est ça, ça, ça. Il y a des références nationales et puis sur le plan local, vous avez telles ou telles associations par exemple SOLFA. Donc, il y a plein de choses qu'on peut déjà donner ou des petites coordonnées comme ça. Quand ils partent en stage en plus les internes, ils diffusent toujours la bonne voie, c'est vrai. J'ai des médecins, les maîtres de stage au fur et à mesure, ils emmènent tout ça. Donc ça serait une façon, eux de les nourrir et de nourrir aussi les autres. Je suis sûr qu'il faut partir de la base mais, c'est compliqué. Ce n'est pas inscrit dans le programme national, bah voilà. C'est des solutions qui doivent être fait par fac ou des gens qui sont motivés. Tant que c'est compliqué les grilles de cours et de machins déjà, alors en plus en ce moment avec la COVID.

EB : C'est vrai ! Voilà, merci beaucoup en tout cas.

#### - Entretien 14

EB : Ma première question, que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes s'intégrant dans une nouvelle recommandation de l'HAS ?

MT : Alors c'est bien d'y penser mais, vous savez on a déjà beaucoup de dépistage systématique. Pour tout, que ce soit du bucco-dentaire, la peau, le sein, le frottis, le suivi de pilule. Il faut les bios. Enfin, il y a tellement de choses à voir dans une consultation de 15 minutes, voir 10. Voilà parce qu'il faut aussi nettoyer les chaises et aussi entre deux maintenant. Voilà donc euh, moi j'aime bien mais c'est compliqué. Et je ne peux pas non plus dire à la patiente : «Écoutez, revenez bientôt, parce que je vais vous posez des questions sur le fait que soyez battue ou pas». C'est un peu compliqué à mettre en place.

EB : Donc, dans le cadre d'une consultation, il y a beaucoup de choses ?

MT : Et ça, et c'est un truc qui ne va pas ressortir comme ça. On ne peut pas dire : «Tiens, bah voilà je vous reconvoque pour demain, bah on va parler de ça.». Alors, il y a déjà le temps et puis il y a aussi le fait que la plus part du temps, c'est caché. Donc euh, pff, déjà quand on détecte c'est qu'à mon avis, c'est trop tard, voilà.

EB : Et vous en consultation, quelle est votre pratique ?

MT : La dessus ? Euh, alors moi, je ne suis installée que depuis 2016. Donc ça fait 4 ans. Euh, en 4 ans, j'ai eu 3 histoires sur ce genre de choses. Voilà une affaire, j'ai eu, euh ah oui, oui elle j'étais sûr qu'elle était frappée par son mari parce qu'il venait en consultation avec elle et dans ma tête enfin, déjà sa fille, euh je voyais qu'il y avait des soucis. Et elle, je savais très bien qu'elle prenait pour sa fille. Ça se voyait, j'ai senti. J'ai senti et voilà. Mari très autoritaire, qui ne me laissait pas examiner sa femme de 35 ans. Voilà euh, qui en plus, il était vraiment, comment dire, avec moi il était... (*cherchant le bon terme*).

EB : Désagréable ?

MT : Non, pas du tout, au contraire, beaucoup trop...

EB : Ah ! Dans la séduction, peut-être ?

MT : C'est ça ! Il me fessait carrément de la lèche, pour ne pas que je l'embête quoi.

EB : D'accord.

MT : Et finalement, j'ai réussi à faire sortir le mari pour dire que j'allais l'examiner cette dame au niveau gynéco. Il a accepté, j'étais très étonnée et c'est là que je lui en ai parlé. Parce que cela faisait longtemps que je voulais la voir seule à seule. Et je n'ai jamais réussi. Donc, je lui en ai parlé et je lui ai donné un petit peu les noms et adresses et numéros de téléphone. Surtout, qu'elle devait absolument contacter, en lui disant que moi, je la soutiendrais. Qu'il n'y aurait aucun problème et que socialement, on pouvait faire des choses pour elle, si elle avait besoin de s'isoler etc. Et, je ne l'ai plus jamais revue.

EB : Pour vous, le dépistage, c'est les signes d'alerte, où là, vous allez en parler ?

MT : Ouais, mais sinon j'aurais du mal à déclencher le truc. Parce que je ne me voie pas poser ce genre de questions. Je ne sais pas quel genre de questions je pourrais poser pour essayer de ramener le sujet là-dessus. C'est sûr que moi, s'il n'y a pas de signes d'alerte, je ne me voie pas. Et puis, même à chaque fois que j'en parle finalement, les gens se barrent. C'est ça aussi, c'est que si je ferme le lien et là alors, que je suis quelqu'un qui pourrait potentiellement l'aider, il faut que j'instaure ma relation de confiance. Et là, il y a une dame, pareil, je suspectais un truc et cette fois-ci, j'y suis allée beaucoup plus prudemment. Et bah, elle reste voilà. Par contre, oui elle est toujours avec quoi.

EB : Donc pour vous, les freins du coup ?

MT : Le fait qu'en fait, même si la patiente n'est pas prête à en parler, ça ne marchera pas. Il n'y aura pas d'accroche et au contraire, elle va prendre la mouche, pour moi. C'est un peu comme quand on parle d'alcoolisme aux femmes. Surtout aux femmes, euh c'est un peu pareil, c'est le genre de question où il faut faire vachement gaffe à comment on le fait.

EB : Vous parlez du déni pour l'alcool ?

MT : Là, c'est pareil. C'est exactement la même chose pour moi. C'est un peu le même genre de choses. C'est honteux, on le cache. A partir du moment où le médecin va commencer à poser des questions, soit on fuit, soit on se ferme comme une huître et puis c'est tout. Donc euh moi, la question du dépistage systématique, je ne comprends pas et je ne suis pas pour.

EB : Vous n'êtes pas pour, parce que c'est le côté perdre la patiente de vue ? Et qu'elle ne restera plus en consultation avec vous ?

MT : Oui, voilà c'est ça. Moi personnellement, j'ai largement assez de patients, c'est pas du tout la question de perdre une cliente. C'est vraiment juste que je me dis que j'instaure un lien avec quelqu'un et le moment où je commence à aborder un sujet un peu épineux, ce n'est pas le moment, qu'il se barre.

EB : Et vous, en termes de prises en charge, est-ce que vous avez des appréhensions ? Après le dépistage, est-ce que ça pourrait être un frein parce qu'il y a des choses que vous ne savez pas faire ?

MT : Tout à fait.

EB : Qu'est-ce qui vous gêne dans la prise en charge si quelqu'un vous le dit ?

MT : Je pense que, euh, ça serait vraiment compliqué pour moi. Parce que, euh bon, la première chose que je donne évidemment c'est les numéros d'écoute. Là, je m'étais

renseignée, j'avais trouvé. Enfin là, je ne l'ai plus mais je l'avais noté dans mon carnet (*parle du 3919*). Je donne ce numéro-là. Je l'ai appelé en fait. Avant d'agir pour ma patiente, je les ai appelés pour demander comment ils allaient faire. Je voulais vraiment savoir. Du coup, j'avais pu expliquer concrètement à la patiente ce qu'il y allait se passer. Euh la deuxième chose, euh, alors évidemment, faire un certificat initial. Ça, ça ne me pose pas de problème, j'ai l'habitude d'en faire. Donc, je pourrais le faire, je ne suis pas agrée. Mais après, il suffit d'aller voir un légiste et puis voilà. Puis, je fais exprès de mettre les ITT au plafond, comme ça, il sera forcément réévalué, ça c'est mon petit truc. Euh après, c'est sûr que d'un point de vue, comment dire, quand bien même elle va porter plainte, elle va rentrer chez elle quoi. Mais ça, les numéros d'écoute, ils ont des solutions pour ça. Pour un logement d'urgence. Donc là-dessus, je me disais au moins, elle peut porter plainte. Elle appelle. Elle se fait loger ou plutôt non, il faut qu'elle soit sûr de se faire loger avant de porter plainte. Et, elle le fera peut-être à un moment où elle me fera confiance. Et il y aura peut-être à un moment où. Voilà là, cette dame que je vois régulièrement, quand elle n'est pas venue avec son mari : «Alors ça va, il ne vous frappe plus ?» et le dialogue est ouvert. Et il n'y a pas de problèmes et je ré-insiste sur le fait que si jamais cela recommence, moi je veux que, mais bon.

EB : Très bien et du coup, qu'est-ce que vous pensez de l'applicabilité de la recommandation à tous les médecins généralistes ?

MT : Moi, je ne vois pas franchement. Je ne vois pas. Enfin, rien que déjà il y a certains sujets que l'on ne peut pas aborder comme ça. Ce n'est pas possible, même la question des vaccins, vous savez il y a des fois, on tourne trois fois la langue dans sa bouche avant de dire : «Bon bah vous en êtes où des vaccins ?». On sait très bien qu'on va potentiellement encore se retrouver contre un anti-vaccinal. On ne peut pas poser toutes les questions qu'on veut comme ça. Il faut préparer un peu le terrain et faire en sorte que ça accroche. Enfin bon, les vaccins je rigole, je le fais de toute de façon. Ça, je m'en fous, s'ils sont contres, ils n'ont qu'à se barrer. Mais par contre, le sujet des femmes battues, le jour où je l'aborde, c'est que vraiment, vraiment, je suis sûre de moi et que j'ai déjà prévue ce que j'allais lui proposer derrière.

EB : Maintenant c'est une autre partie, c'est plutôt pour trouver des solutions. Là, la question c'est quelle sont vos ressources quand vous êtes face à une patiente. Vos outils en consultation, vos ressources. Qu'est-ce que vous allez voir ? Vous parliez du numéro 3919, que vous même, vous appelez pour avoir les informations. Les certificats médicaux, vous vous servez aussi des médecins légistes pour le médico-légal. Est-ce qu'il y a d'autres choses dont vous vous servez ?

MT : Il y a aussi la possibilité, alors moins depuis la période COVID, ça c'est raté. Mais, j'étais en contact avec une assistante sociale de la Sécu. Elle était vraiment disponible. Et on pouvait les appeler nous-même et je pense que je les aurais appelés pour cette dame si vraiment, j'avais pu. Si le numéro d'écoute n'avais pas été opérationnel.

EB : Questions d'hébergements plutôt du coup ?

MT : Ah oui, moi c'est vraiment d'un point de vue pratique quoi. Après c'est sûr que la prise en charge psychologique, ça viendra derrière quoi.

EB : Et l'ordinateur ? Vous vous en servez ? Enfin pour trouver par exemple les numéros ?

MT : J'ai déjà ma petite liste. L'ordinateur, il n'y a pas grand-chose pour moi là-dessus, non.

EB : Ok, et en consultation pour vous, quel serait l'outil idéal finalement pour le dépistage et

pour la prise en charge ou pour les deux ? Quel outils, verriez-vous ?

MT : hum (*en réfléchissant*).

EB : Ou, que vous utilisez déjà, je ne sais pas si le 3919, c'est déjà pour vous quelque chose de suffisant.

MT : Ah de prise en charge, un outil de prise en charge. Ah bah oui, si, si, c'est le 3919, clairement. Pour moi, il n'y a pas d'autre outil. Je pense que c'est vraiment le plus utile. Quand je les ai appelés, j'ai vu que c'était très complet. Je pense qu'on peut faire confiance. Mais par contre le commissariat, non, ils ne sont pas réactifs.

EB : Ça, ça peut être aussi un frein ?

MT : C'est que je sais que derrière, ça ne va pas suivre.

EB : Que pensez-vous d'une fiche réflexe, cela pourrait vous servir au cabinet ?

MT : Ah oui, tout à fait. Déjà par exemple, c'était le début, c'était au tout début de mon installation, j'étais moins expérimentée. J'étais beaucoup moins expérimentée. Encore, ce mari qui était extrêmement enfin qui intervenait tout le temps. Qui avait vraiment un ego surdimensionné. Je pense que maintenant, si je me retrouve à nouveau face à une situation, ça va faire tilt. Ça, peut être qu'on pourrait voilà, ça pourrait être dans la fiche par exemple. Le comportement du conjoint, pourquoi est-ce qu'il vient à chaque fois en consultation avec ? Pourquoi ?

EB : Et du coup, vous voudriez voir quoi d'autres sur cette fiche, pour vous aider en consultation ?

MT : En consultation traumatologique, c'est quelqu'un qui vient en disant je n'arrête pas de chuter. C'est vrai que la précédente patiente, j'ai mis un peu de temps à comprendre.

EB : Et au niveau plus, comme vous le disiez, un peu pratico-pratique, qu'est-ce que vous verriez sur cette fiche ? Des numéros, on peut les remettre ?

MT : Oui carrément. Les certificats, j'en ai un prêt à disposition dans mon ordinateur qui a été fait par un huissier qui partage son bureau avec un médecin expert donc... Il y a juste à remplir des chiffres, c'est tout.

EB : D'accord. D'autres choses sur cette fiche ?

MT : Hum (*en réfléchissant*), après euh, enfin voilà, on a pas tous de la chance d'avoir un médecin expert qui nous fait des certifs tout fait. Donc, c'est hyper important et puis bien rappeler que les ITT sur cette fiche, il faut vraiment rappeler. Et on met ce qu'on veut, donc il faut mettre le plus, c'est hyper intéressant en fait. Même pour un petit coup, on s'en fout. Après, qu'est-ce qu'on peut mettre de plus sur cette fiche réflexe, hum, après franchement moi, je n'ai eu que trois cas.

EB : Ah bah, c'est déjà pas mal, on est déjà pas mal.

MT : Ouais, mais moi je reste persuadée qu'il y en a beaucoup plus auxquels je n'ai pas pensé. Parce qu'en fait, on ne pense jamais qu'à un moment-là, cette dame, c'était un milieu très particulier et je, voilà. Mais l'autre patiente ou la dernière que je suis, en train de suivre,

rah, je suis un peu tombée des nues, quand j'ai commencé à m'en douter, et qu'elle m'a dit qu'elle se faisait battre.

EB : Vous ne pensiez pas du tout à cette gravité-là ?

MT : Pas du tout, pas du tout, et son mari je le connais, je le suis hein !

EB : Cela ne vous a pas empêché de prendre en charge la patiente ?

MT : Alors c'est sûr que j'ai changé d'avis dessus. Je le trouvais sympa quand tout va bien. Mais bon du coup maintenant, je suis beaucoup plus lucide, c'est sûr. Mais hum, comment dire, non je ne pense pas que ce soit un frein. Parce qu'en fait, si je les vois séparément pour moi, c'est deux choses complètement différentes. C'est vraiment très cloisonné, deux consultations. Par contre, c'est sûr qu'on voit souvent des couples hein. Peut-être qu'il faudrait arrêter ça ?

EB : Faire des consultations séparées, ça peut être une solution ?

MT : Par contre euh, c'est au niveau du temps où c'est compliqué quoi. C'est tellement simple de faire rentrer un couple !

EB : Et juste en revenant sur la fiche réflexe, vous la verriez plutôt informatisée ou plutôt en papier ou quelque chose de ?

MT : Hum, pff, il faut voir quel est le mode de distribution. Le plus simple par exemple, s'il est informatique, vous avez genre un peu comme les sites répertoriés. Il y a un site qui est très bien qui répertorie tous les sites médicaux. Si vous arrivez à rentrer là-dessus, effectivement c'est une super idée. Maintenant c'est vrai que moi, le format papier, j'aime bien, sauf si voilà.

EB : Selon la pratique et la diffusion du coup. Je vous montre rapidement les fiches de l'HAS. Donc vraiment deux PDF, il y a la partie comment repérer et comment évaluer. Qu'en pensez-vous ?

MT : On peut se demander, si les gens qui ont pondu ces questions, ont déjà fait une consultation de médecine générale. Franchement c'est euh, vraiment euh. Alors moi, ça ne me dérange pas, c'est vrai que ça m'arrive de me fier à des questionnaires, par exemple pour des dépressions parce que c'est pratique. Ce n'est pas que c'est hyper bien et que j'adore ça, mais un questionnaire sur ce sujet-là, mais c'est complètement inhumain quoi ! Euh c'est euh, je ne comprends pas. Enfin, comment on peut amener à poser des questions pareilles ! Enfin genre la patiente s'assoit, elle me dit : "Bah voilà j'ai un petit rhume ". Bon très bien, tient le petit rhume, il n'y a rien, bon, très bien, on fait une PCR. Bon alors sinon, comment on aborde ça, vous voyez ?

EB : Les premières questions, comment ça va à la maison ? Avec votre conjoint comment ça se passe ?

MT : Oui, je la pose très souvent. Enfin : «Voilà, comment vous sentez vous à la maison ?». Ça, je le dit souvent, vraiment je la pose très souvent. Mais c'est aussi pour voir comment ça se passe en ce moment : «Est-ce qu'il y a des nouvelles choses ? Comment vous vous sentez en ce moment, ça va ?». Je la pose systématiquement la question tous les quarts d'heure. Par contre, ouais en cas de dispute : «Comment ça se passe les rapports intimes ?» bah pff, c'est un truc que moi j'aborde si elle en parle.

EB : Il faudrait des questions un peu plus ouvertes ?

MT : Oui la première, est très bien effectivement : «Comment vous sentez vous à la maison ?»

EB : Donc du coup, questions ouvertes, et pas aller dans les détails quoi pour vous pour la première partie.

MT : Mais par contre, à partir du moment où on sent qu'il y a quelque chose, je pense que ça peut être pas mal. Parce que moi, clairement quand quelqu'un ne va pas bien, je dis toujours : «Bon ça se passe comment au travail ? D'accord et votre copain, ça va ? Il y a des problèmes de couples ? D'accord, des problèmes de couples, qu'est ce qui se passe exactement ?». Enfin voilà, je ne vais pas dire : «Il vous frappe ?». Non, non, ce n'est pas comme ça que ça marche. C'est vraiment questions ouvertes en général et on voit si elle veut s'engouffrer. Non moi, je pense qu'il faut vraiment laisser le patient venir. Parce que sinon, il s'en va, et ça m'est déjà arrivé.

EB : Ok. Là vous m'en parlez des signes physiques, la traumatologie, est-ce qu'on énumère tout ?

MT : Non, moi je pense que c'est vraiment une patiente qui vient pour plusieurs des motifs. Traumatologique tout simplement c'est que trente, quarante ou vingt ans, on n'est pas censé venir. Ça, je pense que c'est important de se remettre en tête que c'est important. De toute façon, tout troubles psychologiques, pour moi, fait l'objet d'une question sur le couple. Le couple, le travail, les enfants et les amis (*en continuant à lire la sémiologie de la fiche HAS*). Forcément après santé sexuelle, euh pff, infections génitales à répétition, je ne vois pas trop hein. Il y a des choses, c'est un peu tiré par les cheveux. C'est un peu bizarre, je ne vois pas trop le lien. Enfin, il faut vraiment que le gars, ce soit un enfoiré. Qu'il aille un peu partout et qu'ensuite, il revienne à sa femme. C'est un peu abusé quand même. Bon, je ne sais pas. Alors c'est sûr que tout ce qui est grossesses non désirées, complications obstétricales et fœtales, ça je suis d'accord. C'est quand même intéressant. Mais non, ou alors troubles physiques, ça c'est pas mal. Par contre, les signes fonctionnels, ça je n'y aurais pas pensé. J'ai eu une patiente qui a été victime de viol et en fait, je l'ai vue pendant 5 ou 6 mois pour des troubles fonctionnels intestinaux. Et après, ça a été mieux le ventre, bizarrement.

EB : Parce qu'elle a fait sa prise en charge ?

MT : Je l'ai adressé à Arras en PTSD. Et ça a bien marché, mais voilà c'est compliqué des fois. Mais c'est vrai oui, les troubles fonctionnels, plaintes itératives, mais ils ne s'en rendent pas compte. C'est qu'en fait avec plaintes vagues multiples et inexplicables, je vois 30 patients par jour, c'est 30 fois par jour. Qu'est-ce qu'il croit, c'est un peu vague. Bon après, bah là, je vais surtout me fier aux lésions traumatiques à répétition, parce que sinon c'est vraiment trop général. C'est tout le monde en fait qui rentre là-dedans, ce n'est pas possible. Les mésusages médicamenteux, oui et puis par contre, les troubles psychologiques, tous troubles psychologiques pour moi, c'est une porte d'entrée. Moi, je pense que les troubles physiques, on peut les résumer, surtout sur les signes traumatiques. Les troubles psychos, on peut. Les troubles de la santé sexuelle reproductive, je pense qu'on peut laisser tel quel. Quitte à peut-être parler effectivement, de la grossesse compliquée. Je séparerais les deux histoires, voilà.

EB : Donc, les items sans les détails ?

MT : Tout ça, pour moi c'est vraiment de l'évidence. Mais, je ne suis pas sûre que ça aille. Les facteurs de risque, je pense qu'on peut juste mettre facteurs de risque parce qu'évidemment, hum, ça me semble assez évident. Tiens, j'ai encore un autre cas de violence. Dis donc, c'est en y repensant, c'est dingue. Et dès que je veux faire quelque chose, en fait ça ne marche pas. La patiente là, en fait elle a quitté son conjoint. Maintenant, elle n'est plus avec, en fait. Elle a fait déjà ce qu'il faut et la mesure d'éloignement policière. Elle est censée marcher mais, elle ne marche pas. Bon, des menaces, il lui a fracturé sa porte plusieurs fois. Enfin voilà, de toute façon la police... (*d'un air de dire qu'elle n'est pas «efficace»*). C'est dingue le nombre de cas que l'on retrouve en en reparlant. J'ai essayé de réfléchir à tout ça enfin, je n'en ai pas tant que ça. Mais si en fait, j'en ai plein ! Mais en fait, on est assez, euh... (*dans le sens impuissant*). Ils sont marrant l'HAS, on ne fait pas grand-chose. Alors ceci dit, la patiente qui a fugué là, euh, que j'ai perdue de vue. En fait, je m'occupe de son ex-mari et euh, qui me tient au courant régulièrement de sa situation. En fait, elle l'a quitté ce gars, un mois après la consultation.

EB : D'accord, peut-être que ça a déclenché quelque chose ?

MT : Je ne sais pas, en tout cas, elle a fini par le quitter tant mieux. Je ne sais pas ça, moi je ne le mettrais pas, les facteurs de risques associés, c'est trop vague. Oui, par contre c'est sûr que, oui c'est assez intéressant effectivement : «partenaire accompagnant trop impliqué», ça je n'y aurais pas pensée au départ. Maintenant, je le sais mais c'est trop tard. Évaluation des signes de gravité, hum, les signes de gravité sont toujours là en fait. C'est quelque chose de systématique. On ne sait pas jusqu'où il va aller, on n'est pas là. En fait, peu importe les signes de gravité. De toute façon, il faut agir. Une question ou deux ouvertes, pour essayer de rentrer dans le sujet.

EB : Une ou deux questions, certificat médical, est-ce qu'on l'intègre dans la fiche réflexe ?

MT : Ah, oui, oui, je pense. Parce que ça, c'est un truc que les généralistes... On n'est pas très, très bien formé à ça. C'est ce qui fait le plus peur aux jeunes médecins. On a toujours peur de faire un certif. Donc, je pense que c'est intéressant. Même moi, je conseillerais même de mettre un truc type pour dire que c'est sur internet. On met un fichier WORD type, avec des petits points, genre qu'on imprime et qu'on remplit à la main quoi. Ouais, ça c'est quelque chose de vraiment hyper facile à mettre. Nous, c'est ce qu'on a, c'est comme ça que je le remplis mon truc moi. Ça me permettrait de ne rien oublier et de ne pas faire de bêtises.

EB : D'accord, et là du coup les numéros (*en montrant ceux de la fiche*) ?

MT : Ah oui ça il faut. Alors le 115, pff, mais ici c'est une catastrophe. Un jour, il faisait moins dix dehors, j'avais un clochard qui est venu pieds nus s'installer en salle d'attente. Bon bah du coup, on l'a gardé jusqu'à ce que le 115 arrive, mais ils ne sont pas venus quoi. Donc à part appeler une ambulance pour aller aux urgences quoi. Le 115, j'ai appelé vers 13h et rien. De toute façon, ce n'est pas à nous d'appeler pour elle, enfin je ne pense pas que ce soit intéressant, c'est vraiment le 3919.

EB : Ok, est-ce que vous voyez d'autres choses par rapport aux fiches ?

MT : Euh non, mais je suis vraiment surprise de cette reco parce que, pff.

EB : Et en termes de santé publique, est-ce que vous verriez des choses ? Des actions, des moyens ? Des actions correctrices pour favoriser le dépistage ou la prise en charge ?

MT : Ouais, bah déjà le 3919, le faire afficher vraiment partout. En fait, je trouve qu'ils sont

vraiment efficaces et qu'il n'y a pas besoin de passer par moi forcément. Je trouve que c'est compliqué de passer par une tierce personne. Enfin, un super numéro, il faut vraiment appeler. Donc, il faut vraiment le diffuser.

EB : D'accord, donc vraiment diffusion du 3919 en termes d'orientation. Est-ce qu'il y a quelque chose à modifier pour les patientes ? Pour la prise en charge ? Vous avez tout ce qu'il faut de votre côté ?

MT : Oh oui, je ne vois pas trop comment on peut améliorer cette situation. C'est un problème qui est tellement complexe, que je ne vois pas trop ce qu'on peut faire de plus, c'est très, très compliqué. Et bah, une ligne directe vers les assistantes sociales ! Ça, ça serait génial. Vraiment, nous ça va à Béthune. Elles sont cool, mais pas partout. Moi, je pense vraiment que le médecin généraliste devrait avoir une ligne directe vers les assistantes sociales, que ce soit à l'hôpital, que ce soit en ville. Enfin moi, ça va, j'ai des connaissances, mais c'est hyper utile dans ces cas. Et pour moi, le 3919, c'est un truc à faire diffuser. Je pense qu'après, c'est sur l'éducation des jeunes, dès l'école. Commencer, rabâcher tout le temps. Et ne pas laisser passer certains comportements qui à mon avis ne sont pas voilà, euh. Je m'en rappelle, moi déjà au collège/lycée, il y a avait des gamins qui avaient des comportements pas forcément... (*dans le sens réglementaire*), envers les femmes. Je pense qu'on n'a pas, on n'a pas cette prévention sur ces gamins-là. Alors après, oui il y a des vrais psychopathes, leur place est en prison, voilà. Ils ne sont pas adaptables à la société. Mais je vous parle des gamins, où c'est juste un manque d'éducation ou parce qu'à la maison, c'est déjà comme ça.

EB : Donc, on n'a pas beaucoup de prévention en médecine scolaire sur les violences ?

MT : Exactement. Alors que s'il y avait peut-être, je sais que les profs ont beaucoup à faire, ce n'est pas la question, mais par exemple en éducation civique, pourquoi ne pas introduire le sujet ? C'est hyper intéressant et peut être que ça amenait des choses en place et que l'on pourrait parler aussi avec l'infirmière scolaire, pourquoi pas. Elle même pourrait détecter des problèmes à la maison, si le gamin il dit : «bah ouais, ma mère, elle se fait frapper.». C'est vrai franchement, on pourrait introduire ce genre de sujet beaucoup plus facilement que trop tard, une fois que le gamin il a vu sa mère se faire battre toute sa vie.

EB : Et qu'il va peut-être reproduire le schéma lui-même après.

MT : Bah évidemment, et puis on n'en parle pas beaucoup des hommes battus aussi.

EB : Oui, donc peut être étendre le sujet sur les hommes battus aussi ?

MT : Oui, je pense qu'on n'en parle pas hein, moi j'ai eu le cas. C'est encore pire, déjà les femmes j'ai du mal, mais les hommes battus... De toute façon, dès qu'on fait un sujet, dès qu'on fait un cours ça nous remet forcément un coup de fouet sur le sujet. Bon après on s'épuise mais, maintenant oui. Je passe beaucoup, beaucoup de temps sur le bien être psychologique des gens. J'aime bien. Enfin, souvent je connais, enfin je parle de situations. Je pense qu'avec les gens et s'ils ont besoin de me parler de choses, généralement ça se débloque assez vite. Ce genre de sujet, c'est un truc auquel j'essaie de faire attention maintenant. Je me sens bloquée, vu ce qu'il m'est déjà arrivée à chaque fois, on ne sert à rien.

EB : La frustration, est-elle un frein pour continuer à le faire ?

MT : Non, non, on continue à le faire. Mais ça reste frustrant en fait. C'est que là, la dame,

elle reste avec le mari. Donc, je surveille de loin.

EB : L'impuissance face à ça, tant que la femme à envie de rester ?

MT : Ouais, c'est ça.

EB : Et du coup, ma prochaine question est de l'ordre de l'actualité, en juillet 2020, le sénat a adopté une proposition de loi, proposée par l'assemblée nationale, visant à protéger les victimes de violences conjugales avec avis favorable de l'Ordre des médecins. Il est désormais possible pour les professionnels de santé de signaler à la justice les victimes de violences conjugales en danger vital immédiat et sous emprise, une proposition issue du Grenelle sur les violences conjugales de novembre 2019. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : Donc en gros, la dame n'est pas d'accord, mais je sais qu'elle est en péril imminent, donc je vais quand même faire une déclaration mais à qui ?

EB : Alors du coup, c'est au procureur. Enfin, c'est un procureur spécialisé des violences conjugales. Alors c'est tout neuf, ça vient juste d'arriver. Moi ma question est très ouverte, c'est qu'est-ce que vous pensez de la possibilité de la levée du secret médical pour les périls imminents chez les femmes ?

MT : Je ne suis pas sûr qu'on ait le droit de faire ça. Je n'en reviens pas que ça passe. Éthiquement, je n'en reviens pas. Non pour moi, ces femmes, même si elles sont battues, elles ne sont ni psychotiques, ni suicidaires, ni tout. Ce que vous voulez, le jour où les dames vont savoir que j'ai le droit de les dénoncer à un procureur, qu'est ce qui va se passer quoi ? Alors là, pour rechercher les violences conjugales, merci bien. C'est sûr que d'un point de vue pratique, je vois très bien ce que ça amène. C'est à dire que cette dame-là, je ne lui aurais même pas parlé, que cette dame est en danger. Les flics débarquent et puis voilà. Enfin, la rupture de confiance, pff. Déontologiquement, je ne peux pas faire ça moi ! Sur un patient psychotique ou qui n'est plus apte à réfléchir, je trouve que tout ce qui est hospitalisation sous contrainte, c'est justifié. Parce qu'il n'a plus son jugement. Ces femmes-là, elles ont leur jugement, on ne peut pas faire ça. Enfin, ça va vraiment passer ?

EB : Oui.

MT : Ah bah pour moi, c'est une catastrophe. Et les procureurs, ils sont bien gentils mais ils n'ont même plus assez de moyens pour faire des procès normaux et pour s'occuper des maris qui sont violents avec les femmes. Donc, si on veut développer des moyens, il faudrait déjà travailler là-dessus et sur les femmes violées et sur tout ça là, enfin. C'est vraiment... En fait, ce qui risque de se passer, imaginons, je dis : «Bah voilà monsieur le procureur, il y a cette femme-là». Enfin ils vont peut-être, mais derrière, il n'y aura certainement pas les moyens puisqu'on ne les a déjà pas. C'est encore plus dangereux, c'est une catastrophe. Déjà d'un point de vue éthique, c'est une horreur et d'un point de vue pratique, c'est impossible. Ils auraient mieux fait de mettre le paquet sur d'autres choses. Parce que les dérogations, il n'y en a pas des masses !

EB : Oui et là, ça en fait partie. Et dernière petite question, qu'est-ce que vous pensez de la médiatisation du sujet ?

MT : Moi, je suis féministe convaincue. Je trouve ça génial. C'est vraiment génial et puis, il y a eu vraiment un vrai changement de mentalité. Enfin je trouve vraiment, il y a eu quelque

chose qui s'est passé. C'est à dire qu'avant voilà, je m'en rappelle très bien, j'étais dans le métro, on me met une main au cul, on ne réagit pas forcément quoi. Alors que maintenant, je pense que je réagirais. C'est fou la différence de mentalité que l'on peut avoir sur des sujets comme ça. Je pense que c'est vraiment intéressant. Après, j'ai eu une discussion avec mon mari qui n'est pas du tout d'accord : «Ouais n'importe quoi, on ne vous traite pas comme ça.». Enfin lui, il est gentil, mais on ne lui a jamais touché le cul dans le métro. Il ne s'imagine pas hein. Donc non, enfin, on n'est pas des petites choses mais quand même on subit plus qu'eux. Non, je trouve que, enfin j'espère, que ça va remettre un peu de plomb dans la cervelle de gamines, de ces collégiennes. Je suis très étonnée de leurs changements, de voir les choses. Mais vraiment, elles sont, au contraire... Moi, je trouve autant notre génération, est celle qui en a marre, autant je trouve que les collégiennes, les lycéennes, elles se laissent faire quoi. Enfin, elles ont une attitude vis à vis de leur petit copain, complètement soumise. Enfin, je ne sais pas, peut-être que ça dépend des régions, mais moi je suis vraiment surprise.

EB : Vous, c'est ce que vous ressentez à l'heure actuelle ?

MT : Ah bah complètement. Et on leur montre ça, enfin ce qu'elles voient des soumissions de la femme à l'homme, enfin je n'en sais rien franchement ça craint. J'en ai une, elle vit chez son copain et son copain a un chien. Le chien a des puces et elle n'arrête pas de se gratter tout le temps. Et je lui dis : «Là ça fait deux fois que je vous traite, il y a un moment où il va peut-être falloir faire quelque chose pour le chien !», réponse : «Mon copain ne veut pas !». Mais alors moi, depuis longtemps je serais partie, bah je dis alors à mon copain : «c'est soit le chien ou moi». Enfin, ça me semble logique. Enfin, c'est n'importe quoi ! Du coup, j'ai fait une lettre au véto, enfin bref ça c'est un premier exemple. Deuxième exemple, c'est les gamines, elles se rasent intégralement. Vous n'avez jamais vu ça avant. Elles sont pleines de furoncles les gamines, parce que dans les films de cul, c'est comme que ça que ça se passe. Et leur éducation sexuelle, c'est fait là-dessus. Alors, je me demande si elles subissent parce qu'à mon avis c'est ça. Enfin, elles se rasent tous les jours intégralement, mais c'est de la folie. Enfin, je ne sais pas c'est quoi cette soumission ! C'est une catastrophe, je les engueule tout le temps ! Qu'est-ce que c'est que cet exemple-là, alors je ne sais pas si c'est une soumission à l'homme ou c'est un effet de mode ? Il y a quand même un sacré problème, qu'est-ce qui se passe dans leur tête ? Je ne comprends pas.

EB : C'est une bonne question ! Ma dernière question, c'est juste par rapport à la médiatisation, est-ce que vous ça a changé votre pratique, est-ce que vous avez vu des choses se modifier ou pas du tout ?

MT : Non, pas du tout. Non, parce que c'est trop lent, ça ne peut pas se passer en deux mois, ce n'est pas possible. C'est une révolution que l'on mène depuis 1968, qu'on la mène et même avant le rôle des femmes en France, ce n'est pas glorieux. On est un pays latin !

EB : Bah écoutez, j'ai fini. Je ne sais pas si vous avez des choses à rajouter ?

MT : Non, je pense que c'est bon, non. Après sur les violences, je me méfie énormément, parce qu'on est capable d'ouvrir certaines portes qu'il ne faut pas ouvrir. Je pense que là, c'est une question qui doit ressortir avec un professionnel de soin apte à le faire. Parce que si une patiente me sort et que derrière moi, je ne suis pas capable de lui proposer une consultation adaptée et qu'elle n'en a pas envie, et bien, je ne peux rien en faire. Je ne suis pas psychologue, je ne suis que médecin généraliste moi. Ça le PTSD, je connais un peu mais ce n'est pas mon métier du tout. Je ne sais pas faire, je ne sais pas faire tout ça. Je ne vais pas me lancer, c'est dangereux. Les psychothérapies, je suis incapable d'en faire. Ce n'est pas mon métier moi. En fait, ce que je fais, j'ouvre une porte et je leur dis : «Il faut

absolument que vous en parliez avec un psycho ou quelqu'un.» Moi, je ne le sens pas ce genre de questions ouvertes. Il y en a plein qui ne veulent pas consulter quelqu'un d'autre. Moi, j'ai des sacrées histoires sur les bras et ils ne veulent pas consulter quelqu'un d'autre et ça c'est dur. Autant pour lui que pour moi même. Cela peut amener une certaine déception. Donc euh, je fais très attention. Autant, je discute énormément sur les faits récents où je sais que le patient sera d'accord pour une prise en charge, etc. Autant, il y a certaines fois où, pff, il faut se méfier quoi. Enfin sauf si il est suicidaire et qu'il y a une urgence, là par contre j'ouvre les portes, c'est évident. Mais il faut faire très attention aux portes que l'on ouvre. Et il faut, en fait, d'abord arriver à ce que le patient ait confiance et qu'il accepte, qu'on ait une aide extérieure. Et qu'on soit lui, le psychiatre et moi parce que pff. Oui, parce que le jour où le patient s'ouvre, il faut être au taquet. Je n'aime pas le mot dépistage systématique, sauf pour certains. Enfin voilà, quand ça parle de cancer du sein et cancer du côlon, de vaccins, voilà tout ça, ça me semble facile. Mais là, on touche quand même à quelque chose de très compliqué, on ne peut pas faire du systématique sur un truc compliqué, voilà. Je pense que c'est ça en fait, il faut vraiment enfin. On ne peut pas appliquer quelque chose, enfin chaque cas est tellement différent. Je ne sais pas, bon après j'imagine qu'on n'était pas trop tous d'accord sur cette reco ? Fin voilà.

EB : Ça fait beaucoup débat effectivement. J'ai laissé tourner jusqu'au bout le dictaphone, parce qu'il y a des idées encore qui tournent, donc là je vais l'arrêter, merci beaucoup en tout cas.

#### **- Entretien 15**

EB : Ma première question est que pensez-vous du dépistage systématique des violences chez les femmes s'intégrant dans une nouvelle recommandation de l'HAS ?

MT : Ce que je ne fais pas pour l'instant quoi. Après tu vois c'est spéciale, parce que regarde, la gynéco, ils viennent la voir une fois quoi, tu travailles sur un mode vertical, tu vois, à l'instant T. Moi, je les vois sur la durée mes patientes, donc euh, quand il y a des trucs qui ne vont pas, c'est rare de passer à côté. Des trucs comme ça, je veux dire, c'est clair. J'ai eu deux, trois, quatre noms. Trois, quatre souvenirs, pas plus. Voilà mais euh, je ne fais pas de dépistage systématique. Les gens, ils parlent tu vois, ils parlent. Les enfants, ils parlent à leur médecin généraliste, ils parlent les gens.

EB : Comme vous les voyez tous les jours, vous reconnaissez dès qu'il y a un petit changement ?

MT : Je ne les vois pas tous les jours, mais oui, je les connais depuis des années.

EB : Oui, donc quand il y a un changement de comportement, vous le voyez direct.

MT : Tu vois, le couple de vieux qui arrivent hyper souriants, ça va. Tu en as pas un qui fait la gueule, tu les vois ensemble, c'est sûr tu peux passer à côté de plein de trucs, hein. Si tu regardes les chiffres d'inceste et tout ça, tu te dis merde forcément... (sans finir la phrase, dans le sens il y en a). Mais tu ne sais pas. Violences sur les enfants, euh j'ai vu ça une seule fois, tu vois en quinze ans, ouais. Une seule fois les gens, ils sont venus. Les violences conjugales, je n'ai pas beaucoup d'expérience.

EB : Et donc tout simplement, ma première question c'est qu'est-ce que vous pensez de ce dépistage systématique ?

MT : Je pense, qu'on peut dépister beaucoup de choses tu vois. Euh, est-ce que ce n'est pas

trop intrusif non ? Est-ce que ça protège la victime, l'éventuelle, victime bien sûr ! Elles sont là. Si tu peux demander systématiquement à chaque enfant s'il reçoit des claques, s'il a déjà reçu une claque dans sa vie ou après la sexualité, c'est pareil, c'est difficile de poser la question à chaque fois ou une fois par an : «Tiens, on est au mois de décembre, tiens comment ça va avec votre conjoint ?». Donc, en systématique, euh non. Je me vois mal noter dans le dossier, une fois par an ou tous les six mois si ça va. Voilà, enfin moi je le vois pas comme ça. J'ai du mal à ce que ce soit imposé. Tu vois, je n'aimerais pas qu'il y ait des obligations légales, que ce soit imposé de manière... Ça me ferait chier, tu vois.

EB : Ok, et quels sont les freins en consultation de manière générale ?

MT : Bah c'est plutôt l'utilité. Moi, je pense qu'on passe moins à côté. Soit il y a des coups vraiment visibles, soit tout le monde va le voir la famille, les voisins, etc. Je pense que la plupart du temps les policiers, ils sont au courant avant nous les médecins, quand c'est du sérieux quoi. Tu vois après, ils vont voir les flics et après moi je viens après, et ils viennent pour faire un certificat de blessures. Mais comment dire, oui euh, pff, les freins. Non, en fait comment dire les freins, en fait il n'y en a pas des freins. Peut-être, ouais l'utilité quoi. L'utilité d'un dépistage de masse. Pour ça, après pourquoi pas, je ne suis pas contre, je ne dis pas que je suis contre, hein. Mais vu que pour moi ce n'est pas utile... En fait pour moi, ça dépend vachement du secteur et de la patientèle. Tu vois, ça dépend de la région, du type de clientèle, c'est sûr qu'il y a des clientèles plus ou moins difficiles avec des populations plus ou moins agressives. Mais ici, c'est particulier. Mais bon, bien sûr qu'il y a des violences conjugales, ça c'est sûr. Mais je pense qu'on ne passe pas à côté. C'est utile de dépister poser la question systématiquement ? Bah écoute, je ne sais pas. Quand il y a des problèmes d'alcoolisme, quand elle parle de problèmes de couple, euh le mari qui gueule ou qui boit trop, je leur demande s'il la frappe et bien sûr, je demande. Ça m'est déjà arrivé. Mais sinon, à chaque femme que je vois, chaque femme en couple. D'ailleurs les deux dernières que j'ai eu, en fait c'est des ex. Les deux fois, c'est des ex qui revenaient, qui retrouvaient le logement, donc j'ai vu deux fois des traces de strangulations, des ecchymoses, etc., avec une prise en charge judiciaire.

EB : Donc votre dépistage, (...)

MT : *(En me coupant la parole)* Ah ouais, moi je la pose cette question-là : «Comment ça se passe à la maison ?» mais pas dans un but de dépistage. Tu vois, je le fais ouais. Ça se passe bien à la maison, le couple. Sauf que tu vois, je pense plus aux trucs, euh aux relations. S'il n'y en a pas un qui déprime. Mais, je ne pense pas aux violences conjugales. Mais c'est une question que je pose régulièrement. Tu sais, comment ça se passe, les gens qui discutent vachement d'autres choses que du somatique.

EB : Oui, donc en résumant, on a l'impression qu'avec vos patients, ils s'ouvrent facilement, vous les connaissaient bien et que finalement, ça se voit entre guillemets sur leur visage s'il y a un problème ou autres.

MT : Bah ouais, bien sûr !

EB : Ok, et du coup cette recommandation là, vous pensez qu'en pratique, elle est applicable à tous les médecins généralistes ?

MT : Toi aussi tu veux faire médecine générale hein ? Toutes tes patientes au moins une fois, tu leur demanderas, mais tu leur demanderas combien ? Tous les 6 mois, tous les un an, à chaque fois ? En fait, à chaque patiente, en gros tu demandes, qu'est-ce qui vous amène, qu'est-ce que je peux faire pour vous, et le patient, même s'il vient pour un vaccin ou quoi, je

fais : «Bon, comment va quoi ?», et puis euh, si j'ai des points d'appel : «Qu'est-ce qui ce passe nah nah nah» et tout, et on parle. Ça, la maison, qu'est-ce qui ce passe, on parle. Voilà, on fait le point. Donc en fait, je sais comment ça se passe. Tu vois quand tu connais depuis 20 ans tes patients, tu vois s'ils ne vont pas bien, s'ils n'ont pas le moral ou quoi.

EB : Et actuellement, vous avez des ressources ? Quels sont vos outils en consultation ?

MT : Ouais, je leur donne le numéro vert, violences conjugales. Ou des fois, je leur demande s'ils en parlent dans leur entourage, si quelqu'un est au courant, etc. Je leur demande s'il y a un suivi.

EB : Ok et en consultation est-ce que vous verriez un outil qui vous servirait au dépistage, à la prise en charge ?

MT : Non pas du tout, c'est au fil des discussions tu vois. Je me vois mal programmer tous les trois mois ou tous les six mois. En fait, on parle de façon continue des problèmes. En fait, je pense que pour passer à côté d'un truc comme ça, soit elle le cache vraiment bien mais dans ce cas, elle ne te le dira jamais, soit tout le monde le sait ou l'entourage le sait.

EB : Mais pour la prise en charge alors, plutôt que sur le dépistage ?

MT : Ouais pour la prise en charge un outil spécifique ? Après, tu vois nous la prise en charge soit tu es dans le soin vraiment prévu, soit il y a des séquelles physiques ou quoi après tu es dans le suivi global. Donc bien sûr, après tu as le côté judiciaire, ce n'est pas ton rayon et si besoin la psychothérapie. Moi, je l'ai déjà dit : «Ça fait longtemps», je leur rappelle : «Ça fait trois fois». Enfin tu vois, tu ne peux pas aller loin : «Mais votre mari, c'est un connard, en plus il picole, pourquoi vous ne le quittez pas (*Sur un ton ironique*) ?», tu ne peux pas dire ça, non. Il faut d'abord déjà soigner les petits traumas, tu vois. Lui dire les solutions avec les : «Si voilà, enfin, il faut le quitter», et si c'est vraiment grave, il faut aller chez les flics. Je ne peux pas faire énormément. On est limité. Bien sûr, tu dois donner un accès à une information. Bien sûr, si elle est en danger de mort, tu dois appeler le procureur, mais je pense que les actions sont limitées quoi.

EB : Est-ce vous pensez qu'une fiche réflexe, une fixe sur la prise en charge, vous aiderait en consultation, s'il y a une fiche qui explique comment faire, les orientations ?

MT : Bah après, si t'as des adresses et tous les endroits, pourquoi pas. Si des adresses de groupes de paroles et tout.

EB : Donc, vous verriez adresses, réseaux et des groupes de paroles, vous auriez quoi sur cette fiche ? Surtout des adresses pour orienter les patients ?

MT : Bah ouais, et puis tu sais souvent, soit rien, soit les flics. Et puis après, si séparation difficile après violences conjugales, et bah psychothérapie. Souvent les violences conjugales se terminent par une rupture. C'est rare que ça dure des années ou quoi, ça je n'ai jamais eu. Il y en a, qui n'osent pas partir et qui ne peuvent pas partir. Moi, je n'ai jamais eu ça, alors... Mais euh, donc là c'est de la psychothérapie, troubles anxieux. C'est du suivi post-traumatique.

EB : Donc, du coup, des adresses avec des suivis et des professionnels formés.

MT : Des psychiatres, des psychologues et tout.

EB : Et vous la verriez plutôt informatisée ou plutôt papier ? C'est une question toute simple pour vous en pratique.

MT : Informatisée tant qu'à faire.

EB : Et en termes de santé publique, est-ce que vous verriez des choses à améliorer par rapport à ça, pour le dépistage et pour la prise en charge aussi ?

MT : On en a jamais autant parlé que maintenant. C'est clair, des numéros, des émissions, des associations, des réseaux, sur les réseaux sociaux, des groupes comme pour toutes les maladies. Donc à mon avis, il y a déjà..., je ne sais pas si on peut apporter quelque chose de plus. Je pense qu'il n'y a pas, il n'y aura jamais des services à l'hôpital pour ces cas-là. Tu vois souvent, c'est les associations qui les aident. Tu vois qui peuvent les accueillir, logements d'urgence et tout.

EB : Renforcer ce rôle-là du coup ?

MT : Je pense que bah ouais, l'état se décharge un peu de ces choses-là, un peu souvent. C'est un peu comme certains types d'handicap aussi. Tu vois là aussi, il faut des places souvent c'est les assos qui gèrent ça.

EB : Donc, du coup renforcer le rôle des assos et pourquoi pas ne pas essayer de les mettre plus en lien avec l'état ?

MT : Mieux subventionner les assos, qui gèrent les situations de crise et d'urgence quoi. Vraiment, il faut exfiltrer la victime, il faut des moyens quoi. Parce que tu vois, ceux qui font ça, ils font du bénévolat, la journée ou quoi, tu vois. C'est ce genre d'asso, ça repose sur pas beaucoup de personnes, ils font un travail énorme. Quand il y a quelqu'un qui lâche, ça repose sur pas beaucoup de personnes, avec beaucoup de volonté. Il faut de l'aide de l'état quoi. Et puis après, je pense que l'information, maintenant, tout le monde a un portable qui enregistre, qui prend en photo et tout. Enfin tu vois, ce n'est pas comme avant quoi. Toujours la communication, est-ce qu'on peut encore plus communiquer là-dessus ? Voilà, moi, je ne pense pas, parce que les violences conjugales, le harcèlement et tout, je pense que la communication là-dessus, c'est bon. Après, je pense que ceux qui sont censés comprendre, ils ont compris. Ceux qui ne comprennent pas, les mecs, ils sont trop c\*\*, il y a une différence entre ceux-là qui ne changeront jamais. Mais bon, c'est un boulot de tous les jours. Est-ce qu'il faut des outils spécifiques, je n'en suis pas sûr.

EB : Ok, des réseaux, donner des moyens pour orienter les patientes, je reprends un peu vos idées.

MT : Bah au moins, je veux dire, au moins tu as quelque chose à proposer. Si tu as une fiche voilà avec des réseaux, des adresses, tu as quelque chose. Parce que sinon c'est dommage, c'est con. Euh, cela apporte un petit truc, ouais.

EB : Je vous montre très rapidement les fiches pratiques de l'HAS, pour aider les médecins généralistes sur la réalisation du dépistage en consultation et la prise en charge. Comment amélioreriez-vous cette fiche pour qu'elle soit applicable à votre pratique ? Qu'est-ce qui est bien ? Le but, c'est d'en faire quelque chose de ludique en consultation, que ça vous serve.

MT : Bah tu vois, regardes, tu lis des trucs, tu vois en fait, ce n'est pas vraiment spécifique. Tu vois, tout ça, il y a les troubles psychologiques, l'anxiété, troubles émotionnels, enfin tu vois, c'est spécifique de rien ça. Ouais tu vois, bon après euh, admettons, tu poses celle-là :

«Vous êtes-vous sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ?» Alors admettons la patiente elle dit oui. Qu'est-ce que tu peux faire ? Alors que tout le reste ça va. Il ne l'a jamais frappé, etc. Est-ce que ça a servi à quelque chose de poser la question ou pas ? Donc en fait, ça revient au fait de bien connaître ses patients, pour bien voir les changements quoi. Après ouais, poser des questions précises vraiment quand tu as des points d'appel.

EB : Vous préférez des questions plus ouvertes ?

MT : Bah ouais, en fait les questions ouvertes c'est : «Comment ça se passe à la maison en ce moment, est-ce qu'il y a une bonne ambiance ? Il n'y a pas de problèmes tout va bien ?». Moi, c'est une question que je pose souvent, soit : «Tout le monde va bien ?» soit : «Tout va bien en ce moment, ça va ?». Et après, ça prend du temps, après c'est repartie pour dix minutes. Tu apprends pas mal de choses aussi de toute façon. C'est sûr, c'est du temps et de la patience, après des questions hyper précises, hyper accés, de temps en temps quoi. Mais après, je te dis, je n'ai pas beaucoup de recul avec ça. Tu vois, j'en ai très peu ouais. On y pense quand c'est devant les yeux quoi. Voilà, après si la patiente elle dit : «Ouais». Moi, tu la vois arrivée, si ça va pas à la maison : «Qu'est-ce qui se passe?», la patiente : «J'en ai marre là, tu vois, il picole». Tu vois.

EB : Oui.

MT : Donc, lorsque ça vient, tu précises s'il faut. Mais, c'est rare quand même. Enfin dans ma patientèle, je ne dis pas. Et puis voilà.

EB : Je finis avec des questions d'actualité, en juillet 2020, le sénat a adopté une proposition de loi, proposée par l'assemblée nationale, visant à protéger les victimes de violences conjugales avec avis favorable de l'Ordre des médecins. Il est désormais possible pour les professionnels de santé de signaler à la justice les victimes de violences conjugales en danger vital immédiat et sous emprise, une proposition issue du Grenelle sur les violences conjugales de novembre 2019. Que pensez-vous de la possibilité de la levée du secret professionnel en cas de violences chez une femme sous l'emprise de l'agresseur qui ne souhaite pas signaler ? Quelles sont pour vous les limites ?

MT : Pas grand-chose quoi, pas grand-chose.

EB : Quel est votre ressenti ?

MT : Bah non, ça ne me choquerait pas. Mais bon parce que de toute façon, c'est un truc qui arrive une fois ou deux, voilà. Mais bon, pourquoi pas, on va dire. Mais bon pourquoi pas. Je ne vois pas l'immédiateté, mais bon pourquoi pas.

EB : Pensez-vous qu'il y a des limites?

MT : Des limites ? Des limites, bah c'est comme, tu vois, tu crois que tu peux réellement évaluer un risque suicidaire ? Est-ce que bah, non. Tu crois que tu peux évaluer réellement un péril imminent de violences conjugales ? C'est flou, est-ce que le gars, il picole ce jour-là, ou non, est-ce qu'il a arrêté de picoler ou non. Tu ne vas pas passer une semaine chez eux pour voir comment ça se passe. Ce que tu vas en voir en fait, ce n'est pas grand-chose. En fait, si elle n'a pas envie de parler ce jour-là, en soit, elle va te dire : «non, ça va, ça va mieux». Parce que là, après, tu la revois avec un coquard, tu ne sais pas.

EB : Donc juger le péril imminent, vous paraît compliqué ?

MT : Je veux te dire, s'il y a un cas de péril imminent, moi je pense que tu peux aller chez les flics. Ouais : « Mon mari veut me tuer », tu vois, voilà.

EB : On n'est peut-être pas les interlocuteurs à dénoncer en cas de péril imminent ? Donc vous pensez que ce n'est pas notre rôle au final ?

MT : Moi, je ne pense pas qu'un jour, je vais voir une dame qui va venir me voir et va me dire : « Mon mari a essayé de me planter ». Tu vois, je sais que ça existe. A l'époque, il y en a une que j'ai vu avec des traces de strangulations, elle a vraiment flippé. Bah, elle est allée chez les flics, c'était l'homme. Ouais, et quand elle est venue après, mais après, d'abord elle est allée chez les flics. Et puis voilà, et puis après je l'ai envoyée au médecin légiste. Donc au final, tu vois elle est venue pour rien. Avec les enfants, c'est différent. Ouais, c'est notre rôle aussi, avec les enfants quand il y a une suspicion de maltraitance, quand tu vois vraiment quelque chose d'évident quoi. En fait, tu l'envoies en pédiatrie pour un autre problème et là après, tu appelles la pédiatre, tu lui dis, voilà. Là, tu surveilles l'enfant et il commence à parler. Parce qu'en consultation avec sa mère... Donc, tu vois ça, j'ai vu une fois en quinze ans, ce n'est pas facile. Mais pour les enfants ouais, c'est obligatoire par contre le signalement. C'est plus du judiciaire quoi. Après voilà, s'il y a quelqu'un qui est en danger de mort, même si vraiment tu as un cas de suspicion, de toute façon même sans loi, tu le signales à quelqu'un. Quand tu es dans un immeuble et que t'entends qu'il est entrain de la bastonner, tu vois taper sa femme, moi j'appelle les flics, tu vois.

EB : Très bien, et je reprends tout à l'heure quand vous dites que vous envoyez au médecin légiste, ça peut-être un de vos outils ?

MT : Oui, pour des trucs plus graves, j'envoie chez le légiste de toute façon. Il n'y a que ça qui a de la valeur.

EB : Ma dernière question, qu'est-ce que vous pensez de la médiatisation du sujet ?

MT : Bah ça c'est indispensable. Si t'en fais changer d'avis même seulement cinq, sur les cent, tu vois, c'est déjà pas mal on va dire. Mais la plupart, c'est..., je ne sais pas en fait, s'il y en a qui sont intelligents et frappent leur femme. Il y a aussi une paire de « beubeu » quand même à mon avis. Il y a beaucoup d'alcool aussi tu vois.

EB : Oui, tout le contexte lié aussi.

MT : Tu vois, dès qu'il y a de l'alcool, ils ne parlent plus, ils se frappent et pff. Médiatiser, bah ouais, c'est informer. Mais bon tout le monde sait que ça existe. Mais, peut-être que tout le monde sous-estime. En plus, c'est facile d'en parler au mieux. C'est au mieux, ils sont informés au mieux. Enfin, c'est comme tous les problèmes de santé, comme toutes les maladies, il faut de la formation.

EB : Et vous, avez-vous vu des femmes se livrer plus qu'avant ?

MT : Pas du tout.

EB : Et vous, vous n'avez pas modifié votre pratique ?

MT : Ma pratique de quoi, en médical ?

EB : Oui.

MT : Bah non, non. Non, est-ce qu'elles ont vraiment besoin des hommes pour ça ? Les femmes, elles se battent et que ça parle, ça a avancé, c'est bien quoi. Je veux dire, la dénonciation enfin, c'est bien quoi. Ça a facilité par les réseaux aussi quoi. Bon après, voilà il y a des points positifs, c'est facile en un tweet, tu dis : «ouais, il y a quinze ans...». Mais bon, c'est comme ça, c'est bien. Il faut..., je pense que ça fait parler. C'est bien. Après, est-ce que ça va baisser les chiffres ? On verra dans cinq ans, dix ans, ça m'étonnerait. Moi je pense que la violence globale, qu'elle soit conjugale ou quoi, je ne sais pas si vraiment ça va baisser dans notre société. Je ne pense pas. Elle est toujours divisée les pour, les contre. Pour n'importe quoi tu vois. Donc euh pff, (...) (*sans finir la phrase*).

EB : Pour vous, c'est un éternel débat ?

MT : Bah ouais, moi je n'y crois pas, ça va être long franchement. Si ça baisse, ça va être long. Je ne vais pas mettre une garantie là-dessus. Je pense qu'il faut faire du mieux qu'on peut. Je pense qu'il faut bien connaître ses patients, ne pas les envoyer bouler au bout de trois minutes, voilà quoi. C'est sûr que si tu en vois soixante ou soixante-dix par jour, bah tu approfondies moins. Tu n'as pas le temps de parler de jardinage ou d'ambiance à la maison, voilà. En fait, il faut surtout prendre du temps. Si tu as une relation de confiance et puis que tu prends ton temps, tu sais les choses quoi. Je pense que, tu vois, tu sais les choses ou tu les soupçonnes. Tu peux diriger un peu plus, poser des questions plus carrées quoi, je pense. Les limites, c'est l'appréciation comme partout quoi. Tu vois, l'appréciation du danger de péril imminent et ouais bon.

EB : Oui, savoir comment catégoriser le danger imminent. Bon bah moi j'ai fini.

MT : Ouais, ça ne va pas être facile à rédiger ta thèse, parce que tu vois les trucs à partir d'entretiens comme ça, pour rédiger ta thèse, ça va être costaud.

EB : Ça va être du travail, oui !

MT : Ok, bon courage.

EB: Merci beaucoup !

# BIBLIOGRAPHIE

1. Jaspard M., Brown E., Équipe Enveff. La première enquête nationale française sur les violences envers les femmes : l'enquête Enveff. Colloque Unesco 16-17 novembre 2001.
2. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. World report on violence and health: summary. Geneva; 2002. 44 p.
3. Fontanel M, Pelloux P, Soussy A, Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prise en charge des femmes victimes de violences, 2014 Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000664.pdf>
4. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales: le rôle des professionnels de santé. Rapport au Ministre Délégué à la Santé. Paris : La Documentation française.2001.
5. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes N°16 violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données, disponible sur <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr>
6. Narula A, Agarwal G, McCarthy L. Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice, Oxford Journals, Family Practice, Volume 29, 2012, (5): 593-600.
7. Jaspard M, Brown E, Condon S, Firfion J, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A et al. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. Paris: La Documentation française. 2003.
8. Ministère des droits des femmes. 4e plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016. Paris: Ministère des droits des femmes; 2013. <https://femmes.gouv.fr/wpcontent/uploads/2013/11/4eplanV FF 2211 20131.pdf>
9. Gourbail L. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple 2019;55. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/jcms/p3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple>

10. Mu-Sek-Sang Rudy, Le dépistage systématique des violences conjugales : étude réalisée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2017, Poitiers, Université de Poitiers, 2017.
11. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD007007. DOI:10.1002/14651858.CD007007.pub3
12. Organisation des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. New York, ONU, 1993.
13. Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
14. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. : 39.
15. Krug, Etienne G., James A. Mercy, Linda L. Dahlberg, and Anthony B. Zwi. "The World Report on Violence and Health." *Lancet* (London, England) 360, no. 9339 (October 5, 2002): 1083–88.
16. Cherniak, Donna, Lorna Grant, Robin Mason, Britt Moore, Rosana Pellizzari, and IPV Working Group. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. "Intimate Partner Violence Consensus Statement." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal D'obstétrique et Gynécologie Du Canada: JOGC* 27, no. 4 (April 2005): 365–418.
17. Katerndahl, David A., Sandra K. Burge, Robert L. Ferrer, Johanna Becho, and Robert Wood. «Complex Dynamics in intimate Partner Violence: A Time Series Study of 16 Women.» *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 12, no. 4(2010).
18. Enquête Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et par les hommes (VIRAGE).
19. Enquête « Cadre de vie et sécurité » (ONDRP-Insee). Ces chiffres sont des moyennes

obtenues à partir des résultats des enquêtes 2012-2019.

20. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple, année 2019. DAV, Ministère de l'intérieur.
21. Lutte contre les violences faites aux femmes / Défense des droits des femmes et de l'égalité hommes-femmes / Citoyenneté, libertés publiques et égalité hommes-femmes / Politiques publiques / Accueil - Les services de l'État dans le Nord [Internet]. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.nord.gouv.fr/Politiques-publiques/Citoyennete-libertes-publiques-et-egalite-hommes-femmes/Defense-des-droits-des-femmes-et-de-l-egalite-hommes-femmes/Lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes>
22. Guillaum MT, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(22-23):385-9.
23. Organisation mondiale de la Santé. Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève : Organisation mondiale de la Santé. 2013.
24. OMS et école d'hygiène et de médecine tropicale de Londres Prévenir les violences sexuelles envers les femmes et les partenaires intimes: agir et générer des preuves, Organisation mondiale de la Santé, Genève(2010)
25. SILVERMAN J. G., DECKER M. R., REED E., RAJ. A., 2006, Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. s.
26. J Humphreys, ES Epel, BA Cooper, J Lin, EH Blackburn, KA Lee raccourcissement du télomère chez des femmes autrefois maltraitées et jamais maltraitées Biol Res Nurs, 14 (2012), p. 115-123.
27. Muriel Salmona avec bibliographie dans, La mémoire traumatique in L'aide-mémoire en Psychotraumatologie, Paris, Dunod, 2008.
28. Lopez, Gérard (dir.). Traiter les psychotraumatismes. Dunod, 2016.

29. MIPROF. La lettre de l'Observatoire National de Violences Faites aux Femmes. N°8 - Novembre 2015. Violences faites aux femmes : les principales données. 2015.
30. Resnick, Holmes, Kilpatrick, et Al. «Predictors of Post-Rape Medical Care in a National Sample of Women.» American Journal of Preventive Medicine, 2009: 214-219.
31. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Tackett. Women exposed to intimate partner violence : expectations and experiences when they encounter health care professionals : a meta-analysis of qualitative studies. Arch Intern Med. 9 janv 2006;166(1):22-37.
32. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römken R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: Abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its rôle in handling the abuse situation. Patient Educ Couns. Mars 2008;70(3):386-94.
33. Pagels P, Kindratt TB, Reyna G, Lam K, Silver M, Gimpel NE. Establishing the Need for Family Medicine Training in Intimate Partner Violence Screening. J Community Health. 29 oct 2014;40(3):508- 14.
34. Sprague S, Kaloty R, Madden K, Dosanjh S, Mathews DJ, Bhandari M. Perceptions of Intimate Partner Violence: a cross sectional survey of surgical residents and medical students. J Inj Violence Res. janv 2013;5(1):1- 10.
35. Ordre National des médecins. «Le praticien face aux violences sexuelles.» Fascicule à l'attention des médecins, 2000.
36. Organisation des Nations Unies. «Module de programmation sur le travail avec le secteur de la santé pour mettre fin aux violences contre les femmes et les filles.» 2011.
37. Article 226-14 du Code pénal. Code pénal.
38. Barastier F, Garcia A, Ronai E. Livret d'accompagnement du court-métrage de formation « Anna ». Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences faites aux femmes et la lutte contre la traite des êtres humains; 2014.

39. Henrion R. Dépistage des violences faites aux femmes. Tome XXVIII des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Paris : CNGOF. 2004.
40. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la Parentalité [Recommandations pour la pratique clinique], Saint Denis la Plaine: HAS, 2005.
41. Saunders EE. Screening for domestic violence during pregnancy. *Int J Trauma Nurs.* 2000; 6:44-7.
42. Bydlowski M. La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité, Paris, PUF, 1997.
43. Torres S., Campbell J., Campbell D.W., Ryan J., King C., Price P. , et al. Abuse during and before pregnancy: prevalence and cultural correlates *Violence Vict* 2000; 15 : 303-321.
44. Klevens J, Kee R, Trick W, Garcia D, Angulo FR, Jones R, et al. Effect of Screening for Partner Violence on Use of Health Services at 3-Year Follow-up of a Randomized Clinical Trial. Août 2015. *JAMA.* 2015;308(7):681-689. doi: 10.1001/jama.2012.6434
45. Ministère de Santé, services sociaux et égalité, 2012; Parveen Azam, Dhingra et McGarry, 2016
46. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Intimate Partner Violence Consensus Statement. *SOGC Clinical Practice Guidelines n° 157.* 2005 Apr.
47. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Intimate partner violence. Committee opinion n°518. 2012 Feb.
48. Pudukollu M. Domestic violence: Screening made practical. *J Fam Prat.* 2003 Jul;52(7):537-43.
49. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation

50. Inspection générale des affaires sociales, Branchu C, Vanackere S. La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation. Rapport. Paris: IGAS; 2017. [www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-001R.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-001R.pdf)
51. Cécile Morvant, Jacques Lebas, Jean Cabanne, Valérie Leclercq, Pierre Chauvin. Violences conjugales : repérer et aider les victimes. Rev Prat MG, 2005, pp.945-54. [ffinserm-00089343](https://www.finserm.fr/finserm-00089343)
52. Gerbert, Gansky, Tang, et Al. «Domestic violence compared to other health risks: a survey of physician's beliefs and behaviors.» American journal of preventive medicine, 2002: 82-90
53. Barbier M, La face cachée de la violence conjugale : la relation d'emprise, une violence dissimulée, 2010. Disponible sur: <https://www.cairn.info/tu-me-fais-peur-quand-tu-cries--9782749213019-page-123.htm>
54. Lopez, G. "L'emprise Psychologique." Institut de Victimologie. Accessed July 8, 2016. [http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psycho-traumatique/l-emprise-psychologique\\_1009.html](http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psycho-traumatique/l-emprise-psychologique_1009.html).
55. Loi visant à protéger les victimes de violences conjugales (n° 2020-936 du 30 juillet 2020), parue au JO n°187 du 31 juillet 2020.
56. Secret médical et violences au sein du couple [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/secret-medical-violences-couple>
57. Archives des Santé des populations, CMG, Lettre ouverte du Collège de la Médecine Générale « Ne touchez pas au secret médical ! », décembre 2019, Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/12/CMG-Ne-touchez-pas-au-secret-me%CC%81dical.pdf>
58. Frappé P. Initiation à la recherche 2e Édition. Association française des jeunes

chercheurs en médecine générale ; 2001.

59. COTE L, TURGEON J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. Mai 2002;3(2):81-90.
60. Paillé P, Mucchielli A, L'analyse qualitative en science humaine et sociale 4eme ed, Broché, juin 2016.
61. Dhuny DN. Violences conjugales : vers un dépistage systématique par les médecins généralistes Lorrains. [Nancy]: Université de Lorraine; 2012.
62. BIMIER J, Évaluation de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale, Étude quantitative réalisée dans les départements du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe, Angers, Université d' Angers ; 2019.
63. Dautrevaux M, Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ? : quelles réponses peut-on apporter ?, Nancy, Université de Lorraine ; 2016.
64. PANTALEON M, Le médecin généraliste face aux violences conjugales : Représentations et résistances au changement de pratiques, Nantes, Université de Nantes ; 2013.
65. A.BOISMAN, M.GAUDIN, Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales, Grenoble, Faculté de Grenoble ; 2012.
66. PEIFF T, Que modifie l'apport du score diagnostic HITS de dépistage des violences faites aux femmes dans le vécu des médecins généralistes : une étude qualitative, Nice, Université de Nice ; 2019.
67. DIAGANA F, Dépistage systématique des violences faites aux femmes à Aubervilliers : une étude complémentaire mixte et explicative, à Anthis Mons, université Paris Est Créteil, 52p.

68. Wendt, Lidell, Westerstahl, et Al. Young women 's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*, 2011: 250- 256.
69. STENSON K, SAARINEN H, Heimer G, Sindenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*. mars 2001 ; 17(4):289-294.
70. WERSTER J, STRATIGOS SM, GRIMES KM. Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. *Midwifery*. Dec 2001;17(4):289-294.
71. Chambonnet, Douillard, Mallet, et Al. «La violence conjugale : prise en charge en médecine générale.» *Revue du Praticien- Médecine Générale*, 2000: 1481-1485.
72. JACQUOT J, AVIC-MG : Attente des femmes victime de violences conjugales envers les médecins généralistes : Étude quantitative en Alsace, Strasbourg, Université de Strasbourg, 2020
73. CSVF, 2007 Enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les jeunes filles. Observatoire des violences envers les femmes du Conseil général de la Seine-Saint-Denis.
74. Lugin C. Les violences faites aux femmes dans le cadre familial. Intérêts et difficultés d'un repérage systématique en médecine générale [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine Générale]. Université de Picardie Jules Vernes. Faculté de médecine; 2012.
75. GREGORY Alison, RAMSAY Jean, AGNEW-DAVIES Roxane, et Al. Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 2010, vol 10. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-54.pdf>
76. ASSOCIATION D'AIDE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE & MEDECINS LIBERAUX, Text. AAPML. Accessed May 13, 2016. <http://www.aapml.fr/>.
77. Letrilliart L, Supper I, M S, Darmon D, P B, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la consultation en médecine Générale. *Exercer*. 2014 ;(114) :148–157.

78. Nasr R. Les violences conjugales : Étude comparative entre Liban, France et Canada. Thèse de doctorat en psychologie, Université Lumière, Lyon 2, 2009.
79. Hegarty, Kelsey L and Taft, Angela J. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. Wiley Online Library. Australian and New Zealand journal of public health. 2001;433-7.
80. FNSF. Analyse globale des données issues des appels au « 3919 » - 2016. Europe; 2017.
81. Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. Hits: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. Fam Med. 1998;30(7):508–12.
82. Shakil A, Bardwell J, Sherin K, Sinacore JM, Zitter R, Kindratt TB. Development of verbal hits for intimate partner violence screening in family medicine. Fam Med. 2014;46(3):180–5.
83. Linassier A, Application du questionnaire WAST en France dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire, Poitiers, Université de Poitiers ; 2017.
84. Page d'accueil | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>
85. Violence conjugale [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
86. Les outils | Déclic Violence [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/p/les-outils>
87. Flores, Jasline. “Répertoire D’outils Soutenant L’identification Précoce de La Violence Conjugale-Institut National de Santé Publique Du Québec,” January 2010

88. Service de presse de Matignon, CLÔTURE DU GRENELLE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES 25 NOVEMBRE 2019, dossier de presse, Paris ; Novembre 2019.
89. Haute Autorité de Santé - Certificat médical initial concernant une personne victime de violences [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences)
90. LE 25 NOVEMBRE, PRENONS 25 SECONDES POUR RAPPELER LES OUTILS QUI SAUVENT | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/focus/le-25-novembre-prenons-25-secondes-pour-rappeler-les-outils-qui-sauvent>
91. Prévenir et combattre les violences faites aux femmes : un enjeu de société [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r17-564/r17-564.html>
92. Labbe K, Université de Liège > Master sc. psycho. AF. Etude exploratoire de l'effet thérapeutique des témoignages de violence conjugale. 30 août 2020 [cité 14 nov 2020]; Disponible sur: <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/10522>
93. Elisabeth MOIRON-BRAUD, Violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivie et proposition, Paris, Juillet 2020.
94. Feder, Agnew Davis, Baird, et Al. «Identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial.» *Lancet*, 2011: 1788-95.
95. Moreau M, Formation sur le repérage et la prise en charge de femmes victimes de violences, organisée par l'association SOS Femme Solidarité et le syndicat AGJIR : Impact sur les pratiques des professionnels de santé de dernier recours, Strasbourg, 2018.
96. Frey C, Améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale : Quel serait le contenu de formation «idéale»? , Strasbourg, Université de Strasbourg ; 2019.

97. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*.2013;(108):165- 9.
98. M Htun, S. Weldon Les origines civiques d'un changement de politique progressif: combattre la violence à l'égard des femmes dans une perspective mondiale, 1975-2005 *Am Polit Sci Rev*, 106 (2012), p. 548 – 569.
99. Loi n° 2019-1480 du 28 décembre 2019 visant à agir contre les violences au sein de la famille, *Journal Officiel* du 29 décembre 2019.
100. Cespharm - Violences familiales : l'officine comme lieu d'alerte [Internet]. [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Actualites/2020/Violences-familiales-l-officine-comme-lieu-d-alerte>
101. Thureau S, Le Blanc-Louvry I, Thureau S, Gricourt C, Proust B. Conjugal violence: A comparison of violence against men by women and women by men. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 1 avr 2015;31:42-6.
102. Welzer-Lang D. Les hommes battus. *Empan*. 5 juin 2009;n° 73(1):81-9.
103. Baird K, Creedy DK, Saito AS, Eustace J. Longitudinal evaluation of a training program to promote routine antenatal enquiry for domestic violence by midwives. *Women and Birth*. 1 oct 2018;31(5):398-406.
104. S.TORRENT, L'homme battu. Analyse du phénomène de la violence de la femme envers son conjoint, de sa gestion par l'homme et de son processus de dépassement, Département de travail social et des politiques sociales de l'Université de Fribourg, juin 2000.
105. S.TORRENT, L'homme battu. Un tabou au cœur du tabou, Editions Option Santé, janvier 2003 ISBN N° : 2-922598-04-7.
106. PLOQUIN C, BONTOUX E, VECU DES HOMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES, Université Toulouse III, Toulouse ; 2018.

107. Netgen. Violences chez l'homme, un sujet peu connu des praticiens [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-532/Violences-chez-l-homme-un-sujet-peu-connu-des-praticiens>
108. Rapport Auteurs de violences au sein du couple : prise en charge et prévention [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/publications/droits-des-femmes/lutte-contre-les-violences/auteurs-de-violences-au-sein-du-couple-prise-en-charge-et-prevention/>
109. Wendt, Lidell, Westerstahl, et Al. Young women 's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*, 2011: 250- 256.
110. WOIMANT Maguy, Modalités de repérage des patientes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes, Thèse d'exercice de médecine, Paris, UFR de médecine Pierre et Marie Curie, 2011, 76p.
111. Rapport de l'Inspection Générale de la Justice, Secret « médical » et violence dans le couple : une recommandation construite sur du vide | SECRETPRO [Internet]. [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://secretpro.fr/blog/laurent-puech/inspection-generale-justice-homicide-secret>
112. Cabinet de Madame Élisabeth MORENO, SUIVI DES MESURES DU GRENELLE DES VIOLENCES CONJUGALES, Service de presse, communiqué, Paris, 13 octobre 2020 : Disponible sur : [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2020/10/tableau\\_suivi\\_grenelle\\_des\\_violences\\_conjugales\\_-\\_comite\\_de\\_suivi\\_-13.10.2020.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2020/10/tableau_suivi_grenelle_des_violences_conjugales_-_comite_de_suivi_-13.10.2020.pdf)

**AUTEUR : Nom : BROUTAIN**

**Prénom : Elise**

**Date de soutenance : 5 février 2021**

**Titre de la thèse : Utilisation de la nouvelle recommandation HAS sur le dépistage systématique des violences faites aux femmes : Point de vue des médecins généralistes en vue de l'élaboration d'une fiche réflexe.**

**Thèse - Médecine - Lille «2021»**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : Dépistage / Dépistage systématique / Violence contre les femmes / Violences conjugales / Prévention / Santé publique / Médecine générale**

**Résumé :**

**Introduction :** Toute femme est susceptible d'être victime de violences conjugales (VC). L'HAS recommande depuis juin 2019, la pratique du repérage systématique des VC avec un message clé : «dépister même en l'absence de signes d'alarme» pour homogénéiser, améliorer et sécuriser la prise en charge des victimes. Pourtant en France, seul 6 à 8 % des médecins généralistes (MG) le réalisent. L'objectif principal de cette étude est d'entendre les MG sur l'applicabilité en pratique de la recommandation et de mettre en lumière : les motivations, les freins, les ressentis, les difficultés et les besoins en consultation. L'objectif secondaire sera la création d'une fiche réflexe, se basant sur les données recueillies et les fiches pratiques HAS.

**Méthode :** Étude qualitative par théorisation ancrée. Des entretiens semi-dirigés ont été menés jusqu'à suffisance des données auprès de 15 médecins généralistes des Hauts de France.

**Résultats :** Malgré la recommandation HAS et la création de fiches pratiques, on constate que le dépistage n'est toujours pas rentré dans les habitudes des MG. Les résistances sont en partie liées à la construction de faux a priori sur le sujet : l'impression d'un sujet tabou altérant la relation médecin-patient, le doute de l'intérêt du dépistage et la sous-estimation. C'est en lien avec un manque de sensibilisation sur la problématique et majorée par la difficulté du repérage des VC devant l'absence de signes cliniques spécifiques. Le manque d'aisance et de connaissance dans la prise en charge est également mis en avant. De nombreux MG n'ont eu aucune formation durant leur cursus et reconnaissent une carence pouvant expliquer leurs difficultés de repérage, d'orientation, de prise en charge et leurs préjugés qui les déstabilisent.

**Conclusion :** Les MG reconnaissent leur rôle de premier recours et de maillon clé du réseau pour la prise en charge globale de la patiente. Mais pour autant, ils émettent encore de nombreuses réserves face au repérage systématique. Ils sont demandeurs de moyens et de formations. Il en ressort, la création d'une fiche réflexe et la nécessité d'intégrer un module VC chez les internes de troisième cycle, à compléter par la formation médicale continue.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

**Assesseure :** Madame le Docteur Sabine BAYEN

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT